

Christian Courraud

Fasciathérapie et identité professionnelle

Étude des reconfigurations identitaires d'une population de kinésithérapeutes  
pratiquant la fasciathérapie

Universidade Fernando Pessoa  
Porto, 2015



Christian Courraud

Fasciathérapie et identité professionnelle

Étude des reconfigurations identitaires d'une population de kinésithérapeutes  
pratiquant la fasciathérapie

Universidade Fernando Pessoa  
Porto, 2015

© 2015  
Christian Courraud  
ALL RIGHTS RESERVED

Christian Courraud

Fasciathérapie et identité professionnelle

Étude des reconfigurations identitaires d'une population de kinésithérapeutes  
pratiquant la fasciathérapie

Thèse de doctorat soumise à l'Université Fernando Pessoa  
en vue de l'obtention du degré de Docteur en Sciences Sociales,  
Spécialité Psychologie  
Sous la direction du Professeur cathédrique Danis Bois

CHRISTIAN COURRAUD : Fasciaterapia e identidade profissional  
Estuda das reconfigurações profissionais numa população de  
fisioterapeutas praticando a fasciaterapia  
(Sob orientação do Prof. Doutor Danis Bois)

## Resumo

O estudo da identidade profissional desenvolvido nesta tese aborda a questão da profissão, da profissionalização e da identidade profissional, uma temática muito atual, num contexto de modernização e de mobilidade do trabalho. Essa pesquisa ocorre na área da fisioterapia francesa, uma profissão que conheceu fases sucessivas de transformação e de mudanças identitárias. A outra área estudada é a fasciaterapia método Danis Bois, terapia manual resultada da osteopatia, que esteve incluída durante muito tempo dentro da fisioterapia. O objetivo da questão de pesquisa é interrogar esse cruzamento entre fisioterapia e fasciaterapia: « Em qual medida e como os fisioterapeutas formados em fasciaterapia reconfiguram a sua identidade profissional no contato com a fasciaterapia ? »

Para responder a essa questão, uma pesquisa quantitativa, feita por meio de um questionário, foi dirigida a 446 fisioterapeutas que praticam a fasciaterapia. Essa pesquisa gerou um conjunto de resultados que permitem melhorar o conhecimento da identidade dos fisioterapeutas estudados, relativamente à sua profissão de referência. Ela evidencia também a existência de três perfis identitários de fisioterapeutas que praticam a fasciaterapia, e revela os modos de reconfiguração identitária específicos de cada perfil. Esse trabalho constitui dessa maneira uma base de referência científica que deve ser utilizada como apoio na avaliação e no reconhecimento da especificidade da fasciaterapia, com vista ao reconhecimento profissional e institucional.

CHRISTIAN COURRAUD : Fasciathérapie et identité professionnelle  
Étude des reconfigurations identitaires d'une population de  
kinésithérapeutes pratiquant la fasciathérapie

(Sous la direction du Pr Danis Bois)

## Résumé

L'étude de l'identité professionnelle qui est déployée dans cette thèse aborde la question de la profession, de la professionnalisation et de l'identité professionnelle thématiques très actuelles dans un contexte de modernisation et de mobilité du travail. Cette recherche se déroule dans le champ de la kinésithérapie française, profession qui a fait l'objet de phases successives de transformation et de changements identitaires. L'autre domaine étudié est la fasciathérapie méthode Danis Bois, thérapie manuelle issue de l'ostéopathie qui a longtemps fait partie du paysage de la kinésithérapie. La question de recherche est formulée en vue d'interroger ce carrefour entre kinésithérapie et fasciathérapie : « *En quoi et comment les kinésithérapeutes pratiquant la fasciathérapie sont-ils amenés à reconfigurer leur identité professionnelle?* ».

Pour répondre à ce questionnement, une enquête quantitative à l'aide d'un questionnaire auto-administré a été conduite auprès de 446 kinésithérapeutes exerçant la fasciathérapie. Cette enquête a donné lieu à un ensemble de résultats qui permettent de mieux connaître l'identité des kinésithérapeutes enquêtés au regard de leur profession de référence. Elle met également en évidence l'existence de trois profils identitaires de kinésithérapeutes pratiquant la fasciathérapie et rend compte des modes de reconfiguration identitaire spécifiques à chaque profil. Ce travail de recherche constitue ainsi une base de référence scientifique qui doit servir de support à la caractérisation et l'évaluation de la spécificité de la fasciathérapie en vue d'une reconnaissance professionnelle et institutionnelle.

CHRISTIAN COURRAUD : On fasciatherapy and professional identity  
The study of identity reconfigurations in a physiotherapist population  
practicing fasciatherapy  
(Under the orientation of Dr Danis Bois)

## **Abstract**

The study of the professional identity which is developed in this thesis addresses the themes of profession, professionalization and professional identity, which are all current issues in the present background of modernization and job mobility. This research is taking place in the the field of French physiotherapy, a profession which has undergone different phases of transformations and identity changes. The other field carried out by this research is fasciatherapy Danis Bois Method, a manual therapy originated in osteopathy which has long been part of the physiotherapy environment. The research question was formulated in order to address this cross section between physiotherapy and fasciatherapy: «How and in what ways do physiotherapists who practice fasciatherapy are led to reconfigure their professional identity? » In view of bringing answers to such questioning, a quantitative survey was conducted using a self-administered questionnaire on 446 physiotherapists practicing fasciatherapy. This survey brought numerous results and information which allow a better understanding of the identity of the investigated physiotherapists, with regards to their reference profession. It reveals the existence of three identity profiles amongst physiotherapists practicing fasciatherapy, and also documents identity reconfiguring processes depending on the profile. This piece of work forms a scientific basis for further characterization and assessment of fasciatherapy specificities with regards to its professional and institutional acknowledgement.



## Dédicace

*« L'homme sait au plus profond de lui-même  
plus qu'il ne pourra jamais apprendre »*

*D. Bois*

En souvenir de mes débuts et pour tous ceux qui participent avec sincérité,  
curiosité et authenticité à faire émerger et croître la connaissance de l'être humain.

## Remerciements

Écrire une thèse est une épreuve, une initiation avec son lot de joies, de découvertes, de surprises et de crises. L'identité est mise en mouvement et reconfigurée à chaque instant par les lectures, les rencontres et les données recueillies. Cette recherche sur l'identité professionnelle m'a fait découvrir l'importance du métier dans l'existence surtout quand il est, comme pour moi, une passion. Elle a aussi donné du sens et de la cohérence à ma trajectoire identitaire de praticien, de formateur et de chercheur. Ce long et passionnant travail de recherche n'aurait jamais pu voir le jour sans toutes les forces vives qui m'ont accompagné, soutenu, orienté avec constance et persévérance.

Je tiens en premier lieu à saluer mon directeur de thèse le Pr Dr Danis Bois, directeur du laboratoire CERAP (UFP – Porto) qui m'a fait l'honneur de diriger ce travail et m'a transmis sa connaissance précieuse et vivante de la recherche et sa connaissance infinie de l'être humain.

Un grand merci à toute l'équipe du CERAP et en particulier au Dr Anne Lieutaud qui m'a amicalement et généreusement guidé dans l'univers des chiffres. Merci aussi à Cyril Dupuis d'avoir été si disponible tout au long de cette enquête. J'y associe également mes amis co-doctorants. Je garde un souvenir ému de nos séminaires et de chacun d'entre vous.

Mes remerciements tous particuliers vont à tous les praticiens, les stagiaires et formateurs de la fasciathérapie sans qui cette recherche n'aurait jamais pu voir le jour. Merci pour votre implication, votre confiance et vos encouragements qui m'ont donné la force et le courage de mener à bien ce travail. J'espère que chacun d'entre vous se reconnaîtra dans les différents visages de la fasciathérapie apparus dans cette thèse.

Merci aussi à toute l'équipe de Point d'appui avec qui je partage cette aventure de la fasciathérapie depuis si longtemps. Merci de tout cœur à Ève Berger, Hélène Bourhis, Didier Austry, Vivianne Fontaine, Gaétane Grange, Karine Grenier, Nadine Quéré et Marc Humpich.

Mes remerciements les plus profonds à toute ma famille et plus particulièrement à mon père dont le souvenir me porte, à ma mère et à mes frères qui sont si chers à mon cœur.

Un remerciement spécial à Marie et Laura que j'aime profondément pour ce qu'elles sont et deviennent chaque jour.

Merci à toi Isabelle, compagne de chaque instant de ma vie. Tu es dans mon cœur pour toujours et les moments passés à tes côtés me rendent meilleur.

# Sommaire

<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>1</b>
<b>PREMIERE PARTIE : MOUVEMENT DE PROBLEMATISATION THEORIQUE</b> .....	<b>5</b>
CHAPITRE I.  PERTINENCES, QUESTION ET OBJECTIFS DE LA RECHERCHE .....	6
1. <i>Pertinence personnelle</i> .....	6
2. <i>Pertinence professionnelle</i> .....	8
3. <i>Pertinence sociale</i> .....	10
4. <i>Pertinence scientifique</i> .....	12
5. <i>Question et objectifs de recherche</i> .....	14
CHAPITRE II.  CHAMP THEORIQUE .....	17
1. <i>La notion de profession et d'identité professionnelle</i> .....	17
1.1 La notion de profession.....	18
1.1.1 La perspective fonctionnaliste .....	21
1.1.2 La perspective interactionniste.....	23
1.2 La notion de professionnalisation.....	25
1.3 La place du travail dans la socialisation et la définition de soi.....	27
1.3.1 La fonction socialisante de la profession .....	28
1.3.2 Place du travail dans la définition de soi.....	29
2. <i>L'identité professionnelle dans ses dimensions multiples</i> .....	31
2.1 Identité objective et identification subjective.....	32
2.2 Identité individuelle et identité collective .....	33
2.3 Notions d'identité visée, de crise et de tension identitaire.....	35
2.3.1 Identité visée.....	35
2.3.2 Crises et tensions identitaires (Haissat, Dubar, Legault, Bourgeois).....	36
3. <i>Les caractéristiques de l'identité professionnelle des métiers du soin et l'identité du soignant</i> ..	39
3.1 Particularités des professions de santé.....	40
3.2 L'identité professionnelle du soignant : une identité de la relation .....	41
3.3 L'importance de la reconnaissance des autres.....	43
3.4 Notion de crise d'identité du soignant.....	44
4. <i>Le profil identitaire de la profession de masseur-kinésithérapeute en France</i> .....	46
4.1 Contexte et particularités de la kinésithérapie française.....	46
4.1.1 Les différents modes d'exercice de la Masso-Kinésithérapie .....	48
4.1.2 L'activité professionnelle libérale : une organisation multiforme.....	49
4.1.3 La question du conventionnement et du non conventionnement.....	50
4.1.4 Cas particulier du toucher manuel.....	53
4.2 La perception de l'exercice professionnel et les enjeux identitaires.....	67
4.2.1 La perception par les kinésithérapeutes de leur exercice professionnel .....	67
4.2.2 La perception des kinésithérapeutes par les patients.....	70
4.3 Les enjeux identitaires proprement dits.....	71
4.3.1 L'évolution des compétences professionnelles .....	74

4.3.2	L'exigence de la recherche et de l'évaluation des pratiques professionnelles.....	76
4.3.3	Un exercice complexe à la fois généraliste et spécifique .....	78
4.3.4	La formation continue professionnelle des kinésithérapeutes libéraux .....	80
4.3.5	Une profession aux limites identitaires « floues » .....	83
5.	<i>La fasciathérapie méthode Danis Bois et son identité objective</i> .....	85
5.1	L'émergence d'un nouveau paradigme : un nouveau cadre d'identification de la fasciathérapie.....	86
5.1.1	Le fascia une identité de pratique .....	89
5.1.2	Émergence d'un nouveau paradigme .....	90
5.1.3	Différentes formes de thérapie manuelle des fascias .....	98
5.2	Une identité liée historiquement à l'ostéopathie et à la kinésithérapie .....	101
5.2.1	Une pratique associée à l'image et à l'exercice de la kinésithérapie.....	101
5.2.2	Une identité héritée de l'ostéopathie.....	105
5.2.3	Une identité marquée par son fondateur .....	107
5.3	Caractéristiques et spécificités de la fasciathérapie MDB concernant la place du corps sensible et du toucher relation dans la construction identitaire .....	109
5.3.1	La place du corps sensible et phénoménologique dans la fasciathérapie MDB .....	110
5.3.2	Fasciathérapie, toucher de relation et identité.....	113
5.3.3	Le toucher de relation et ses différentes modalités .....	114
5.3.4	Impacts identitaires du toucher de relation .....	116
5.3.5	La rééducation sensorielle et la biomécanique sensorielle : une méthodologie d'analyse et d'éducation du ressenti du geste.....	119
5.4	La dynamique de professionnalisation de la fasciathérapie MDB.....	121
5.4.1	L'évolution de la formation en fasciathérapie : professionnalisation et universitarisation.....	122
5.4.2	Existence d'une association professionnelle de kinésithérapeutes pratiquant la fasciathérapie	124
5.4.3	Développement d'une dynamique de recherche et d'évaluation de la pratique .....	126
<b>DEUXIEME PARTIE : CHAMP EPISTEMOLOGIQUE ET PRATIQUE.....</b>		<b>131</b>
CHAPITRE III. CADRE EPISTEMOLOGIQUE DE L'ETUDE.....		132
1.	<i>Une recherche sociologique impliquée</i> .....	132
2.	<i>L'importance du chiffre en sciences sociales</i> .....	133
3.	<i>L'enquête par questionnaire</i> .....	135
CHAPITRE IV. DEVIS METHODOLOGIQUE .....		138
1.	<i>Le questionnaire d'enquête</i> .....	138
1.1	La construction du questionnaire.....	139
1.2	Thématiques du questionnaire.....	140
1.3	Organisation et présentation générale du questionnaire .....	142
1.4	Présentation du questionnaire.....	142
1.5	Les échelles de réponse utilisées .....	143
1.6	Mode d'administration : questionnaire auto-administré par internet .....	144
2.	<i>Population étudiée et population cible : choix de l'échantillon et critères d'inclusion</i> .....	145
2.1	Le choix de l'échantillon empirique.....	146
2.2	La construction de l'échantillon .....	146
2.3	Les critères d'inclusion dans l'enquête .....	147
3.	<i>Présentation et classement des variables du questionnaire</i> .....	148

3.1	Traitement des variables qualitatives .....	149
3.2	Recodage des variables numériques.....	149
3.3	Traitement des variables textuelles .....	149
3.4	Le logiciel de traitement des données, Modalisa.....	151
4.	<i>Plan d'analyse et Méthodes utilisées.....</i>	<i>151</i>
4.1	Les tris à plat.....	152
4.2	Les tris croisés et « profils de modalités ».....	153
4.3	Les analyses multivariées.....	154
4.3.1	Analyse Factorielle des Correspondances (AFC) .....	155
4.3.2	Analyse en Composantes Principales (ACP) .....	157
4.3.3	Analyse de variance (ANOVA).....	157
4.4	Tests statistiques utilisés .....	158
4.4.1	Pourcentage d'Ecart Maximum (PEM) et test du Khi 2.....	158
4.4.2	Tests de corrélations .....	159
4.4.3	Autres tests numériques .....	159
5.	<i>Précisions sémantiques pour la lecture des analyses.....</i>	<i>160</i>
5.1	Pourcentage sur les interrogés.....	160
5.2	Pourcentage sur les répondants .....	161
5.3	Pourcentage sur les réponses.....	161
5.4	Pourcentage sur les réponses ordonnées.....	161
<b>TROISIEME PARTIE : RESULTATS ET DISCUSSION .....</b>		<b>163</b>
CHAPITRE V. PRESENTATION DES DONNEES RECUEILLIES ET ANALYSE DESCRIPTIVE DE		
	L'ECHANTILLON.....	164
1.	<i>Présentation des données recueillies.....</i>	<i>165</i>
2.	<i>Caractéristiques générales au regard de la population de référence .....</i>	<i>167</i>
3.	<i>Caractéristiques générales de l'exercice de la fasciathérapie .....</i>	<i>171</i>
3.1	Caractéristiques des praticiens .....	173
3.1.1	Ancienneté et expertise pratique .....	173
3.1.2	Implication associative .....	173
3.2	Caractéristiques de la pratique de la fasciathérapie.....	175
3.2.1	Le mode d'exercice de la fasciathérapie .....	175
3.2.2	La séance de fasciathérapie.....	177
3.2.3	Estimation de la demande des patients à être traité en fasciathérapie .....	179
3.3	Caractéristiques identitaires et représentationnelles.....	181
3.3.1	Identité perçue .....	182
3.3.2	Identité déclarée.....	183
3.3.3	Identité projetée .....	185
3.3.4	Identité représentée .....	186
4.	<i>Caractéristiques des changements de l'exercice professionnel attribués à la pratique de la fasciathérapie.....</i>	<i>187</i>
4.1	Motivations à la formation de fasciathérapie.....	188
4.2	Changement des modalités d'exercice professionnel .....	190
4.2.1	Modification du cadre d'exercice.....	190
4.2.2	Modification du mode de prise en charge du patient .....	191

4.2.3	Modification de la durée des séances et du nombre de patients .....	191
4.3	Changements de l'orientation de l'exercice professionnel .....	191
4.3.1	Le changement d'orientation de la prise en charge du patient .....	192
4.3.2	Les nouveaux domaines de prise en charge .....	193
4.3.3	Évolution de la patientèle et des demandes de soin .....	193
5.	<i>Caractéristiques des améliorations et des enrichissements de l'exercice professionnel</i> .....	195
5.1	Améliorations au sein l'exercice professionnel.....	196
5.1.1	Secteurs professionnels améliorés.....	196
5.1.2	Domaines de prise en charge améliorés .....	197
5.1.3	Pathologies dont la prise en charge a été ou non améliorée .....	198
5.2	Enrichissement de l'exercice professionnel.....	200
5.2.1	Qualités relationnelles acquises ou développées.....	201
5.2.2	Enrichissement du toucher.....	202
5.2.3	Enrichissement du vécu corporel .....	203
6.	<i>Caractéristiques des impacts de la pratique de la fasciathérapie sur la vie professionnelle, personnelle et la santé</i> .....	205
6.1	Représentation de la fasciathérapie au sein de la kinésithérapie.....	206
6.2	Impacts sur le vécu professionnel.....	209
6.3	Influences sur l'activité socio-professionnelle .....	212
6.4	Développement de capacités personnelles et sociales .....	213
6.5	Influences sur la santé physique et psychique et sur le rapport à sa propre santé.....	215
6.6	Concernant les effets de la pratique de la fasciathérapie sur la santé physique et psychique du praticien.....	216
6.7	Concernant le recours à des séances de fasciathérapie pour soi-même .....	217
7.	<i>Perception de l'articulation de la fasciathérapie avec la kinésithérapie</i> .....	218
7.1	Degré d'aisance à intégrer la fasciathérapie au sein de la kinésithérapie .....	219
7.2	Identification et qualification des principales difficultés rencontrées.....	219
7.3	Reconnaissance socio-professionnelle de l'exercice de la fasciathérapie.....	221
7.4	Intégration des spécificités de la fasciathérapie dans la pratique de la kinésithérapie.....	222
8.	<i>Synthèse de l'analyse descriptive et retour à la question de recherche</i> .....	225
8.1	Approfondissement de la connaissance de notre échantillon et de ses spécificités .....	226
8.2	Mise en évidence des principaux changements de l'exercice professionnel attribués à la fasciathérapie	228
8.3	Apports de l'analyse descriptive à la recherche .....	231
CHAPITRE VI.	RECHERCHE ET CARACTERISATION DE PROFILS IDENTITAIRES .....	233
1.	<i>Mise en évidence de profils identitaires</i> .....	233
1.1	Analyse factorielle des variables identitaires .....	233
1.2	Classification des répondants par la méthode des centres mobiles.....	236
1.3	Modalités identitaires significatives définissant ces trois groupes .....	238
1.3.1	Le groupe « Fasciathérapeute » .....	238
1.3.2	Le groupe « Kinésithérapeute » .....	239
1.3.3	Le groupe « Kinésithérapeute-fasciathérapeute » .....	240
2.	<i>Analyse cas par cas des trois profils de modalités</i> .....	242
2.1	Profil « Fasciathérapeute ».....	242

2.1.1	Traits professionnels .....	242
2.1.2	Type de pratique .....	243
2.1.3	Formes de changement de l'exercice professionnel .....	244
2.1.4	Types d'amélioration de l'exercice professionnel .....	244
2.1.5	Styles d'intégration des spécificités de la fasciathérapie dans la kinésithérapie .....	245
2.1.6	Nature des impacts sur la vie professionnelle .....	246
2.1.7	Nature des impacts sur la vie personnelle et la santé physique et psychique .....	246
2.1.8	Nature des difficultés rencontrées .....	247
2.2	Profil « Kinésithérapeute » .....	247
2.2.1	Traits professionnels .....	247
2.2.2	Type de pratique .....	248
2.2.3	Formes de changement de l'exercice professionnel .....	248
2.2.4	Types d'amélioration de l'exercice professionnel .....	249
2.2.5	Styles d'intégration des spécificités de la fasciathérapie dans la kinésithérapie .....	249
2.2.6	Nature des impacts sur la vie professionnelle .....	250
2.2.7	Nature des impacts sur la vie personnelle et la santé physique et psychique .....	250
2.2.8	Nature des difficultés rencontrées .....	251
2.3	Profil « kinésithérapeute-fasciathérapeute » .....	252
2.3.1	Traits professionnels .....	252
2.3.2	Type de pratique .....	252
2.3.3	Formes de changement de l'exercice professionnel .....	253
2.3.4	Types d'amélioration de l'exercice professionnel .....	253
2.3.5	Styles d'intégration des spécificités de la fasciathérapie dans la kinésithérapie .....	253
2.3.6	Nature des impacts sur la vie professionnelle .....	254
2.3.7	Nature des impacts sur la vie personnelle et la santé physique et psychique .....	255
2.3.8	Nature des difficultés rencontrées .....	255
3.	<i>Comparaison des trois profils et analyse transversale</i> .....	255
3.1	Les traits professionnels .....	256
3.2	Les types de pratique .....	260
3.3	Les formes de changement de l'exercice professionnel .....	265
3.4	Les types d'améliorations de l'exercice professionnel .....	268
3.5	Les styles d'intégration des spécificités de la fasciathérapie de la pratique .....	271
3.6	Les dimensions discriminantes du toucher .....	284
3.7	Les dimensions discriminantes de l'expérience corporelle .....	287
3.8	La nature des impacts sur la vie professionnelle .....	290
3.9	La nature des impacts sur la vie personnelle et la santé physique et psychique .....	298
3.10	Impacts sur la vie personnelle .....	298
3.11	Impacts santé physique et psychique .....	301
3.12	La nature des difficultés rencontrées .....	304
CHAPITRE VII. SYNTHÈSE ET DISCUSSION .....		308
1.	<i>Concernant la dynamique de professionnalisation de la fasciathérapie</i> .....	308
1.1	La professionnalisation de la fasciathérapie : une dynamique collective .....	308
1.2	Le constat d'un fort sentiment d'efficacité professionnelle .....	309
1.3	La découverte d'un fort sentiment d'accomplissement professionnel et personnel .....	312



2. <i>Concernant l'identité professionnelle de la fasciathérapie</i> .....	313
2.1 Une identité spécifique de kinésithérapeute manuel privilégiant l'acte individuel, la pluridisciplinarité et l'activité libérale en groupe .....	313
2.2 Une pratique exercée par des professionnels aguerris à prédominance féminine.....	315
2.3 Une tendance à adapter le cadre d'exercice.....	316
2.4 Un sentiment d'appartenance professionnel partagé mais contesté.....	317
3. <i>Concernant les reconfigurations de l'identité professionnelle</i> .....	319
3.1 Les profils identitaires et leur mode de reconfiguration .....	319
3.2 Les lignes directrices des reconfigurations identitaires .....	320
3.3 Appropriation du toucher et du corps et profil identitaire .....	322
<b>CONCLUSION GENERALE</b> .....	<b>324</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....	<b>334</b>

## Liste des tableaux

Tableau 1 : résumé des 4 sens du terme profession inspiré de la classification de Dubar et Tripier (2009).....	20
Tableau 2 : Synthèse des théories fonctionnalistes et de leurs principales caractéristiques	23
Tableau 3 : Synthèse des théories interactionnistes.....	24
Tableau 4 : Répartition par tranches d'âge de la population des masseurs-kinésithérapeutes (Sources DREES, janvier 2013) .....	47
Tableau 5 : Présentation de la population des kinésithérapeutes-ostéopathes en fonction de leur mode d'exercice et du sexe (source DREES, 2013).....	59
Tableau 6 : Synthèse des qualifications de fasciathérapie délivrées entre 1984 et 2002 (durée de formation/nombre de stages/nombre d'heures) .....	123
Tableau 7 : Tableau récapitulatif de la fonction des chiffres dans une enquête, d'après De Singly (2010) .....	135
Tableau 8 : Distinctions questionnaire/entretien en sciences sociales .....	136
Tableau 9 : Classification des variables du questionnaire selon leur type .....	148
Tableau 10 : Exemple de tableau simple ou tri à plat d'une question textuelle recodée en question multiple .....	150
Tableau 11 : Exemple type de présentation d'une variable sous la forme d'un tableau simple .....	152
Tableau 12 : Exemple de présentation d'un tri croisé ou tableau de contingence.....	154
Tableau 13 : Description comparée de l'échantillon étudiée et de la population de référence, d'après les données de notre enquête et les données brutes issues des enquêtes de la DREES*, du CNOMK**, de la FFMKR*** et du Rapport d'information Sénat 2012**** . (s.o. = sans objet ; n.r.= non renseigné).....	168
Tableau 14 : Tableau synthétique des caractéristiques de l'échantillon au regard de la pratique de la fasciathérapie (données collectées sur un échantillon de 238 kinésithérapeutes ayant répondu à un questionnaire auto-administré).....	172
Tableau 15 : Analyse de variance des réponses portant sur les valeurs et le sens attribués à l'adhésion à l'ANKF sur une échelle numérique allant de 1 « pas important du tout » à 10 « très important ». (Test de Fisher significatif, p=0.001). La significativité des écarts individuels à la moyenne est symbolisée par les signes « + » ou « - » (supérieur ou inférieur à la moyenne). Le nombre de signes répétés indique le nombre de fois où le	

seuil de significativité de 5% est dépassé, traduisant une forme de force de la significativité de l'écart. Le symbole « . » indique une absence de différence. ....	174
Tableau 16 : Distribution des réponses et des co-occurrences de réponses, à la question interrogeant les formes d'exercice de la fasciathérapie les plus fréquentes, par rapport à la séance de kinésithérapie. Les données sont exprimées en pourcentage des répondants (377 réponses pour 238 répondants). En vert, les liens significatifs entre co-occurrences (test PEM local). ....	176
Tableau 17 : Distribution des répondants selon leur estimation de la part de leur patientèle demandant à être traitée spécifiquement en fasciathérapie. ....	179
Tableau 18 : Tableau synthétisant les différents changements rapportés par la population enquêtée. ....	188
Tableau 19 : Distribution des réponses et des co-occurrences des réponses à la question interrogeant les changements d'orientation de la prise en charge du patient attribués à l'exercice de la fasciathérapie. Les données sont exprimées en pourcentage des répondants (304 réponses pour 238 répondants). En vert, les liens significatifs entre co-occurrences (test PEM local). ....	192
Tableau 20 : Tableau synthétisant les différents apports de la pratique de la fasciathérapie à l'exercice professionnel rapportés par la population enquêtée. (Réponses exprimées en pourcentage des répondants). ....	196
Tableau 21 : Tri à plat des améliorations constatées dans cinq 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) ....	197
Tableau 22 : Secteurs pathologiques les plus et les moins améliorés les plus fréquemment cités (pourcentage des répondants) ....	199
Tableau 23 : Tableau illustrant les principaux impacts de la pratique de la fasciathérapie sur la vie professionnelle et personnelle. Sur les questions utilisant l'échelle de Likert, les pourcentages cumulent les réponses dont les scores sont supérieurs ou égaux à 3 (correspondant sémantiquement à « plutôt d'accord »). ....	206
Tableau 24 : Analyse de variance des réponses concernant les représentations de la pratique de la fasciathérapie (Test de Fisher significatif, p=0.001). La significativité des écarts individuels à la moyenne est symbolisée par les signes « + » ou « - » (supérieur ou inférieur à la moyenne). Le nombre de signes répétés indique le nombre de fois où le seuil de significativité de 5% est dépassé, traduisant une forme de force de la significativité de l'écart. Le symbole « . » indique une absence de différence. ....	207

Tableau 25 : Analyse de variance des réponses concernant les influences de la fasciathérapie sur la vie professionnelle (Test de Fisher significatif,  $p=0.001$ ). La significativité des écarts individuels à la moyenne est symbolisée par les signes « + » ou « - » (supérieur ou inférieur à la moyenne). Le nombre de signes répétés indique le nombre de fois où le seuil de significativité de 5% est dépassé, traduisant une forme de force de la significativité de l'écart. Le symbole « . » indique une absence de différence.210

Tableau 26 : Analyse de variance des réponses concernant les influences de la fasciathérapie sur le développement de capacités personnelles et sociales (Test de Fisher significatif,  $p=0.001$ ). La significativité des écarts individuels à la moyenne est symbolisée par les signes « + » ou « - » (supérieur ou inférieur à la moyenne). Le nombre de signes répétés indique le nombre de fois où le seuil de significativité de 5% est dépassé, traduisant une forme de force de la significativité de l'écart. Le symbole « . » indique une absence de différence.....215

Tableau 27 : Analyse de variance des réponses concernant les influences de l'exercice de la fasciathérapie sur la santé physique et psychique (Test de Fisher significatif,  $p=0.001$ ). La significativité des écarts individuels à la moyenne est symbolisée par les signes « + » ou « - » (supérieur ou inférieur à la moyenne). Le nombre de signes répétés indique le nombre de fois où le seuil de significativité de 5% est dépassé, traduisant une forme de force de la significativité de l'écart. Le symbole « . » indique une absence de différence.....216

Tableau 28 : Analyse de variance des réponses concernant le sentiment de reconnaissance de l'exercice de la fasciathérapie (Test de Fisher significatif,  $p=0.001$ ). La significativité des écarts individuels à la moyenne est symbolisée par les signes « + » ou « - » (supérieur ou inférieur à la moyenne). Le nombre de signes répétés indique le nombre de fois où le seuil de significativité de 5% est dépassé, traduisant une forme de force de la significativité de l'écart. Le symbole « . » indique une absence de différence.221

Tableau 29 : Analyse de variance des réponses renseignant le degré de facilité ou de difficulté à intégrer les différents aspects du toucher de la fasciathérapie dans la pratique professionnelle (Test de Fisher significatif,  $p=0.001$ ).....223

Tableau 30 : Analyse de variance des réponses renseignant le degré de facilité ou de difficulté à intégrer les différentes facettes de l'expérience corporelle dans la pratique professionnelle (Test de Fisher significatif,  $p=0.001$ ).....224

Tableau 31 : Trait professionnel, modalités permettant de distinguer significativement les profils entre eux (sans constituer nécessairement une information moyenne ou une tendance).....257

Tableau 32 : Profil de pratique .....261

Tableau 33 : Pourcentage en colonnes des réponses à la question portant sur le nombre de séances de fasciathérapie pratiquée par jour, selon les trois modalités de la variable identitaire. Le PEM local est indiqué entre parenthèses en italique. ( $\text{Khi}^2=27,4$ ddl=9 $p=0,001$ V de Cramer=0,196).....	264
Tableau 34 : Changements de l'exercice professionnel .....	266
Tableau 35 : Améliorations de l'exercice professionnel .....	268
Tableau 36 : Mise en évidence des dimensions de l'intégration des spécificités de la fasciathérapie dans la kinésithérapie permettant de discriminer les groupes identitaires entre eux (tris croisés sur les trois modalités de la variable « profil identitaire », test du $\text{Khi}^2$ au seuil de 5%). .....	273
Tableau 37 : Tableau du niveau de facilité à intégrer les dimensions du toucher reprenant les regroupements de score significatifs et indiquant les PEM positifs et négatifs pour chaque dimension ainsi que le pourcentage de la population le plus fort pour chaque dimension.....	276
Tableau 38 : Tableau du niveau de facilité à intégrer les dimensions de l'expérience corporelle reprenant les regroupements de score significatifs et indiquant les PEM positifs et négatifs pour chaque dimension ainsi que le pourcentage de la population le plus fort pour chaque dimension .....	277
Tableau 39 : Tableau du niveau de facilité à intégrer les dimensions du toucher reprenant les regroupements de score significatifs et indiquant les PEM positifs et négatifs pour chaque dimension ainsi que le pourcentage de la population le plus fort pour chaque dimension.....	279
Tableau 40 : Tableau du niveau de facilité à intégrer les dimensions de l'expérience corporelle reprenant les regroupements de score significatifs et indiquant les PEM positifs et négatifs pour chaque dimension ainsi que le pourcentage de la population le plus fort pour chaque dimension .....	280
Tableau 41 : Tableau du niveau de facilité à intégrer les dimensions du toucher reprenant les regroupements de score significatifs et indiquant les PEM positifs et négatifs pour chaque dimension ainsi que le pourcentage de la population le plus fort pour chaque dimension.....	282
Tableau 42 : Tableau du niveau de facilité à intégrer les dimensions de l'expérience corporelle reprenant les regroupements de score significatifs et indiquant les PEM positifs et négatifs pour chaque dimension ainsi que le pourcentage de la population le plus fort pour chaque dimension .....	283
Tableau 43 : Présentation des dimensions les plus discriminantes du toucher. ....	285

Tableau 44 : Présentation des dimensions les plus discriminantes de l'expérience corporelle.....	288
Tableau 45 : Impacts sur la vie professionnelle .....	291
Tableau 46 : Impacts sur la vie personnelle et la santé physique et psychique.....	298
Tableau 47 : Impacts sur la santé physique et psychique .....	302
Tableau 48 : Nature des difficultés rencontrées pour exercer la fasciathérapie .....	305

## Liste des figures

Figure 1 : Répartition géographique des masseurs-kinésithérapeutes en France métropolitaine (Rapport FFMKR 2013).....	48
Figure 2 : Répartition des masseurs-kinésithérapeutes selon leur secteur d'activité (Rapport FFMKR 2013).....	49
Figure 3 : La spirale processuelle du rapport au corps sensible (Bois, 2007).....	112
Figure 4 : Organisation générale du questionnaire (thèmes et indicateurs) .....	141
Figure 5 : Distribution des réponses au questionnaire.....	166
Figure 6 : Formation réalisées avant la fasciathérapie (pourcentage sur les réponses – 144 répondants soit 60,5% de l'échantillon) .....	171
Figure 7 : Approches les plus fréquemment associées à la fasciathérapie (pourcentage sur les réponses – 50 répondants soit 26,9% de l'échantillon).....	178
Figure 8 : La durée des séances de fasciathérapie telle qu'elle est pratiquée par les répondants (pourcentage des répondants par classe de durée). .....	179
Figure 9 : Répartition des praticiens selon leur estimation de la part de leur patientèle demandant à être traitée spécifiquement en fasciathérapie (pourcentage des répondants).....	180
Figure 10 : Types de consultation des patients en fasciathérapie (pourcentage des répondants) .....	181
Figure 11 : Mode de consultation des patients en fasciathérapie (pourcentage des répondants) .....	181
Figure 12 : Différents modes de perception de soi (pourcentage des répondants).....	182
Figure 13 : Modes d'affichage de la mention fasciathérapie sur des supports professionnels (pourcentage des répondants, réponse à choix multiples).....	184
Figure 14 : Modes de communication d'informations sur la fasciathérapie dans l'espace professionnel (pourcentage des répondants, réponse à choix multiples).....	185
Figure 15 : Différentes conceptions de l'exercice de la fasciathérapie (pourcentage des répondants) .....	186
Figure 16 : Motivations pour la formation de fasciathérapie (pourcentage des répondants) .....	189
Figure 17 : Type de nouveaux patients apportés par la fasciathérapie (Choix 1 – pourcentage sur les répondants) .....	194

Figure 18 : Qualités relationnelles acquises ou développées avec l'exercice de la fasciathérapie (Choix 1). Pourcentage des répondants.....	201
Figure 19 : Enrichissement du toucher (Choix 1). Pourcentage des répondants.....	202
Figure 20 : Enrichissement du vécu du corps du patient (Choix 1). Pourcentage des répondants.....	203
Figure 21 : Enrichissement du vécu de son propre corps par le praticien (Choix 1). Pourcentage de répondants.....	204
Figure 22 : Analyse en composantes principales des scores attribués aux modalités de réponses à la question portant sur les représentations de la fasciathérapie au sein de la kinésithérapie (53.98% d'explication de la variabilité totale sur les deux premiers axes).	208
Figure 23 : Analyse en Composantes Principales des scores attribués aux sept modalités de réponses « normales » à la question portant sur les influences de la fasciathérapie sur la vie professionnelle et personnelle (58.46% d'explication de la variabilité totale sur le premier axe et 10.10% sur le second).....	211
Figure 24 : Evolution du taux déclaré de formation des répondants après la formation en fasciathérapie, exprimée en différence de point de pourcentage avec le taux déclaré avant la formation.....	213
Figure 25 : Motifs de consultation des praticiens pour des séances de fasciathérapie..	218
Figure 26 : Introduction de la fasciathérapie dans la pratique de la kinésithérapie.....	219
Figure 27 : Principales difficultés rencontrées pour appliquer la fasciathérapie dans la pratique quotidienne de kinésithérapie (résultats du choix 1 au sein d'une sélection demandée de 4 choix).....	220
Figure 28 : Schéma présentant les 4 dimensions de l'identité professionnelle ayant servi de support à la construction de la variable « profil identitaire » .....	234
Figure 29 : Carte factorielle du « Profil identitaire » (PEM n°42/42, seuil 17%, variance cumulée 62,09% sur les deux premiers facteurs) .....	235
Figure 30 : Graphe de l'AFC « Profil identitaire » représentant la répartition des 3 typologies identitaires.....	237
Figure 31 : Schéma des modalités et des liens contributifs au profil Fasciathérapeute	239
Figure 32 : Schéma des modalités et des liens contributifs au profil Kinésithérapeute	240
Figure 33 : Schéma des modalités et des liens contributifs au profil Kinésithérapeute et fasciathérapeute .....	241



## Liste des sigles et abréviations

ACP :	Analyse en Composantes Principales
AFC :	Analyse Factorielle des Correspondances
AMKO :	Association des Masseurs-Kinésithérapeutes Ostéopathes
ANKF :	Association des Masseurs-Kinésithérapeutes Fasciathérapeutes
CARPIMKO :	Caisse d'Assurance et de Retraite des Pédiatres-podologues, Infirmiers, Masseurs-Kinésithérapeutes et Orthophonistes
CDOMK :	Conseil Départemental de l'Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes
CNOMK :	Conseil National de l'Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes
CERAP :	Centre d'Étude et de Recherche en Psychopédagogie perceptive
DPC :	Développement Professionnel Continu
DOM :	Départements d'Outre Mer
DRESS :	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Évaluation et des Statistiques
EBP :	Evidence Based Practice
EFOM :	École Française d'Orthopédie et de Masso-kinésithérapie
FFMKR	Fédération Française des Masseurs-Kinésithérapeutes Rééducateurs
FFC :	Formation Continue Conventiionnelle
FIF-PL :	Fonds Interprofessionnel de Formation des Professionnels Libéraux
HN :	Hors Nomenclature
HPST :	Hôpital, Patients, Santé, Territoire
IFOMPT :	International Federation of Orthopaedic Manipulative Physical Therapists
KINEDOC :	Base documentaire de la masso-kinésithérapie/physiothérapie française
MDB :	Méthode Danis Bois
NGAP :	Nomenclature Générale des Actes Professionnels
OMS :	Organisation Mondial de la Santé
OMT :	Orthopaedic Manual Therapy
ONDPS :	Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé
PEM :	Pourcentage d'Écart à la Moyenne
PPP	Psycho-Pédagogie-Perceptive
ROF :	Registre des Ostéopathes de France
SNMKR :	Syndicat National des Masseurs-Kinésithérapeutes Rééducateurs
SOFAC :	Syndicat des Organismes de Formation Adhérents à la Charte de Qualité
SPP	Somato-Psycho-Pédagogie
TMO :	Thérapie Manuelle Orthopédique
UNSMKL :	Union Nationale des Syndicats des Masseurs-Kinésithérapeutes Libéraux
WCPT :	World Confederation for Physical Therapy

## **Avertissement**

Lorsque j'ai utilisé des citations de textes écrits en anglais ou en portugais, j'en ai assuré moi-même la traduction. Je l'ai fait avec le plus de précision possible, en essayant de respecter au maximum les propos de l'auteur, et en adaptant parfois certaines tournures de phrase au français. Afin de faciliter la lecture, j'ai pris le parti d'inclure dans le texte la traduction en français.

# INTRODUCTION

La recherche sur l'identité en général et sur l'identité professionnelle en particulier est un sujet très actuel dans de nombreuses disciplines comme l'illustre le nombre de thèses réalisées sur le sujet puisque nous trouvons fin 2007 pas moins de 1817 enregistrées et indexées par le SUDOC<sup>1</sup> sous la rubrique identité parmi lesquelles 93 portent sur l'identité professionnelle (Kaddouri, Lespessailles, Maillebois, Vasconcellos, 2008). On doit à la sociologie des professions et à la sociologie du travail d'avoir tenté de définir ce qu'est une profession ou ce que pourrait être les caractéristiques d'une profession ce qui semble plus difficile à définir qu'il n'y paraît comme nous verrons. Cette notion complexe de profession et en corollaire celle d'identité professionnelle trouve un éclairage dans les théories des professions (fonctionnalisme et interactionnisme) qui sont apparues et ont évolué au fil de l'histoire. L'étude de l'identité professionnelle qui sera déployée dans cette recherche abordera la question de la profession, de la professionnalisation et de l'identité professionnelle à travers la sociologie du travail. Elle mettra en avant la problématique de l'identité qui doit concilier unité et multiplicité, stabilité et évolutivité, individualité et le collectif. On accordera également une place importante aux rapports entre identité professionnelle et personnelle qui sont essentiels surtout dans le champ des professions de la santé.

Notre recherche se déroule dans le champ de la kinésithérapie française qui constitue un cas particulier en Europe puisque la France ne propose pas de filière scientifique et universitaire en kinésithérapie. Cette situation n'est probablement pas sans incidence sur l'identité professionnelle de cette discipline car elle est considérée comme une para-profession. Il s'agit de plus d'un métier multiforme élaboré à partir de métiers existants et ayant suivi des phases successives de transformation et de changements identitaires (Monet, 2003, 2006, 2011). Ainsi, trois kinésithérapeutes sur

---

<sup>1</sup> Système Universitaire de Documentation : catalogue collectif français réalisé par les bibliothèques et centres de documentation de l'enseignement supérieur et de la recherche

quatre déclarent exercer une spécificité (CNOMK, 2009) et seulement un sur cinq est convaincu de l'existence de valeurs fortes fondant l'identité de cette profession (CNOMK, 2009).

L'autre domaine étudié dans cette recherche est la fasciathérapie méthode Danis Bois (MDB), pratique de thérapie manuelle issue de l'ostéopathie et faisant partie du paysage de la kinésithérapie française depuis maintenant plus de trente ans. On peut dater aux années 80 le développement de cette nouvelle approche manuelle mise au point par D. Bois dont les premiers ouvrages de modélisation de la thérapie des fascias (1984, 1985, 1989, 1990) ont contribué à son inscription dans le champ de la kinésithérapie. Une enquête de pratique menée en 2003 illustre l'intérêt porté par les kinésithérapeutes pour la fasciathérapie, celle-ci montrant que 37% des praticiens interrogés indiquent avoir recours à cette technique (chiffre multiplié par 2 entre 1998 et 2003) dans le traitement de pathologies aussi fréquentes que les lombalgies (Trudelle, 2003). Par ailleurs on note que cette technique est également citée par les kinésithérapeutes comme une « *modalité particulière d'exercice* » dans un rapport édité par le Conseil National de l'Ordre des Masseurs Kinésithérapeutes (CNOMK, 2009, p. 118)<sup>2</sup>.

Depuis 2012, nous observons une autonomisation de la fasciathérapie par rapport à sa profession de référence du fait de la posture du CNOMK qui s'est orienté progressivement vers l'exclusion des thérapies manuelles dites non-conventionnelles du champ d'exercice de la kinésithérapie. Il nous semble donc intéressant dans ce nouveau contexte de questionner les praticiens exerçant la fasciathérapie sur l'évolution de leur identité professionnelle. Ce projet a orienté la formulation de notre question de recherche qui se décline de la façon suivante : « *En quoi et comment les kinésithérapeutes formés à la fasciathérapie reconfigurent-ils leur identité professionnelle au contact de la fasciathérapie ?* ».

Notre enquête emprunte la perspective interactionniste dans la mesure où elle s'intéresse à un « segment » de la profession de masseur-kinésithérapeute et qu'elle questionne les praticiens qui associent dans leur pratique la fasciathérapie et la

---

<sup>2</sup> Sondage en ligne réalisé auprès d'un échantillon représentatif de 3050 kinésithérapeutes soit 4,7% de la profession

kinésithérapie. Elle permet surtout de prendre en considération les modes de pratique, la valeur et le sens que les praticiens donnent à leur expérience professionnelle. De plus, elle intègre dans la compréhension de l'identité professionnelle la manière dont les praticiens se sentent perçus par les institutions, les autres professionnels de santé voire leurs patients.

Le travail sociologique qui sera déployé tentera de faire émerger et d'objectiver depuis le contexte professionnel et social les dynamiques, les faits qui sous-tendent cette reconfiguration à partir d'une série de questions : Qu'est-ce qui amène des kinésithérapeutes à se tourner vers cette approche ? Qu'est-ce qu'ils y cherchent et y trouvent et qui leur manquaient jusqu'ici ? Y a-t-il des prédispositions sociales, culturelles et professionnelles qui poussent à aller vers la fasciathérapie ? Existe-t-il un profil de kinésithérapeute et de personne qui invite à la fasciathérapie ? En quoi les origines sociales et professionnelles participent-elles à la construction de ce parcours professionnel ? Enfin quelle trajectoire biographique façonne l'orientation professionnelle d'un kinésithérapeute vers la fasciathérapie ? L'ensemble des données qui résulteront de cette enquête nous permettront de mieux comprendre la manière dont les différentes facettes de l'identité professionnelle du kinésithérapeute sont affectées (mode et cadre d'exercice, orientation de la pratique et de la prise en charge du patient, sens du métier et position professionnelle, etc...) et si ces différents impacts reconfigurent leur identité.

Pour mener à bien cette recherche à visée exploratoire nous nous inscrivons sur le plan épistémologique dans une démarche sociologique compréhensive dans la mesure où notre enquête s'adresse à une population non encore étudiée et que notre objectif consiste à mieux comprendre cette typologie professionnelle et les dynamiques identitaires qui sont en jeu.

Sur le plan méthodologique, nous aurons recours à une enquête quantitative dont l'objectif est de dégager les tendances générales et de faire émerger les conduites et les attitudes communes aux individus qui sous-tendent les comportements collectifs (Cardon et Desanti, 2010, Paugam, 2010, De Singly, 2008) en ayant recours à un questionnaire auto-administré adressé à 446 kinésithérapeutes formés et exerçant la fasciathérapie. Nous suivrons un plan d'analyse des données recueillies qui s'appuiera successivement sur une analyse descriptive et des analyses multivariées.

Cette thèse est organisée en trois parties.

**La première partie** est composée de deux chapitres. Le premier est consacré à la problématisation de la question de recherche à travers les pertinences personnelle, professionnelle, sociale et scientifique. Cette section sera l'occasion de préciser l'objet de recherche et sa pertinence dans le domaine de la recherche sur les professions. Le second chapitre présente le champ théorique qui déploie cinq thématiques : la notion de profession et d'identité professionnelle, l'identité professionnelle dans ses dimensions multiples, les caractéristiques de l'identité professionnelle des métiers du soin et du soignant, le profil identitaire de la profession de masseur-kinésithérapeute en France, la fasciathérapie méthode Danis Bois (MDB) et son identité objective.

**La seconde partie** comprend deux chapitres. Le premier présentant le cadre épistémologique est composé de trois sections traitant de la posture impliquée du sociologue, de l'importance du chiffre en sciences sociales et des spécificités de l'enquête par questionnaire (Cardon et Desanti, 2010 ; Paugam, 2010 ; De Singly, 2008 ; Fenneteau, 2007). Le second chapitre présente le devis méthodologique qui comprend cinq sections : la présentation du questionnaire d'enquête, de la population étudiée et du choix de l'échantillon, le classement des variables du questionnaire, le plan d'analyse et les méthodes utilisées et enfin les précisions sémantiques pour la lecture des analyses. (Martin, 2012 ; Berthier, 2010 ; Cibois, 2007 ; Ghiglione et Matalon, 1998).

**La troisième partie** comprend trois chapitres. Le premier présente l'ensemble des données recueillies et déploie l'analyse générale de l'échantillon enquêté. Le second chapitre est consacré à la recherche et à la caractérisation de profils identitaires. Enfin, le troisième et dernier présente la synthèse et la discussion des résultats pour finalement clore par une conclusion qui est suivie de la bibliographie.

**Première partie :**

**mouvement de**

**problématisation théorique**

# Chapitre I. Pertinences, question et objectifs de la recherche

## 1. Pertinence personnelle

Comme nous l'avons esquissé dans l'introduction, notre recherche porte sur l'identité professionnelle des kinésithérapeutes qui pratiquent la fasciathérapie. La pratique de la fasciathérapie a été décisive dans ma carrière professionnelle et dans ma trajectoire et j'ai pu percevoir combien cette approche avait modifié ma conception de la kinésithérapie, mon identité de kinésithérapeute et avait donné une nouvelle forme à mon identité personnelle, professionnelle et sociale. Je me sentais devenir quelqu'un d'autre, le contact avec la fasciathérapie produisant chez moi un changement identitaire personnel profond. Je me sentais plus proche de mon identité professionnelle idéale.

Au contact de la fasciathérapie, je développais un regard critique sur mon métier et sur moi-même en prenant conscience des limites de mon métier de kinésithérapeute et des potentialités que m'offrait cette nouvelle pratique. Dans le même temps, je me sentais de plus en plus proche de ce que je pensais être l'*essence* de mon métier de kinésithérapeute. J'y trouvais le sens profond du toucher que la kinésithérapie ne m'avait pas offert et cela donnait un sens nouveau à ma pratique. Je percevais aussi les incohérences entre mon métier appris et la pratique que je découvrais. Je me rendais compte à quel point la kinésithérapie, du moins, telle que je la pratiquais manquait de profondeur et de globalité. La fasciathérapie m'offrait à ce moment la possibilité d'appréhender le patient dans sa globalité, de l'écouter et de l'appréhender en tant que personne et pas seulement en tant que malade. La rencontre avec la fasciathérapie m'a permis ainsi de mieux percevoir le sens que je voulais donner à mon métier de kinésithérapeute.

Je commençais ainsi à trouver mon identité professionnelle et à m'identifier dans le milieu de la kinésithérapie. Je me sentais kinésithérapeute et fasciathérapeute et



cela me permettait de me situer dans mes rapports avec les autres professionnels de santé. À travers la fasciathérapie, je faisais valoir ma différence et ma singularité de kinésithérapeute. Je peux considérer aujourd'hui que j'ai pratiqué la fasciathérapie par vocation en raison de l'importance et de la valeur que j'attribuais à cette pratique. À travers cette pratique, je gagnais en efficacité, je m'épanouissais et je développais auprès de mes patients une approche qui répondait au sens profond de mon métier. Probablement que cette recherche me donnera l'occasion d'éclairer mon processus de reconfiguration identitaire.

En fait, la question de l'identité professionnelle est au cœur de mon questionnement personnel depuis le début de mon engagement dans mon métier de kinésithérapeute. Si je me réfère à ma propre trajectoire professionnelle, je prends conscience en déployant cette recherche que la construction de mon identité professionnelle de kinésithérapeute et de fasciathérapeute n'a pas procédé d'un mouvement linéaire mais de réajustements permanents. En y regardant de plus près, je prends la mesure que ma démarche de professionnalisation a été, depuis le début de ma carrière, intimement motivée par un désir d'accomplissement personnel, et mes choix de métier (kinésithérapeute, fasciathérapeute, formateur et chercheur) ont toujours été envisagés comme des manières de me réaliser dans ma vie personnelle et sociale. En ce sens, je m'inscris dans la conception interactionniste de la profession comme vecteur d'accomplissement de soi. L'engagement dans un métier relève de la même nature que l'engagement dans la foi : on entre en profession comme on entre en « *religion* ». Questionner la nature de mon engagement, son sens et son rôle, voilà ce à quoi j'aspire à travers cette recherche doctorale, une quête qui me permettra peut être de répondre à mon questionnement : les kinésithérapeutes dans leur démarche de professionnalisation à la fasciathérapie vivent-ils leur engagement dans leur métier comme une quête de réalisation personnelle comme j'ai pu moi-même l'expérimenter.

C'est un fait, dans mon processus de professionnalisation, j'ai réalisé plusieurs « *conversions identitaires* » (Strauss, 1992) qui m'ont conduit à reconfigurer ma manière de concevoir de faire, de sentir et de penser et j'ai pu vérifier que l'identité professionnelle n'est jamais réellement achevée, qu'elle s'enrichit tout au long de la vie. Sur la base de mon propre vécu, je rejoins l'analyse de Dubar (1994) qui considère que l'identité professionnelle est une « forme identitaire » qui émerge dans un contexte au sein d'une logique biographique. Mais qu'en est-il de cette dialectique associant

trajectoire biographique et contexte professionnel dans les changements opérés par les kinésithérapeutes qui choisissent d'exercer la fasciathérapie ? J'espère que cette recherche, en résonance avec ma propre expérience, me permettra de mieux comprendre les enjeux existentiels, biographiques qui sont mis à l'œuvre dans le processus de reconfiguration identitaire que vivent les kinésithérapeutes exerçant la fasciathérapie.

## **2. Pertinence professionnelle**

Suite à ma formation en fasciathérapie, j'ai exercé pendant plusieurs années la kinésithérapie dans un cabinet privé en faisant appel de façon systématique à la fasciathérapie. Dans le cadre de cette pratique quotidienne, je développais des compétences perceptives qui nécessitaient des transferts de mes acquis au niveau de mon « savoir-faire » mais aussi de mon « savoir-être ». Cette trajectoire personnelle m'a conduit à émettre l'hypothèse que l'acquisition des compétences ne peut se réaliser sans une mutation identitaire. C'est à partir de ce constat que l'objet de ma recherche a pris forme.

Plus tard, dans les années 90, je suis devenu formateur en fasciathérapie auprès des kinésithérapeutes dans le cadre de la formation continue professionnelle, métier que j'exerce encore aujourd'hui. Depuis ma posture de formateur, j'ai observé le processus de formation des kinésithérapeutes à la fasciathérapie et constaté combien son apprentissage produisait des changements profonds chez les kinésithérapeutes. En effet, j'observais que l'approche empirique de la formation, la pratique réflexive et la mobilisation de nouvelles ressources perceptives et cognitives généraient une mutation identitaire personnelle, sociale et professionnelle. Il m'apparaissait de plus en plus clairement que ces trois dimensions de l'identité évoluaient ensemble et s'enrichissaient les unes les autres. Ce constat de terrain a commencé à susciter en moi une interrogation sur la complexité non résolue du processus de construction de l'identité professionnelle. Il m'était en effet difficile, comme formateur d'accéder au processus de mutation identitaire et d'en connaître les agencements et formes spécifiques. Plus globalement, je prends de plus en plus conscience des enjeux identitaires de la formation « tout au long de la vie » qui insiste sur la nécessité d'associer performance et accomplissement de soi.

De fait, j'étais face à une série de questions qui allaient servir d'ancrage à ma problématique de recherche : quels impacts l'exercice quotidien de la fasciathérapie avaient sur l'identité personnelle des kinésithérapeutes. Comment les kinésithérapeutes s'y prenaient-ils pour intégrer la fasciathérapie dans leur métier de kinésithérapeute ? De quelle manière continuaient-ils à percevoir leur métier au regard de leur nouvelle compétence de fasciathérapie. Que leur apportait réellement la fasciathérapie au quotidien et dans quels domaines se sentaient-ils devenir plus compétent ? En accédant au point de vue des participants, je serai en mesure d'améliorer l'accompagnement des stagiaires confrontés à ce type de processus, et de mieux répondre à leurs attentes sur les enjeux de la formation de fasciathérapie et notamment au niveau de son applicabilité et de son transfert dans l'exercice de la kinésithérapie. Grâce à cette recherche, je pourrai acquérir des connaissances très aidantes pour anticiper les crises identitaires que sont amenés à vivre les kinésithérapeutes en formation.

La formation de fasciathérapie contient de façon claire deux projets : délivrer un savoir et une connaissance spécifiques dans le domaine de la fasciathérapie et participer au déploiement des potentialités humaines et soignantes du kinésithérapeute. Cette recherche devrait pouvoir m'aider à mieux comprendre ces différents impacts sur l'identité personnelle, professionnelle et sociale des kinésithérapeutes exerçant la fasciathérapie. J'espère ainsi qu'elle m'amènera à clarifier l'articulation entre fasciathérapie et kinésithérapie et qu'émergera le visage de l'identité professionnelle de la fasciathérapie.

En 2004, pour améliorer ma pratique de soignant et formateur, je me suis inscrit dans un cursus de psychopédagogie curative à l'Université Moderne de Lisbonne. Un peu plus tard, j'ai poursuivi ce cursus au sein d'un master en psychopédagogie perceptive qui m'a permis d'acquérir de nouvelles compétences pour former les adultes. Cette spécialité m'a permis de comprendre la question des identités professionnelles et des stratégies identitaires qui sous-tendent l'engagement et l'implication des adultes en formation. J'ai découvert, dans le champ des sciences sociales auquel appartient la psychopédagogie perceptive le concept d'identité individuelle et collective. Nul doute que cette acquisition de savoirs trouvera matière à s'élargir à l'occasion de cette thèse.

### 3. Pertinence sociale

Un ensemble de recherches récentes impulsées par des praticiens chercheurs appartenant à la communauté de la fasciathérapie a permis de recueillir un matériau de recherche relativement conséquent sur les modalités pédagogiques mises à l'œuvre dans la formation (auteurs) et sur les impacts de cette approche sur la santé physique, psychique et existentielle (auteurs). On note cependant, qu'aucune recherche jusqu'alors n'a porté sur le groupe des professionnels de la fasciathérapie, en ce sens, ma recherche s'inscrit dans le courant des sciences sociales.

Je souhaite dans cette recherche identifier et donner les contours de l'identité professionnelle de ce groupe afin de lui donner une existence et un statut social au sein d'un groupe professionnel en place exerçant un métier institutionnalisé et reconnu, la kinésithérapie. Le processus de socialisation, implique d'abord de cerner, l'identité d'une profession en prenant en compte le cadre dans lequel elle se situe et duquel elle émerge comme le recommandent Dubar et Tripier (2009) : « *Pour comprendre un groupe professionnel quel qu'il soit, le sociologue a toujours intérêt à le replacer dans le système professionnel auquel il appartient ou dont il est issu* » (p. 270).

Comprendre une profession c'est l'aborder bien évidemment en tant que système vivant, intégré dans un contexte et dans un monde qui change. Dans notre cas, il me semble que l'approche du groupe professionnel de la fasciathérapie et sa compréhension en tant que groupe social ne peut se faire qu'en prenant en compte les interactions, les résistances et les articulations possibles et impossibles entre la fasciathérapie et le groupe professionnel de référence que constitue la kinésithérapie. Ma recherche devrait ainsi apporter un complément d'information au débat actuel concernant l'évolution et le devenir de la fasciathérapie. Cette dynamique est fondée puisque, comme le souligne Desbonnets (1992), toute pratique professionnelle est amenée à se renouveler : « *Aucune activité professionnelle n'est gravée dans le marbre, sinon celui de sa stèle* » (p. 2). Dans cette perspective, ce travail pourrait offrir un apport à la dynamique et à la compréhension de la mutation professionnelle de la fasciathérapie.

Les professionnels de la fasciathérapie et toutes les instances pédagogiques et associatives militent et travaillent depuis de nombreuses années pour faire reconnaître la

fasciathérapie comme une spécificité de la kinésithérapie. Dans ce cadre précis, on assiste bien à une démarche de professionnalisation d'une pratique en quête d'une construction identitaire rendant possible sa reconnaissance interne et externe puisqu'on observe un processus et des actions visant à structurer, à faire reconnaître et à inscrire dans des référentiels de formation ou de certification professionnelle cette pratique émergente.

Comme nous le verrons, trois niveaux de professionnalisation sont à l'œuvre dans la fasciathérapie rejoignant ainsi les définitions que donnent les sociologues des professions : la professionnalisation des praticiens, de la formation et de l'organisation associative. Cette démarche de professionnalisation des acteurs de la fasciathérapie traduit le besoin de reconnaissance d'une identité professionnelle et montre le chemin pris pour parvenir au statut d'identité spécifique au sein de la kinésithérapie. Cette recherche devrait fournir un terrain privilégié pour observer les représentations professionnelles et leurs rapports avec les identités « virtuelles » et « réelles » et les données recueillies permettront de dégager la dynamique d'organisation interne de cette pratique. En tablant sur l'étude des reconfigurations de l'identité professionnelle du kinésithérapeute pratiquant la fasciathérapie nous obtiendrons des données opérationnelles pour ouvrir la voie à une intégration officielle de la pratique de la fasciathérapie dans le champ de la formation continue en kinésithérapie et dans celui de la profession de kinésithérapeute.

Cependant, nous serons vigilant sur les éventuelles interactions à double sens, car questionner les changements identitaires professionnels me permettra de cerner la nature des apports ainsi que les secteurs qui sont susceptibles de constituer une forme de complément et de ressource au processus de formation professionnelle du kinésithérapeute. Dans cette perspective, émergeront des apports spécifiques de la fasciathérapie susceptibles de transferts dans la pratique conventionnelle de la kinésithérapie.

Cette recherche participera également à la compréhension des rapports entre identité professionnelle et identité personnelle dans le champ de la kinésithérapie et plus largement dans celui de la formation des soignants. En effet, à travers l'étude des changements identitaires des professionnels de la kinésithérapie nous cernerons les impacts personnels et existentiels de la fasciathérapie sur le kinésithérapeute, dans la

mesure où si l'on se réfère à la littérature spécialisée, cette pratique (Bourhis, 2012, Courraud, 2012) agit sur l'image de soi (efficacité, valeur, estime de soi) et des autres (professionnels, patients, institutions) et sur la représentation de son métier (statut, pratique, reconnaissance, compétences). À travers cette étude, je serai donc amené à identifier l'impact de la pratique de la fasciathérapie sur la motivation au travail, sur les apports personnels de cette pratique, sur le sens profond du métier et sur les rapports entre métier, vocation et accomplissement de soi et qui sont des valeurs transférables à la pratique de la kinésithérapie. À travers cette dynamique de recherche, il s'agit également de faire le point sur le statut de la fasciathérapie tant dans son évolution professionnelle que dans son inscription sociale.

Et enfin, dans le cadre de la santé et des professionnels du soin, certaines directives institutionnelles associées aux évolutions conjointes du statut du patient et de la posture des praticiens conduisent à développer de nouvelles compétences telles que celles d'éducateur en santé et obligent également à penser et à appréhender la pratique ainsi que la vision de la santé et de la maladie sous un nouveau jour. Il me semble important de ne pas perdre de vue que la fasciathérapie est peut-être une approche « moderne » de la santé et qu'elle répond à une certaine demande des kinésithérapeutes qui aspirent à de nouvelles manières d'être, de sentir et de penser leur pratique et leur conception de leur profession.

#### **4. Pertinence scientifique**

Le mouvement de problématisation que j'ai déployé jusqu'alors, montre comme le dit Vasconcelos (2008) qu'il est « *impossible de distinguer l'exercice professionnel de la construction de l'identité* » (p. 158). Dans le contexte de la fasciathérapie, les ressources mobilisées comme le montre Bourhis (2012) mettent l'accent sur la mutation profonde de l'identité personnelle. Ainsi, Bourhis dans sa recherche doctorale questionne douze experts du toucher manuel de relation (toucher de la fasciathérapie) et conclue : « *Chez les douze participants, l'apprentissage du geste manuel engage de façon forte leur manière d'être. Ce phénomène laisse à penser que dans le cadre de l'apprentissage du toucher manuel de relation, la manière d'être est le vecteur du*

*savoir-faire* » (Bourhis, 2012, p. 352). Même si cet auteur n'aborde pas directement la question de l'identité professionnelle dans son étude, il apparaît clairement que le fait de recruter des ressources perceptives intenses participe à la construction identitaire du professionnel. Je souhaite obtenir à travers cette recherche quelques éléments de réponse à propos de la place de l'enrichissement de la manière d'être à soi sur la construction identitaire professionnelle. En ce sens, cette recherche apportera une contribution scientifique à la question identitaire dans le travail et la formation. Face à ces divers enjeux, on comprend combien le concept de formation est riche et multiple puisqu'on peut l'entrevoir comme « *projet, production de sa vie et élaboration de sens* » (Josso, 1997, p. 59) impliquant les différentes dimensions de la vie.

Malgré les connaissances déjà produites dans le laboratoire CERAP<sup>3</sup> abordant la mobilisation des ressources internes dans l'acquisition des « savoirs faire » et des « savoirs être » au contact du toucher de relation manuel, la question très précise de la reconfiguration identitaire qui en découle n'a pas été abordée. Or cette question revêt une valeur universelle dans la mesure où elle interroge la place du déploiement des potentialités perceptive, cognitive et relationnelle dans le processus de mutation des identités professionnelles.

Sur un autre plan scientifique, ma thèse vise des apports dans deux directions : les sciences de l'éducation d'une part et plus précisément la formation des adultes qui veulent enrichir leur pratique de nouvelles compétences et d'autre part les sciences sociales et notamment celles qui s'intéressent à la question des relations des pratiques et identités professionnelles dans le cadre très précis d'un métissage entre les approches de santé non-conventionnelles et conventionnelles. En effet, à l'occasion de ma recherche, j'interrogerai plus largement le cas très spécifique du métissage de la kinésithérapie (pratique conventionnelle) et de la fasciathérapie (pratique non-conventionnelle) à propos du vécu du groupe professionnel des kinésithérapeutes pratiquant la fasciathérapie.

De nombreuses recherches récentes accordent au corps un rôle fondamental dans la construction et le maintien de l'ancrage identitaire de la personne (image de soi, image du corps, schéma corporel, corps représenté), mais peu étudient l'influence du

---

<sup>3</sup> Centre d'Étude et de Recherche Appliquée en Psychopédagogie perceptive

corps dans la construction identitaire. Dans cette perspective, ma recherche prendra en compte le rapport au corps pour éclairer la dynamique de reconfiguration identitaire spécifique que vivent les kinésithérapeutes exerçant la fasciathérapie.

Enfin, la méthodologie de recherche que j'ai utilisée est l'enquête sociologique dans laquelle j'ai choisi d'utiliser une démarche quantitative à visée exploratoire en élaborant un questionnaire adapté à la problématique spécifique des reconfigurations identitaires auprès d'une population de kinésithérapeutes-fasciathérapeutes. Pour cette raison, ma recherche apportera je l'espère une contribution méthodologique dans le domaine de l'étude de l'identité en sciences sociales et en sociologie du travail.

## **5. Question et objectifs de recherche**

Mon questionnement sur l'identité professionnelle de la fasciathérapie ne s'est pas donné d'emblée et ma question de recherche s'est construite progressivement au fil des lectures, des interactions au cours des séminaires doctoraux et dans mes réflexions personnelles. Avant de cibler mon projet vers la connaissance de l'identité professionnelle de la fasciathérapie, j'ai d'abord été amené à me poser une série de questions sur la profession de fasciathérapie, sur la formation continue en kinésithérapie et sur les notions de profession et d'identité professionnelle. J'ai d'abord été tenté de m'intéresser aux compétences offertes par la fasciathérapie et à leur applicabilité dans le métier de kinésithérapeute. À travers cette démarche, je souhaitais mieux définir le type de formation continue en kinésithérapie qu'offre la fasciathérapie. C'est ainsi que ma première question de recherche s'est trouvée formulée de la manière suivante : « *Quelles ressources et stratégies sont mobilisées par le praticien pour acquérir les compétences spécifiques de la fasciathérapie ?* ». À travers cette démarche, je trouvais matière à m'intéresser plus précisément à la dimension formative de la fasciathérapie en tant qu'elle participe au déploiement et à l'actualisation des potentialités humaines, relationnelles et soignantes du kinésithérapeute.

À ce stade de ma recherche, j'ai pris conscience que ma réflexion portait également sur l'identité professionnelle des kinésithérapeutes qui pratiquent la fasciathérapie. En effet, en étudiant les différents changements générés par l'apprentissage de la fasciathérapie sur les kinésithérapeutes et sur leur pratique de la



kinésithérapie, j'entrais dans un questionnement plus large portant sur l'évolution des pratiques professionnelles.

C'est dans cette perspective qu'il m'a semblé pertinent de mener une étude sur l'identité professionnelle de la fasciathérapie. Ma recherche pose en effet le problème de la relation entre la fasciathérapie et la kinésithérapie mais surtout celle de l'identité professionnelle des kinésithérapeutes qui pratiquent la fasciathérapie. À travers les différentes démarches menées jusqu'alors, nous avons construit une compétence de kinésithérapeute-fasciathérapeute qui fait que ces deux approches sont pratiquées ensemble, tissées dans une même pratique professionnelle. Si je suis conscient que la fasciathérapie transforme l'identité professionnelle du kinésithérapeute, je ne sais pas de quelle manière et dans quels domaines ces transformations identitaires sont les plus efficaces. C'est dans ce contexte que je souhaite étudier et comprendre la manière dont la pratique de la fasciathérapie s'articule avec celle de la kinésithérapie (posture professionnelle, relation à soi, relation avec le patient, efficacité de la pratique, stratégies thérapeutiques, etc...). C'est bien pour appréhender l'ensemble des impacts identitaires de la fasciathérapie sur le kinésithérapeute que j'ai souhaité formuler au final ma question de recherche ainsi : « *En quoi et comment les kinésithérapeutes pratiquant la fasciathérapie sont-ils amenés à reconfigurer leur identité professionnelle?* »

En questionnant ainsi le kinésithérapeute, je pense pouvoir isoler et cibler concrètement les différents types de changements identitaires (professionnels, personnels, organisationnels, pratiques ou conceptuels), les éventuelles difficultés rencontrées et les ajustements opérés pour intégrer la fasciathérapie dans l'exercice de la kinésithérapie. En questionnant la reconfiguration de l'identité professionnelle du kinésithérapeute, je souhaite également explorer les différentes formes identitaires qui peuvent apparaître dans ce carrefour kinésithérapie/fasciathérapie.

Nos trois objectifs opérationnels se décomposent comme suit :

- Identifier les caractéristiques du groupe enquêté au regard de la population de référence et de l'exercice de la fasciathérapie ;
- Cerner les secteurs de l'activité dans lesquels les kinésithérapeutes ont opéré des changements pour mettre en application la fasciathérapie ;
- Caractériser l'existence de profils identitaires et de profils de reconfiguration identitaire au sein de l'échantillon.

Ces objectifs devraient favoriser non seulement la compréhension des reconfigurations professionnelles liées à la fasciathérapie mais permettre également de mieux connaître l'identité professionnelle des kinésithérapeutes qui pratiquent la fasciathérapie et de mieux situer la formation et l'exercice de la fasciathérapie dans l'exercice de la kinésithérapie.

C'est dans cette perspective que se formulent les objectifs généraux de cette recherche :

- Connaître et améliorer la connaissance des kinésithérapeutes exerçant la fasciathérapie ;
- Formaliser l'identité professionnelle du kinésithérapeute exerçant la fasciathérapie à partir des données recueillies ;
- Cerner les contours de la fasciathérapie en tant qu'identité professionnelle dans le champ de la kinésithérapie.

## **Chapitre II. Champ théorique**

Comme nous l'avons évoqué dans l'introduction, et précisé dans notre question de recherche, nous nous interrogeons sur les impacts de la pratique de la fasciathérapie sur l'identité professionnelle du kinésithérapeute. Ce questionnement nous renvoie en premier lieu aux notions de profession et d'identité professionnelle que nous abordons dans le premier chapitre du champ théorique. Nous présentons ensuite les différents aspects de la profession de masseur-kinésithérapeute pour mettre en évidence les traits caractéristiques de ce métier et de notre population enquêtée. Le troisième chapitre est consacré à la présentation de la fasciathérapie, de son héritage identitaire et de ses différentes spécificités théoriques et pratiques. La construction de ces trois chapitres a été réalisée dans le but d'opérationnaliser la construction du questionnaire d'enquête qui interroge les individus sur les impacts de la pratique de la fasciathérapie sur différentes dimensions de leur identité professionnelle.

### **1. La notion de profession et d'identité professionnelle**

Pour réaliser cette première partie, nous nous sommes appuyés sur les travaux du champ de la sociologie du travail et de la sociologie des professions, domaines qui étudient deux aspects essentiels de notre recherche : la notion d'identité professionnelle et celle de profession. Les travaux que nous avons consulté montrent combien ces deux concepts sont interdépendants mais ne superposent pas. En effet, bien qu'au premier abord ils puissent sembler similaires, avoir une profession ou un métier ne suffit pas à définir l'identité professionnelle tout comme déclarer son identité professionnelle ne se résume pas à nommer son métier.

De plus chacune de ces notions est en elle-même complexe : celle de profession peut prendre plusieurs sens et se définir différemment selon le positionnement théorique. Celle d'identité professionnelle s'avère elle aussi délicate à saisir en raison principalement de son imbrication avec les autres dimensions de l'identité et de son

aspect à la fois objectif et subjectif. Nous avons choisi de présenter dans un premier temps la notion de profession puis celle d'identité professionnelle.

### 1.1 La notion de profession

On doit à la sociologie des professions et à la sociologie du travail d'avoir tenté de définir ce qu'est une profession ou ce que pourrait être les caractéristiques d'une profession qui semble plus difficile à définir qu'il n'y paraît. En effet, selon Dubar et Tripier (2009) « *Il n'existe aucun "modèle universel" de ce que doit être une profession, pas de one best way de l'organisation du travail professionnel, pas de définition scientifique de ce qu'est un groupe professionnel* » (p. 268). Si l'on se réfère à ces auteurs aucune définition de la profession ne s'impose, cependant Dubar et Tripier présentent un modèle qui tente de dessiner les contours d'une profession sur la base de quatre caractéristiques qui rendent compte de son aspect vivant, mouvant et évolutif :

1. Une profession n'est *pas séparée* : « *Pour comprendre un groupe professionnel quel qu'il soit, le sociologue a toujours intérêt à le replacer dans le système professionnel auquel il appartient ou dont il est issu* » (Ibid., p. 270). Ainsi, dans notre cas de figure, on ne peut comprendre la masso-kinésithérapie qu'en la resituant dans le système des professions de santé auquel elle appartient. Il en est de même de la fasciathérapie qui doit être resituée dans son contexte d'exercice à savoir la kinésithérapie et d'émergence à savoir l'ostéopathie ;

- Une profession n'est *pas unifiée* : les observations sociologiques de terrain ont toujours remarqué que les professions sont en réalité constituées de groupes plus ou moins organisés qui cherchent à se faire reconnaître, à faire valoir leur différence ou à prendre le pouvoir. Ce constat se retrouve dans notre recherche qui s'adresse à travers la fasciathérapie à un segment de la profession de masseur-kinésithérapeute ;
- Une profession n'est *pas établie* : le champ d'une profession est en permanence soumis à des remaniements socio-historiques. On peut assister à des réajustements internes liés à l'évolution des acteurs du champ professionnel mais aussi à des réajustements externes pour faire face à l'exigence du changement de l'environnement social. Tel est le cas de la profession de masseur-kinésithérapeute qui depuis sa création cherche son identité ;

- Une profession n'est *pas objective* : toute profession se définit par ses institutions, ses pratiques, ses valeurs communes et son statut social mais une profession est aussi profondément colorée par ce qu'en pensent et en disent les acteurs : « *Tenir compte des témoignages, récits, traces de la subjectivité des professionnels eux-mêmes, même et surtout lorsqu'ils ne sont pas reconnus comme tels, apparaît nécessaire, y compris pour saisir des processus collectifs* » (*Ibid.*, p. 272). L'identité d'une profession ne doit ainsi pas être confondue avec l'identité des professionnels qui se définit à travers la subjectivité des parcours et des trajectoires individuelles. Ces subjectivités peuvent même donner forme à l'identité réelle d'une profession. Notre enquête privilégie cette approche subjective des professionnels sur leur identité pour connaître et comprendre l'articulation entre la kinésithérapie et la fasciathérapie.

Dans le même ouvrage, Dubar et Tripier (2009) apportent également une précision intéressante sur le sens du terme profession. Après avoir évoqué l'absence de consensus sur ce terme que ce soit dans la sociologie anglo-saxonne (où le terme profession est utilisé pour qualifier des occupations reconnues) et française, ils proposent quatre champs sémantiques éclairants résumés dans le tableau 1 :

- Le premier renvoie à la notion de « vocation » : on pourrait ainsi dire qu'on « fait profession » ou qu'on entre dans une profession, un peu comme « on entre en religion ». La profession est ici considérée comme un moyen d'accomplir sa foi et de s'accomplir intérieurement : « La profession est quelque chose qui s'énonce publiquement et qui comme la vocation, est lié à des croyances politico-religieuses » (*Ibid.*, p. 4) ;
- Le second sens intègre une valeur économique : la profession est ce qui permet de gagner sa vie : « la profession de quelqu'un est son activité rémunérée, quelle qu'elle soit » (*Ibid.*, p. 4). Avoir une profession ou un métier c'est pouvoir assurer sa subsistance et pourvoir à ses besoins et à son bien-être intérieur ;
- Le troisième sens renvoie à la notion de corps, de groupe professionnel exerçant le même métier : « le sens du terme profession est proche de celui de corporation ou de groupe professionnel désignant l'ensemble de ceux qui ont le "même métier" ou le même statut social » (*Ibid.*, p. 5). La profession renvoie à un nom de métier et à un statut professionnel souvent associé à une position sociale ;

- Enfin, le quatrième sens désigne la fonction ou la position de l'individu dans la profession qu'il exerce et dans le corps de métier auquel il appartient. Cet aspect de la profession fait intervenir les rapports hiérarchiques et les positions des acteurs et situe l'individu dans le groupe auquel il appartient. On définit sa profession à travers le poste, la responsabilité et la fonction remplies.

Tableau 1 : résumé des 4 sens du terme profession inspiré de la classification de Dubar et Tripier (2009)

PROFESSION			
Déclaration	Emploi	Métier	Fonction
<i>Vocation</i>	<i>Classification</i>	<i>Spécialisation</i>	<i>Position</i>
Vision du travail, de ses missions et de son sens	Gagner sa vie, assurer son quotidien et le bien-être	Appartenance à un groupe, savoir-faire commun, position sociale	Poste et statut au sein du groupe, de la profession ou de l'entreprise

Ainsi, l'exercice et le choix d'une profession peuvent relever tout autant d'une vocation, que d'un souci économique ou encore d'un désir de réussite sociale voire d'un besoin de se faire reconnaître par ses pairs.

Oser (2003) reprenant les idées de Bellah (1985) donne une autre vision en proposant trois types de conception du travail ou de vie professionnelle : (1) le « job » qui exprime le succès financier, (2) la « carrière » qui génère prestige et pouvoir et (3) la « vocation » qui représente l'idéal d'accomplissement de soi.

Nous constatons qu'il existe plusieurs manières de concevoir ou de s'engager dans un métier et il existe également des représentations des métiers qui sont variées car toutes les professions ne bénéficient pas du même statut et de la même reconnaissance sociale. Ainsi le choix d'exercer d'un métier peut relever de motivations multiples (par vocation, par attrait du prestige ou d'un statut, ou encore par souci économique). Ces différentes dimensions seront questionnées dans notre enquête dans la mesure où nous nous interrogeons sur l'influence de l'exercice de la fasciathérapie sur l'évolution du rapport et du sens que les kinésithérapeutes interrogés donnent à leur métier.

## 1.2 Les théories des professions

Cette notion complexe de profession et en corollaire celle d'identité professionnelle trouve un éclairage dans les théories des professions qui sont apparues et ont évolué au fil de l'histoire. Le modèle fonctionnaliste est apparu en 1920 et a été

suivi et supplanté à partir de 1950 par le modèle interactionniste. Champy (2011) relève le clivage entre sociologie fonctionnaliste et interactionniste et déplore l'absence d'une théorie des professions capable de rompre avec ces antinomies :

*« Pour résumer, la sociologie interactionniste est une sociologie individualiste méthodologique, antidéterministe, compréhensive et attentive aux processus locaux de construction des représentations de la réalité et des normes de l'action sociale, par contraste avec le fonctionnalisme qui est holiste, déterministe et explicatif, et tend à naturaliser les phénomènes auxquelles il s'intéresse, et notamment les contraintes normatives s'imposant aux individus » (p. 13).*

Face à ce clivage, Champy (2011) propose une nouvelle théorie en guise d'alternative et de réponse à ces positions inconciliables et lui donne le nom d'« holisme compréhensif » à la fois holiste puisqu'elle est attentive à l'identité et à la stabilité des institutions et compréhensive par l'attention laissée au point de vue des individus :

*« une conception des institutions à la fois holiste, puisqu'elle est attentive à leur identité et à leur stabilité, et antidéterministe, par son attention à la latitude laissée aux choix individuels, aux interactions sociales et à l'élaboration, au cours de ces interactions, de conceptions particulières de l'activité » (Ibid., p. 16).*

### 1.2.1 La perspective fonctionnaliste

Le courant fonctionnaliste (Carr-Saunders et Wilson, 1933 ; Parsons, 1949) donne une place centrale au groupe et à la culture dans la définition d'une profession et dans la construction de l'identité. Les fonctionnalistes étudient en effet la profession en tant que modèle type en s'appuyant sur le cadre collectif et les règles d'exercice qui régissent une profession. Cette théorie se rapproche d'une position essentialiste qui envisage la profession en tant que telle sans prendre en compte le point de vue des individus qui l'exercent ni l'environnement dans lequel celle-ci est située.

Dans cette perspective, les professions participent à la cohésion sociale et morale de la société dans la mesure où elles véhiculent des valeurs et forment les individus à acquiescer les règles du groupe. Elles privilégient donc la conscience collective plutôt que la conscience individuelle et le désir personnel. Ce courant s'inscrit dans la lignée de Durkheim qui développe l'idée de communauté professionnelle donnant aux individus une conscience morale collective. La profession joue une fonction socialisatrice en inculquant une morale collective supérieure à la morale individuelle.

Les professions juridiques et médicales en raison du service vital et désintéressé rendu à la communauté, de leur enseignement universitaire et de leur absence de référence à la théologie ont originellement servi de référence à la construction d'un *idéal-type* professionnel pouvant s'appliquer à toutes les activités de travail. Dans ce contexte, des activités qui s'organisent sur la base du volontariat peuvent accéder au statut de profession (Carr Saunders et Wilson, 1933). C'est le cas des infirmières dont le service s'est d'abord développé sur la base du modèle de la vocation pour se créer en association puis en profession. On retrouve également ce schéma pour la masso-kinésithérapie qui s'est construite à partir des activités de masseur et de gymnaste médicaux avant de devenir une profession (Monet, 2003, 2011). Ce modèle fonctionnaliste donne lieu dans le milieu médical à deux types de profession : la profession médicale ou profession mère et les professions para-médicales encore appelées para-professions car ne possédant pas tous les attributs de l'idéal-type médical.

La notion d'*idéal-type* professionnel repose sur l'identification de *traits professionnels* communs à tout type de profession et se caractérisant par une double affirmation : les professions forment des communautés (même valeur, même « éthique de service ») et sont fondées sur un savoir scientifique et pas seulement pratique.

Parsons (1968) développe une méta-théorie des professions qui distingue trois traits professionnels caractéristiques : rendre un service performant à un patient ou à une personne (s'oppose au businessman qui fait des affaires), avoir une compétence technique dans un domaine défini et particulier, être dans une relation contractuelle et non commerciale (neutralité affective) orientée vers la satisfaction de l'autre par des ressources de valeurs impersonnelles comme la science, le perfectionnement technique ou la compétence reconnue juridiquement.

Cette conception des professions est prolongée par le point de vue de Chapoulie (1973), pour qui deux traits fondamentaux s'imposent pour caractériser une profession : posséder une compétence techniquement et scientifiquement fondée et accepter un code éthique commun.

On trouvera dans le tableau 2 une synthèse de ces différentes perspectives.



Tableau 2 : Synthèse des théories fonctionnalistes et de leurs principales caractéristiques

Auteurs	Théorie	Regard sur la profession
Durkheim	Groupes professionnels	Groupe intermédiaire Entre l'individu et l'État Fonction socialisante et intégrative Conscience et discipline morale et collective Cadre d'identification, de protection et de régulation
Carr Saunders et Wilson (1930)	Paradigme fonctionnaliste	Distinction occupation/profession Profession : santé/juridique/religion - association ou groupe d'individus - formation longue - technique spécialisée - rendant service à la communauté
Parsons (1968)	Méta-théorie des professions	Traits professionnels : - rendre un service performant - compétence technique dans un domaine défini et spécialisé - relation contractuelle et non commerciale
Merton et Wilenski (1964)	La professionnalisation	6 stades de professionnalisation graduels Importance de la reconnaissance universitaire
<i>Les théories fonctionnalistes tentent de définir les professions à partir de ce qu'elles sont et tentent de dégager les traits caractéristiques d'une profession en général et communs à toutes les professions (idéal-type professionnel). Ce modèle voit la profession comme un statut social.</i>		
Profession de référence	Traits professionnels	Idéal-type professionnel

### 1.2.2 La perspective interactionniste

Par contraste avec les sociologues fonctionnalistes qui ont étudié des professions de référence (juridiques et médicales), les sociologues interactionnistes de l'école de Chicago et notamment Hughes (1958) se sont intéressés à des groupes très divers pour comprendre et donner un sens différent au terme profession à partir du vécu des personnes impliquées. Les théories interactionnistes (Hughes, 1996 ; Bucher et Strauss, 1961) mettent ainsi en avant la relation subjective de l'individu avec son activité professionnelle. Ces auteurs pensent la profession non comme une entité unique et unifiée mais plutôt comme un « corps vivant » constitué de groupe, de sous-groupe et d'individus (« segments ») qui façonnent et qui luttent pour se définir et définir leur profession au sein de leur corps de métier ou vis-à-vis des autres. Ce modèle suppose qu'on ne peut connaître une profession que dans les rapports et interactions entre ses membres et avec les autres professions.

Ce point de vue repose sur le fait que les activités de travail doivent être analysées comme des *processus subjectivement signifiants* et comme des *relations*

*dynamiques avec les autres* où toutes les activités de travail ont un égal intérêt sociologique et une égale dignité. Au-delà de cet intérêt, la dimension d'accomplissement de soi et de valeur accordée au travail est au cœur du modèle interactionniste et participe tout autant que les qualifications ou le statut social à la reconnaissance professionnelle (Hughes, 1996). La valeur que l'individu a de son travail (noblesse, honte) ou qu'il attribue à sa fonction (utilité, inutilité) sont également centrale dans la définition de la profession. Dans ce contexte, un groupe professionnel est constitué d'identités et c'est l'ensemble de ces identités en négociation qui constitue l'identité de groupe.

Dans la perspective interactionniste, la profession se définit ainsi (tableau 3) :

- une profession se définit par ses limites et ses spécialités par rapport aux secteurs d'activité proches d'elles : dans cette optique les individus sont capables de définir leur spécificité et de s'identifier dans le champ professionnel où ils exercent ;
- une profession ne se définit pas de façon collective mais par les segments qui la composent. En ce sens une profession est faite d'individus de sous-groupes qui sont autant de différences devant cohabiter pour représenter la profession telle qu'elle est exercée. Pour Strauss (1992), l'organisation d'une profession relève d'un « ordre négocié » qui implique l'ensemble des professionnels concernés et même les bénéficiaires des services rendus par ces professionnels.

Tableau 3 : Synthèse des théories interactionnistes

Hughes (1958)		
Prise en compte de toutes les activités hors emplois	Toutes les activités ont un rôle sociologique et un intérêt égal Le métier est un mode d'accomplissement de soi	La profession est construite par le sujet lui-même : - un processus subjectivement signifiant - des relations dynamiques avec les autres La profession est une valeur et pas seulement une fonction
<i>La théorie interactionniste ne part pas d'un métier de référence pour en dresser les traits caractéristiques et communs. Elle part de l'identification subjective que les personnes donnent à leur métier. La notion de profession est définie par les personnes elles-mêmes et pas par un cadre extérieur.</i>		

Cette perspective interactionniste est en adéquation avec notre projet de faire émerger l'identité des praticiens de la fasciathérapie à partir du terrain et de leur réalité professionnelle vécue. Sur cette base, il nous est permis de dresser une définition et un profil identitaire de la fasciathérapie et de ses praticiens. Indépendamment de sa

reconnaissance institutionnelle, nous pouvons accéder à la définition et au statut que les praticiens attribuent à la fasciathérapie (profession, spécialisation, compétence) ainsi qu'à la manière dont ils définissent leur identité professionnelle (kinésithérapeute, kinésithérapeute-fasciathérapeute, fasciathérapeute). Elle légitime enfin, le fait que l'identité professionnelle de la fasciathérapie peut être approchée à partir de la définition, des modes d'activité spécifiques et des champs d'application qu'en donnent ceux qui la pratiquent.

Notre enquête emprunte la perspective interactionniste dans la mesure où elle s'intéresse à un « segment » de la profession de masseur-kinésithérapeute, elle questionne le vécu des praticiens sur leur pratique et elle interroge la valeur, le sens qu'ils donnent à leur expérience de la fasciathérapie. Et enfin, elle enquête sur la manière dont les praticiens se sentent perçus par les institutions, les autres professionnels de santé et leurs patients.

Ce parcours à travers les notions de profession et les différentes théories des professions nous a permis de mieux comprendre qu'une profession peut se définir et s'appréhender à partir de critères objectifs (idéal-type) mais aussi à partir de critères subjectifs. Toutefois, comme nous l'avons évoqué en début de chapitre, la notion de profession renvoie aussi à un rapport singulier à son métier : selon les individus, une profession peut signifier s'engager dans une vocation, posséder un statut social ou encore gagner sa vie.

Pour compléter cette partie, nous abordons maintenant la notion de professionnalisation qui traduit le caractère mouvant, dynamique et évolutif des professions.

### **1.3 La notion de professionnalisation**

La notion de professionnalisation est un terme courant qui se rapporte au processus de reconnaissance d'une pratique et à la dynamique de développement professionnel.

Le terme professionnalisation emporte l'idée d'un processus dynamique qui aboutit à la reconnaissance du statut de profession d'une pratique ou d'un métier non encore reconnu. Cette dynamique se retrouve dans les propos de Parsons (1968) qui met cependant l'accent sur l'implication d'un groupe professionnel et son inscription dans une formation professionnelle qualifiante : « *La professionnalisation en tant que*

*processus regroupe l'ensemble des actions et des démarches qui permettent à des activités professionnelles en émergence et en construction de se structurer en véritable métier, de s'inscrire dans des filières professionnelles et de se faire reconnaître dans des référentiels de formation, de qualification et de certification professionnelle » (Parsons, 1949).*

La professionnalisation rassemble ainsi l'ensemble des démarches collectives permettant la reconnaissance du statut de profession. Wilenski (1964) propose un schéma graduel et évolutif de professionnalisation en six stades décrivant le processus par lequel une « occupation » ou une « activité » peut accéder au statut de profession :

- être exercé à temps plein ;
- comporter des règles d'activité ;
- comprendre des formations et des écoles spécialisées ;
- posséder des organisations professionnelles ;
- comporter une protection légale des monopoles ;
- avoir établi un code de déontologie.

Notons que pour Merton et Wilenski (1964), la professionnalisation d'une activité passe nécessairement par une intégration universitaire, exigence nécessaire pour atteindre le statut de profession.

Wittorski (2010) complète la définition du terme professionnalisation en y ajoutant à la constitution d'un groupe, les notions de flexibilité, d'efficacité et de formation. Ainsi selon cet auteur, la professionnalisation engage :

*« la constitution d'un groupe social autonome ("professionnalisme-profession"), l'accompagnement de la flexibilité du travail ("professionnalisation-efficacité du travail") et le processus de "fabrication" d'un professionnel par la formation ("professionnalisme-formation") » (p. 9).*

Dans cette perspective, la professionnalisation s'entrevoit comme une « mise en mouvement » des individus dans le sens d'une amélioration de leurs compétences dans le but de s'adapter au contexte du travail, au marché concurrentiel et à sa flexibilité. Le but recherché étant l'efficacité. Concernant le domaine de la formation, sa professionnalisation implique qu'elle ne se limite plus à l'acquisition de savoirs mais doit donner les moyens au professionnel d'être capable d'analyser sa pratique et d'explorer de nouvelles approches de son travail : « (...) intégrer dans un même mouvement l'action au travail, l'analyse de la pratique professionnelle et l'expérimentation de nouvelles façons de travailler » (*Ibid.*, p. 8). L'objectif étant de

répondre aux besoins d'accorder action de formation et accompagnement des changements des conditions de travail.

Blin (2010) s'oppose à la stratégie de « prolétarisation » visant à soumettre les professionnels à des décisions venant de la noosphère qui tend à déposséder le professionnel de son autonomie et à le réduire au rôle d'exécutant. À la place il plaide pour une stratégie de professionnalisation qui rend les praticiens acteurs et auteurs de leur pratique et de leur trajectoire professionnelle :

*« L'enjeu est d'importance car il s'agit de préparer des « praticiens réfléchis », des professionnels capables de penser leur façon d'agir et de penser tout au long de leur vie professionnelle » (Blin, 2010, p. 208).*

De plus, cette centration sur le développement de la réflexivité participe à la construction de l'identité professionnelle individuelle et à la construction de l'identité du groupale.

Legault (2003) parle de la posture de praticien-réflexif pour décrire la démarche de professionnalisation. Selon cet auteur, cette posture implique une dimension éthique en faisant ressortir que la réflexion sur la pratique favorise le développement de la capacité de jugement professionnel qui dépasse et optimise le jugement dit technique :

*« L'approche du praticien-réflexif est indispensable si nous voulons construire une identité professionnelle - au sens sociologique du terme - car elle montre que le "jugement professionnel" ne peut pas se réduire à un jugement technique. Il y a une logique propre au savoir en action qui est différente de celle de la maîtrise des lois biologiques, physiques et chimiques » (Legault, 2003, p. 214).*

Ces différents points de vue viennent consolider nos axes de recherche et orienter notre enquête qui interroge une dynamique de professionnalisation. Notamment, la dynamique de professionnalisation collective du groupe des kinésithérapeutes se formant à la fasciathérapie, la dynamique de professionnalisation individuelle à partir d'une évaluation de l'efficacité, du développement des compétences et de l'applicabilité de la fasciathérapie sur le terrain professionnel et la pertinence du processus de formation professionnelle mis en place. Tous ces éléments s'inscrivent dans la dimension éthique en résonance avec les propos de Legault.

#### **1.4 La place du travail dans la socialisation et la définition de soi**

Cette séquence aborde la fonction socialisante de la profession et la place du travail dans la définition de soi.

#### 1.4.1 La fonction socialisante de la profession

Depuis Durckheim (1990) et ensuite pour la sociologie en général, les professions ont une place essentielle dans l'organisation de la société et dans la socialisation des individus. Ce sont des intégrateurs sociaux, c'est-à-dire des formes historiques d'organisation sociale, d'accomplissement de soi et de coalition d'acteurs. Le travail et la profession véhiculent des valeurs, des savoirs et une culture qui sont destinés à intégrer les individus dans la société. L'acquisition d'un métier a ainsi toujours été considéré comme faisant partie du processus de socialisation de l'individu. Tout apprentissage d'un métier ou d'une profession est un processus d'assimilation et d'intégration d'une pratique mais aussi d'une pensée et d'une culture spécialisée : « *Les métiers (...) se caractérisent par l'importance accordée à la formation, comme mode d'intégration des savoirs et savoirs pratiques mais aussi comme vecteur du modèle culturel sous-jacent* » (Osty, 2008, p. 99). Dans ce contexte, le professionnel effectue une sorte de conversion identitaire en s'identifiant à l'institution et au modèle professionnel acquis.

Les deux grandes étapes de la socialisation sont la socialisation primaire et la socialisation secondaire (Berger et Luckmann, 1986). La socialisation primaire est le fruit de l'éducation de l'enfant et de l'intériorisation des valeurs de ses groupes d'appartenance. La socialisation secondaire relève quant à elle du désir ou du choix des groupes auxquels l'adulte souhaite appartenir. Dans cette période de socialisation secondaire, les choix de métier et les savoirs professionnels acquis sont primordiaux. La caractéristique de cette étape est de favoriser l'incorporation de nouveaux savoirs dits « spécialisés » (savoirs professionnels) distincts des savoirs acquis.

La notion de socialisation a largement évolué avec le temps : d'abord conçue comme un processus d'intériorisation de « développement de l'enfant », de « transmission de culture » ou encore d'« incorporation d'habitus » dans la lignée de Bourdieu (1974, 1980), elle est aujourd'hui envisagée comme une dynamique de « construction d'un monde vécu ». La socialisation n'est plus subie passivement mais activement construite par les individus : elle se fait par une dynamique de construction et de destruction permanente de l'identité en fonction des diverses sphères d'activité dans lequel le sujet évolue tout au long de sa vie. En somme la socialisation relève d'une construction subjective intégrant les savoirs et les contextes dans lesquels l'individu évolue.

#### 1.4.2 Place du travail dans la définition de soi

La recherche sur l'identité professionnelle serait incomplète si on ne lui associait la dimension et existentielle du travail. En effet, comme le mentionne Champy (2009), l'identité professionnelle participe à la définition de l'identité individuelle : « *Les professions contribuent, souvent plus que la religion, l'engagement politique ou l'appartenance familiale, à la définition des identités individuelles* » (Champy, 2009, p. 1-2). Hughes (1996) va dans ce sens et fait de cette dimension existentielle du travail l'axe directeur de la vie humaine : « *Le métier d'un homme est l'une des composantes les plus importantes de son identité sociale, de son moi et même de son destin dans son unique existence* » (p. 76). Dans cette lignée Osty (2008) sur la base d'une série d'enquêtes constate que le désir du métier participe à un « *mode de définition de soi* » (p. 15).

En référence à ces auteurs, nous constatons que l'engagement dans un métier constitue dans nos sociétés modernes un moyen de réalisation et d'accomplissement de soi par le travail et d'intégration sociale. C'est en tout cas ce que confirme Oser (2005) en introduisant le travail comme une source de renforcement de l'estime de soi nécessaire à l'intégration sociale : « *le travail représente non seulement une base matérielle, mais également une source d'estime de soi et d'intégration à une communauté* » (p. 16).

Ces propos sont à nuancer car le travail n'a pas la même valeur selon les catégories socio-professionnelles. Les professions libérales indépendantes et les cadres estiment que le travail est très important et le considèrent comme le premier composant de l'identité alors que les professions intermédiaires, les ouvriers et les employés accordent une moindre importance au travail et attribuent à d'autres activités une place toute aussi grande dans la reconnaissance de leur identité (Garner, Méda, 2006).

Quelque soit le poids du travail dans la définition de soi, la perte ou l'absence de travail sont susceptibles de causer une rupture du lien social et une perte des repères identitaires affectant profondément l'estime de soi et désocialisant les individus comme le souligne Dubar (2009) :

« *La privation de travail est une souffrance intime, une atteinte à l'estime de soi autant qu'une perte de relation aux autres : une blessure identitaire génératrice de désorganisation sociale. Inversement le fait d'être reconnu dans son travail, de nouer des relations – même conflictuelles – avec les autres et de pouvoir s'investir personnellement dans son activité est constructeur d'identité personnelle en même temps que de créativité sociale* » (p. 12).

Ainsi selon Dejours (1993, 1995), le métier permet d'accéder à des parties de soi inconnues, voire de déployer des potentialités et des ressources que l'existence n'offre pas. Osty (2008) souligne cet aspect du travail tout en évoquant le manque de recherche à ce sujet : « *Le rapport à l'activité de travail comme facteur de construction d'une identité pour soi a été peu abordé par les sociologues en tant que tel. Or le travail met en jeu des capacités humaines qu'aucune autre activité humaine n'est susceptible de lui ravir* » (p.111).

Le travail est un mode d'accomplissement de soi et participe à l'élévation de l'homme. Le travail a pour finalité de permettre à l'individu de se réaliser personnellement, d'être satisfait, fier et heureux de son travail. La culture de métier regroupe aussi toutes les formes d'activité et d'organisation qui favorisent la place de chacun et donc l'efficacité du groupe dans un agir ensemble : « *La culture de métier comporte une dimension sacrée, au-delà de l'efficacité qu'elle autorise dans l'action* » (*Ibid.*, p.102).

On doit également introduire dans cette partie l'épanouissement personnel que le travail apporte (Dejours, 1995). On constate un lien très important entre type et nature de travail et accomplissement de soi. Le travail est ici non plus vu comme une image que l'on veut donner ou offrir mais comme un moyen de se déployer, d'accéder à une dimension de soi plus en phase avec soi-même.

Le travail mobilise ainsi une intelligence de vie en mettant à l'épreuve l'individu en l'amenant à dépasser, à sublimer des difficultés qui sont des obstacles existentiels. Toute activité de travail positivement vécue participe au sentiment de soi et constitue une source d'équilibre mental : « *Le métier représente alors l'expérience accomplie de cette médiation positive par le travail dans ses effets de construction identitaire et de santé mentale* » (Osty, 2008, p.111). Dans le prolongement de ce constat, Dejours (1995) attribue au travail une vertu soignante tant somatique que psychique dans laquelle se joue la construction de l'identité.

Pour explorer cette facette existentielle et soignante du travail, nous avons inclus dans notre enquête des questions qui touchent le domaine de la définition de soi et de la santé physique et psychique.



## 2. L'identité professionnelle dans ses dimensions multiples

Nous avons évoqué précédemment les différentes conceptions de la profession et les processus de professionnalisation d'où se sont dégagés une exigence d'expertise et de compétences, un cadre de formation, une intégration sociale et une définition de soi. Nous souhaitons maintenant aborder plus profondément la question de l'identité professionnelle dans sa complexité et ses multiples facettes.

Comme nous l'avons déjà évoqué, l'identité professionnelle est indissociable des identités sociale et personnelle. Ainsi l'identité montre un de ses paradoxes puisqu'elle est à la fois unique et en même temps multiple. Nous sommes en effet constitués de la somme et de l'interaction de nos différents « soi », personnel, social et professionnel. Cette multiplicité est soulevée par Legault (2003) : « *Parler de l'identité, c'est parler de ce qui unit, de ce qui fait « un » dans le « multiple »* » (p. 1). Idée reprise par Bourgeois (2011) qui évoque le caractère multiple, conjoncturel des représentations identitaires et ses mutations temporelles : « *l'identité n'est pas une représentation unique et monolithique, mais plutôt une configuration particulière de représentations plurielles de soi, qui peuvent parfois diverger entre elles, et, en outre, changer dans le temps* » (p. 67).

Ce caractère multiple de l'identité explique en partie que l'identité professionnelle ne peut pas se limiter à une conception unique et définitive. Au-delà de ces facteurs de multiplicité, il reste qu'une identité professionnelle dépend du type de métier et de son contexte. C'est ce que précisent Leclercq et Potocki-Malicet (2006) :

*« L'identité professionnelle est ce qui définit une personne, ou un groupe de personnes, sur le plan professionnel. Elle renvoie à son métier principal et à l'ensemble des éléments stables et permanents traversant les différentes fonctions remplies par cette personne ou ce groupe. » (p. 3).*

Ramené à notre étude, l'identité professionnelle du masseur-kinésithérapeute est circonscrite par l'ensemble des actes et des fonctions qui lui sont spécifiques. L'identité du masseur-kinésithérapeute peut ainsi se définir par le massage ou la rééducation et par l'ensemble des actes qu'il est habilité à réaliser. Ainsi toute identité professionnelle est caractérisée par son titre mais aussi par ses actions. Dit autrement, Blin (2010) suggère qu'il n'existe pas une identité professionnelle en général mais des identités spécifiques qui sont configurées et caractérisées par le contexte spécifique du travail :

*« Parler d'identités professionnelles c'est reconnaître aux champs des activités professionnelles la capacité de construire des identités spécifiques à des groupes au cours de processus de socialisation significatifs des domaines considérés » (p. 182).*

Fray et Picouveau (2010), tentent de cerner les composantes principales qui déterminent la construction de cette identité spécifique. Ils mettent en avant, le monde vécu du travail (la situation objective de travail et la signification que lui accorde l'individu), les relations au travail (la perception subjective des relations interpersonnelles) et le sentiment d'appartenance aux groupes informels ainsi que les trajectoires professionnelles et la perception de l'avenir. Ces éléments nous semblent bien résumer la complexité de l'identité professionnelle.

## **2.1 Identité objective et identification subjective**

À travers le propos des auteurs précédents, nous constatons qu'il existe une identité objective donnée par le métier (titre, qualifications, compétences, formation) et une identification subjective qui repose sur la conception, la perception et la représentation que l'individu a de son identité professionnelle. Il ressort aussi que l'identité n'est pas limitée à un titre professionnel et qu'une profession ne suffit pas à définir l'identité professionnelle d'un individu. Nous considérons ainsi que les individus ont une perception et une conception individuelle de leur identité professionnelle qui ne peut être approchée que par le point de vue des sujets.

L'idée qui transparait à travers cette distinction montre que la place du « je » dans l'identité professionnelle s'appréhende par le « je ». Le « je », est présenté ici comme la métaphore de l'affirmation et du positionnement identitaire du sujet dans son inscription collective et sociale : *« La parole identitaire prendra toujours la voix du « je », qui reconnaîtra, par sa déclaration publique, son inscription dans telle ou telle profession »* (Legault, 2003, p. 18). Legault (2003) propose ainsi une conception de la construction de l'identité professionnelle qui prône l'affirmation de soi au sein de la collectivité :

*« l'identité professionnelle ne peut plus se concevoir aujourd'hui comme une fusion dans un groupe, une perte de soi dans l'Autre, mais plutôt comme une affirmation de soi dans la participation collective »* (Legault et al, 2003, p. 186).

Sur cette base, Legault préconise un nouveau modèle de construction identitaire basé sur le dialogue et la réflexion sur la pratique.

Cette conception de l'identité se fait donc autour de trois axes :

- la représentation subjective individuelle c'est-à-dire la manière dont l'individu se perçoit et qui donne lieu à un sentiment d'identité ;
- la manière dont il se distingue des autres donnant lieu à un sentiment d'acceptation et de reconnaissance ;
- et la manière dont les autres le reconnaissent correspondant à la place et à la position au sein du groupe.

## 2.2 Identité individuelle et identité collective

En fait, il se joue une dialectique permanente entre le « je » ou identité individuelle et le « nous » identité collective. Il ressort cependant que l'identité individuelle s'inscrit nécessairement dans une identité collective qui unifie les individus entre eux en leur donnant une identité commune et participe au renforcement de leur estime d'eux-mêmes et de leur reconnaissance sociale. Les propos de Ion (1996) vont dans ce sens :

*« l'identité professionnelle, c'est ce qui permet aux membres d'une même profession de se reconnaître eux-mêmes comme tels et de faire reconnaître leur spécificité à l'extérieur. Elles supposent donc un double travail, d'unification interne d'une part, de reconnaissance externe d'autre part » (p. 91).*

Cette identité collective selon Osty (2008) repose, sur le partage, la transmission et le perfectionnement de règles, de savoirs et de culture communs et propres à chaque groupe qu'ils considèrent comme incontournables : *« Point de métier sans culture, c'est-à-dire sans des règles techniques et comportementales intériorisées par l'apprentissage, mobilisées en vue de la perfection d'un art » (p.112).* Cependant, cette intégration collective doit se faire selon un double mouvement dans lequel, le sujet décide de son appartenance et la collectivité intègre l'individu puisque : *« L'identité collective représente la dimension de l'identité résultant de l'intégration dans une collectivité d'appartenance, et de l'assimilation à des groupes déjà constitués » (Ibid., p. 98).* Ce double mouvement se retrouve chez Wittorsky (2008) qui met en valeur le rôle de l'interaction entre identité collective et individuelle dans le processus d'individualisation : *« La quête d'identité collective s'inscrit vraisemblablement dans un contexte d'individualisation plus forte de l'activité humaine et en constitue d'une certaine façon, une réponse » (Ibid., p. 195).*

Entre besoin d'être identifié au groupe et nécessité de trouver sa singularité, la construction d'une identité professionnelle apparaît comme une négociation : « *Entre la déviance et la trop grande conformité, se joue la recherche d'une reconnaissance de la singularité mais aussi de l'appartenance à un collectif* » (Osty, 2008, p. 105).

Cette reconnaissance par autrui se joue sur plusieurs dimensions comme le fait remarquer Brun (2013). Elle passe par une reconnaissance existentielle (relations au travail), de la pratique (qualité du travail réalisé), de l'investissement (efforts accomplis) et des résultats (rendement, travail réalisé). Brun (2013) attribue à cette reconnaissance au travail un rôle essentiel tant dans la construction et l'accomplissement de l'identité professionnelle que dans le renforcement de l'identité personnelle et de la santé : « *La reconnaissance au travail est un élément essentiel pour préserver et construire l'identité des individus, donner un sens à leur travail, favoriser leur développement et contribuer à leur santé et à leur bien-être.* » (p. 44).

Dans cette perspective, l'identité consiste en une représentation subjective individuelle, une perception de soi ou « un sentiment d'identité » qui s'opère à travers un double mouvement d'identification/différenciation :

- *identification et assimilation* par incorporation des caractéristiques de son groupe ;
- *différenciation* par séparation du groupe pour accéder à l'autonomie ;

Dubar (1994, 2009) aborde également cette dialectique entre identité collective et individuelle. Il présente un modèle de construction identitaire basé sur deux axes : l'axe « synchronique » sur lequel se construit l'*identité pour autrui* (ou identité attribuée par les autres) qui représente la dimension objective de l'identité et l'axe « diachronique » sur lequel se constitue l'*identité pour soi* (identités revendiquées par soi) qui introduit la trajectoire biographique sociale, personnelle et professionnelle de l'individu (c'est la dimension subjective de l'identité).

Les « formes identitaires » (Dubar 2007) résultent d'une transaction subjective entre ces deux pôles identitaires : « *C'est la relation entre ces deux processus d'identification qui est au fondement de la notion de formes identitaires* » (p. 4).

Nous retrouvons cette conception interactive de la construction identitaire chez Fray et Picouveau (2010) :

« *L'identité est à la fois identité pour soi et identité pour autrui. Identité pour soi car elle renvoie dans un premier temps à l'image que l'on se construit de soi-même. Identité pour*

*autrui car l'identité est aussi l'image que nous souhaitons renvoyer aux autres. Enfin, l'identité se construit à travers l'image que les autres nous renvoient » (p. 75).*

Holcman (2006) ajoute la notion d'appartenance professionnelle. Il met en avant la subjectivité. Le terme appartenance introduit la notion de sentiment pris dans le sens du désir revendiqué d'appartenir à un groupe :

*« L'appartenance professionnelle définie relève (...) d'une catégorisation objective des groupes professionnels qui ne correspond pas nécessairement au sentiment d'appartenance que peuvent revendiquer les individus, qui renvoie à l'appartenance professionnelle ressentie. » (p. 20).*

Ainsi, cet auteur semble évoquer le fait qu'un individu peut appartenir à une profession sans pour autant éprouver le sentiment d'appartenir à ce groupe, créant décalage et incohérence. Ce désir d'appartenance est porté par une motivation, une implication et une satisfaction ainsi qu'une volonté d'imiter le leader du groupe (effet percolation le comportement et les attitudes du leader influence le groupe).

## **2.3 Notions d'identité visée, de crise et de tension identitaire**

### **2.3.1 Identité visée**

Nous avons évoqué à plusieurs reprises le caractère mouvant de l'identité (Bourgeois, 2011, Legault, 2002, Dubar, 2007, Blin, 2010) montrant ainsi qu'une identité n'est jamais achevée et se construit tout au long de la vie. Le propos de Fray et Picouleau (2010) illustre cette caractéristique : *« La construction identitaire est un processus continu, dynamique et interactif. (...) la constitution de l'identité professionnelle s'exerce tout au long de la vie professionnelle. Elle évolue dans le temps. »* (, p. 79). De fait, l'identité professionnelle évolue et se transforme au fur et à mesure des changements intérieurs et des remaniements qu'impose le métier ou qui s'imposent par les changements et les mutations sociales. L'identité professionnelle n'est jamais définitivement figée. Cependant, ces changements successifs et évolutifs de la construction identitaire sont pour Dubar (2009) le fruit d'un projet, d'une quête, d'une aspiration à aller vers et qui nécessitent une capacité d'anticipation :

*« C'est de l'issue de cette première confrontation que vont dépendre les modalités de construction d'une identité "professionnelle" de base qui constitue non seulement une identité au travail mais aussi et surtout une projection de soi dans l'avenir, l'anticipation d'une trajectoire d'emploi et la mise en œuvre d'une logique d'apprentissage, ou mieux, de formation » (Dubar, 2009, p. 117).*

Dans ce contexte l'identité professionnelle se fait par une mise en forme et en sens de la trajectoire de vie de la personne et les parcours professionnel et personnel s'entrelacent pour donner corps à une identité de soi où évènements professionnels et personnels sont considérés comme des composantes de la vie qui s'interprètent ensemble et de façon réciproque.

### 2.3.2 Crises et tensions identitaires (Haissat, Dubar, Legault, Bourgeois)

Toute trajectoire professionnelle est parfois jonchée de crises identitaires. Le terme « crise » peut ne pas être entrevu de façon négative dans la mesure où selon Haissat (2006) elle désigne un processus de changement ou une opportunité au changement :

*« (...) ces changements de parcours professionnels sont aussi des modifications de "l'être " qui indiquent que les acteurs deviennent différents, jamais tout à fait les mêmes qu'avant. (...) Ce point de vue, relatif à l'étude du processus de "conversion identitaire", permet de comprendre comment "l'acquisition des savoirs" entraîne non seulement une modification de l'avoir (j'en sais plus aujourd'hui qu'hier) mais de l'être (je suis autrement aujourd'hui qu'hier), c'est-à-dire une modification identitaire » (Haissat, 2006, p. 126).*

Dubar (2007) emploie ce terme dans un autre sens. La crise représente un moment difficile et une rupture d'équilibre liée à des facteurs sociaux et généraux : « Phase difficile traversée par un individu ou un groupe » ou « rupture d'équilibre entre diverses composantes » (p. 9). Il situe la crise professionnelle dans le concept de modernisation qui redéfinit le sens, les valeurs et les fonctions du travail : « il s'agit de tendances qui ont des incidences identitaires importantes, qui mêlent la rationalisation et l'innovation, qui portent sur des rapports au travail et non sur des formes et catégories d'emploi » (Ibid., p. 106). Ce processus de modernisation implique une recherche systématique du profit (immédiat) le plus élevé, de la maîtrise du temps (futur) par la prévision et l'anticipation. Pour parvenir à ces fins, moderniser c'est être dans une dynamique de créativité et d'innovation.

La crise identitaire dans le monde du travail est également la conséquence d'un changement de mode d'identification et de repères. Le groupe n'est plus la référence mais l'individu est invité à trouver son autonomie pour s'adapter à la mobilité et à la flexibilité du marché du travail :

*« Toutes les formes antérieures d'identification à des collectifs ou à des rôles établis sont devenues problématiques (...) Tous les "nous" antérieurs, marqués par le "communautaire" et qui avaient permis des identifications collectives, des modes de*

*socialisation du "je" par intégration définitive à ces collectifs sont suspects, dévalués, déstructurés. Le dernier cri du modèle de la compétence suppose un individu rationnel, mobile et autonome qui gère ses formations et ses périodes de travail selon une logique entrepreneuriale de "maximalisation de soi" » (Ibid., p. 126, 127).*

S'ajoute à cette dynamique, le principe que c'est à l'individu d'assurer sa propre formation continue (droit individuel de formation, 2004) :

*« La compétence étant de la qualification incorporée dans le sujet, intériorisée tout au long de son parcours, apprise activement tout au long de ses formations, elle peut être « vendue » ou « louée », pour un temps, à une entreprise qui juge qu'elle peut en avoir besoin pour tel ou tel objectif, et si elle ne trouve pas mieux chez un autre prétendant » (Ibid., p. 112).*

C'est à l'individu de prendre en main sa destinée et de se construire pour se mettre sur le marché du travail en faisant valoir autant des compétences qu'un métier. Cette forme identitaire individualiste est tournée vers la réalisation de soi en vue d'un épanouissement personnel et d'une capacité à affronter la précarité et l'incertitude. Les mots clés de cette forme identitaire sont : responsabilisation individuelle, valorisation de la compétence personnelle, employabilité de chacun. L'identité professionnelle dans ce contexte n'est-elle pas condamnée à être dans une crise permanente ?

La notion de « *relation de service* » qui s'adresse à tous les métiers (management participatif, impératif qualité) met en avant, la confiance et la satisfaction du client comme un élément central de la réussite et de la reconnaissance de soi. Le professionnel est un fournisseur de services rendus à quelqu'un : « *Il s'agit de répondre aux demandes du marché, de mettre le "client final" au centre des activités, de réagir aux évolutions de ses désirs, d'anticiper ses comportements d'achat et de tenter de les susciter* » (Ibid., p. 113). La démarche qualité vise la satisfaction du client et la réponse à ses besoins et envies. La relation au client est un avantage compétitif : personnalisée, proche, flexible. Il s'agit d'une relation de professionnel à client, notion ancienne qui définissait celle de profession. Cette notion devient en France dans les années 80-90 le « modèle de référence » dans le monde du travail. Dans le monde de l'entreprise et de l'administration, il s'agit de passer du statut de fonctionnaire ou travailleur à celui de professionnel c'est-à-dire de rendre un service à un client : « *fournisseurs de service à des usagers avec qui ils sont liés par une relation de confiance, dont ils cherchent à satisfaire, au mieux, les besoins* » (Ibid., p. 115). On parle alors de conversion identitaire dans ce passage vers le statut de professionnel.

Legault (2003) dans la lignée de Dubar (2007) explique que la crise identitaire s'origine dans une tension entre le « nous » et le « je » :

*« En effet, un aspect important de la crise identitaire est cette tension entre la tendance à l'éthique subjective active dans la construction d'une identité personnelle et sociale et l'imposition d'un cadre éthique objectif et normatif fixé par des institutions. La tension entre ces deux pôles vient justement de ce que l'ordre éthique subjectif est inséré dans un ordre éthique objectif qui ne tient pas compte de ces diverses subjectivités. C'est un problème d'identification et de reconnaissance » (Larouche et Legault, 2003, p. 18).*

Pour Legault la crise identitaire résulte d'une tension entre le « nous » et le « je » et entre le « je » et le « je » : elle exprime un sentiment d'inadéquation entre l'identité sociale (assignée, attribuée) et l'identité personnelle (librement choisie, appropriée). La crise identitaire peut apparaître dans le rejet ou la remise en question des valeurs ou des conceptions héritées. Elle peut aussi apparaître dans le cas où existe un flou identitaire au sein du lieu d'appartenance. Enfin, elle peut exprimer le conflit entre les valeurs personnelles et les valeurs professionnelles :

*« Dans certaines circonstances, nous devons faire des choix difficiles entre des valeurs personnelles (résultant de l'appropriation de l'appartenance familiale) et des valeurs institutionnelles ou organisationnelles » (Ibid., p. 24).*

Le « je » représente la dimension déclarative de l'identité et exprime un choix d'appartenance à un groupe professionnel. Le « nous » renvoie à l'appartenance à ce groupe choisi mais aussi à toutes les appartenances obligées. Legault propose ainsi un modèle de construction identitaire qui rejette le modèle fonctionnaliste prônant une conception unique de l'appartenance qui distingue les « appartenances obligées » des « appartenances volontaires » (Ibid., p. 24). La construction de l'identité, dans le fil conducteur de Dubar (2009), se fait à partir de l'héritage et d'appartenances obligées (socialisation primaire) et à partir d'appartenances librement choisies (socialisation secondaire) à d'autres groupes ou communautés.

La crise appelle à une reconfiguration de son identité professionnelle car elle témoigne aussi d'un malaise, d'un sentiment d'inadéquation entre le soi personnel et le soi professionnel : la crise peut naître d'une insatisfaction profonde de son identité professionnelle qui ne colle plus à l'identité voulue ou souhaitée. Le professionnel cherche à ajuster son identité souhaitée avec son identité réelle.

Et enfin Bourgeois (2011), parle plutôt de tension identitaire entre les différentes images que l'individu a de lui-même ou qu'il renvoie vers les autres. La tension peut provenir d'une difficulté de congruence entre l'identité de métier et l'identité sociale ou l'identité personnelle. On peut prendre le cas d'une tension entre ce que l'individu fait dans son métier de soignant et l'idée qu'il a de la prise en charge de son patient. La tension est l'expression de l'écart entre les images de soi et la réalité de soi. De même,



l'individu peut sentir une tension entre la représentation du métier qu'il exerce et ce qu'il pratique : l'image du métier n'est pas nécessairement celle qui correspond à ce qu'il est et fait. La quête professionnelle peut alors s'appréhender comme la tentative de l'individu de trouver dans l'évolution de son métier et dans des formations une unité et une continuité de lui-même et donc à réduire les tensions identitaires expression des contradictions entre les différentes dimensions de soi :

*« L'individu aura tendance à s'engager dans une action – de formation par exemple- et à soutenir son effort dans cette action s'il estime que cette action conduira à une réduction de la tension, c'est-à-dire, in fine, à (re)trouver un sentiment d'unité et de continuité » (Bourgeois, 2011, p. 69).*

La question de l'identité professionnelle peut apparaître ici comme une quête d'unité et de continuité entre les différentes dimensions de l'identité et afin de réduire les tensions qui existent entre elles. La tension identitaire est bien définie : c'est la perception d'un décalage ou d'une désynchronisation entre les différentes images de soi.

### **3. Les caractéristiques de l'identité professionnelle des métiers du soin et l'identité du soignant**

Ce chapitre permet de mieux saisir l'identité professionnelle spécifique des métiers de la santé car comme nous l'avons évoqué, chaque métier, chaque profession construit une identité professionnelle spécifique. Dans le cadre de ma recherche, je m'intéresse principalement à l'identité professionnelle du métier de kinésithérapeute et de fasciathérapeute.

Nous développons dans cette section la notion de para-profession ou de sous-profession terme employé pour désigner les professions dites para-médicales (dont la première à apparaître a été la profession d'infirmière qui a donné lieu à l'émergence de la kinésithérapie par les infirmiers-masseurs). Nous abordons également la question de la fragmentation des soins ou du découpage et des conséquences que cela peut avoir sur l'identité du soignant. Nous allons également évoquer l'évolution du concept de soin et des conséquences sur l'identité des soignants. Enfin on pourra évoquer la souffrance du soignant conséquence en rapport avec la perte de repère et d'identité idéalisée.

### 3.1 Particularités des professions de santé

La profession médicale est une des trois professions de référence en matière d'idéal-type professionnel. Les professions de santé et en particulier les activités paramédicales se sont toutes développées sur le modèle de la profession de médecin et sous sa dépendance : « *Le soin infirmier s'est ainsi développé dans un rapport de dépendance vis-à-vis de la médecine, l'identité de l'infirmière moderne dans un rapport de dépendance vis-à-vis de l'identité médicale.* » (Rothier-Bautzer, 2002, p. 42). Holcman va plus loin en considérant que l'identité du praticien para-médical est dominée par la profession médicale : « *Pour évoquer la situation des paramédicaux vis-à-vis des médicaux, il convient d'utiliser le terme de « sujétion », situation d'une personne soumise à une autorité.* » (Holcman, 2006, p. 36).

Les professions para-médicales, comme la kinésithérapie, cherchent aujourd'hui à sortir de cette dépendance en tentant de s'identifier à ce modèle médical :

*« Les objectifs explicites sont marqués par une volonté d'autonomisation du métier dans le sens d'un alignement sur le modèle des professions établies (savoirs théoriques spécifiques et abstraits, modèles diagnostiques, Conseil de l'Ordre, universitarisation de la formation, recherche,... » (Monet, 2011, p. 33).*

Certains auteurs considèrent toutefois que cette volonté d'identification à la profession médicale impose une conception scientifique et biomédicale du soin qui ne correspond pas à la réalité de la pratique professionnelle : « *Le modèle médical qui fonctionne comme idéal-type pour les autres professions de santé repose sur le langage scientifique de la médecine moderne, celui de la science positiviste.* » (Rothier-Bautzer, 2002, p. 42).

Les métiers du soin ne possèdent donc pas le statut de profession mais sont encore aujourd'hui considérés par les sociologues comme des professions inachevées, imparfaites et incomplètes (Chapoulie, 1973, Freidson, 1984) en référence au modèle fonctionnaliste. Monet (2011) reprend cette idée en mettant l'accent sur le sentiment de profession non accomplie :

*« La distance au modèle qui caractérise certains groupes professionnels a inspiré un certain nombre de dénominations, sub-professions, professions marginales, quasiprofessions, semi-profession, pour désigner les infirmières et les travailleurs sociaux car « leurs études sont courtes, leur statut est faiblement légitimé, ils disposent d'un corps de connaissances peu spécialisé et d'une plus faible capacité de contrôle social que les professions » (p. 22).*

Historiquement cette distinction repose sur le fait que les professions médicales sont basées sur un savoir intellectuel et scientifique appris à l'université alors que les

professions paramédicales sont construites sur un savoir faire de type manuel qui se transmet par l'apprentissage.

### 3.2 L'identité professionnelle du soignant : une identité de la relation

Le soin dans sa dimension ontologique est une activité de l'homme qui le porte à prendre soin de lui, des autres et du monde. Ainsi toute activité de l'homme est portée vers le prendre soin car cette faculté est une dimension de son être et participe de son existence.

Si les professions de santé possèdent leur propre spécificité et identité, elles possèdent une caractéristique commune et partagée, la relation thérapeutique : *« La relation avec le patient demeure, toutefois, la spécificité irréductible des métiers exercés dans les services de soins, quand bien même elle est professionnalisée. »* (Holcman, 2006, p. 37). Cette dimension relationnelle constitue même aujourd'hui un enjeu pour les professionnels :

*« L'émergence du patient sujet de sa santé peut se faire dans le cadre de la relation de soins à condition que le soignant éducateur accepte de se laisser toucher en tant que personne par la personne qui est en face de lui. On ne peut, en effet, entreprendre d'éduquer sans accepter d'entrer soi-même dans un processus de transformation. »* (Lasserre Moutet et al, 2008, p.11).

L'identité d'un soignant se forge ainsi dans une double dimension : faire un soin qui nécessite une certaine habileté technique et prendre soin qui implique la possession d'une certaine habileté relationnelle. Au sein de l'évolution de la conception du soin et de la santé, il est aujourd'hui admis deux notions distinctes recouvrant deux dimensions du soin (Hesbeen, 1997, Honoré 1992, 2003, Laemmlin-Cencig, 2007, 2015, Piguet, 2010, Rothier Bautzer, 2012, Tronto, 2009) :

- « to cure » : soin à visée curative, dans le but de guérir des symptômes
- « to care » : attention portée à autrui, prise en compte de ses valeurs, de ses besoins fondamentaux et de son bien-être

Ces deux dimensions relèvent d'une même activité, le soin, mais ne visent pas le même projet. Honoré (2003), présente l'activité de soin comme une activité inhérente à la santé : *« Elle est comprise alors comme étant à l'origine d'une obligation de prendre soin des autres, de soi-même et de tout ce qui constitue le monde »* (p.13). Ainsi, le prendre soin des autres et du monde nous soigne et en retour, on peut imaginer que le fait de prendre soin de soi soigne les autres. Cette notion de prendre soin comme

activité soignante de soi et des autres est une manière de concevoir l'activité de soin. Le soin n'est pas seulement souci de l'autre mais souci de l'autre à travers soi et souci de soi à travers l'autre. Ainsi, les rapports entre identité professionnelle et identité personnelle dans le champ de la santé paraissent liées. Le soin centré sur le patient sollicite des attitudes, des manières d'être qui ne sont pas seulement « professionnelles » au sens de gestes techniques ou d'actes pratiques. Certaines compétences dites professionnelles sont avant tout des compétences personnelles : l'écoute, la disponibilité, l'attention à autrui sont des valeurs essentielles dans la qualité du soin. Ce chevauchement entre identité personnelle et professionnelle est une préoccupation dans tous les métiers de la relation.

Toutefois, l'évolution de la professionnalisation des soins conduit à la séparation de ces deux dimensions de soin. La dimension curative étant plus valorisée que la dimension relationnelle. De plus, cette professionnalisation conduit à séparer le soin en différentes activités telles que le soin infirmier, le soin médical ou bien sûr le soin kinésithérapique. Dans cette dynamique, on assiste à une sorte de morcellement du soin voire à une hiérarchisation et à une segmentation des tâches qui tend à faire perdre la dimension globale du soin. Cette multiplicité des soins spécialisées tendent à faire perdre de vue la dimension essentielle du soin qui est de prendre soin de la personne dans sa globalité : « *Dans l'action de soin spécialisée, il n'est pas rare que la sauvegarde de la partie fasse perdre de vue celle de l'ensemble* » (*Ibid.*, p.115). Cette professionnalisation des soins risque de créer également une incohérence entre la réalité que les professionnels vivent sur le terrain et les compétences et savoirs qui leur paraissent nécessaires en terme de liberté de pratique et d'implication personnelle et les actes ou activités qu'ils doivent réaliser à partir d'éléments qui le plus souvent sont centrés exclusivement sur le traitement des maladies et sur des normes administratives : « *Les spécificités réelles des métiers du soin relèvent, en réalité, de la différenciation entre tâches prescrites et tâches autonomes, et de la dimension psychologique du travail de soin.* » (Holcman, 2006, p. 35).

Ainsi, la question de l'identité professionnelle du soignant ne peut être abordée sans introduire une réflexion sur la philosophie du soin et son sens profond. La pratique soignante convoque à la fois des manières d'être et des savoirs faire : soigner c'est actualiser des qualités humaines et en ce sens l'identité professionnelle du soignant

rejoint l'identité personnelle de la personne qui soigne. On peut aussi envisager que la formation au soin soit un espace de déploiement des compétences humaines.

### 3.3 L'importance de la reconnaissance des autres

Un des enjeux essentiels de l'évolution et de la construction de l'identité d'un professionnel de santé repose pour Lasserre Moutet et al, (2008) sur la reconnaissance accordée par les autres :

*« Pour que la transformation de leur identité professionnelle puisse véritablement s'opérer, il est nécessaire que les soignants formés soient reconnus par leurs pairs et leurs institutions. En effet, le fait de se reconnaître une identité professionnelle dépend de la nature des relations de pouvoir dans l'espace de travail et de la place qu'y occupent la personne et son groupe d'appartenance. » (p. 3-4).*

Comme le souligne Phaneuf (2007), cette reconnaissance par les autres est un facteur de renforcement de la valeur que chaque professionnel s'attribue :

*« Les questions personnelles sont importantes, mais les préoccupations au sujet de notre identité professionnelle et de notre rapport aux autres ont également une grande influence sur notre confiance dans nos compétences au travail. » (p. 7).*

La reconnaissance de la différence, de l'individualité est devenue un enjeu majeur pour la construction de la confiance, du respect et de l'estime de soi. Elle favorise le renforcement des compétences, l'adaptation et la créativité ainsi que l'accomplissement de soi :

*« La reconnaissance de la personne et de son travail a une incidence directe sur l'estime de soi qui de son côté exerce une influence importante sur la personnalité, la capacité d'adaptation aux situations et sur l'accomplissement de chacun de nous » (Ibid., p. 7).*

La non-reconnaissance entraînerait au contraire des sentiments de frustration, un ressentiment et une souffrance.

En favorisant ainsi le développement et l'accomplissement personnel, on observe un fonctionnement professionnel plus optimal et plus efficient dans tous les domaines :

*« Il en résulte qu'une personne qui possède une forte estime d'elle-même prend plus facilement des initiatives, possède une meilleure capacité de s'adapter aux situations difficiles et demeure plus sereine face à la vie et face à ses responsabilités professionnelles. Ainsi, que ce soit en soins infirmiers ou ailleurs, favoriser la reconnaissance de la personne au travail, est un moyen de cultiver l'efficacité, l'harmonie des relations interpersonnelles et partant de prévenir la frustration et l'épuisement professionnel. » (Ibid., p. 7).*

De plus l'enrichissement et le développement personnel constituent dans le cadre de l'activité de soin est une voie de prévention du stress professionnel et du burn-out :

*« L'évolution personnelle est aussi identifiée parmi les facteurs importants pour contrer le burn-out. Cette évolution peut aller dans le sens professionnel et même personnel, avec l'apprentissage de disciplines nouvelles ou de moyens de détente ou de centration. Ces moyens peuvent nous aider à retrouver le sens profond des liens avec notre monde intérieur, avec la nature et avec les autres. » (Ibid., p. 9).*

Les activités ou les formations professionnelles qui intègrent des approches de développement personnel trouvent ainsi toute leur place dans la formation et la construction de l'identité professionnelle du soignant. Le parcours de formation professionnel du soignant peut ainsi être envisagé à la fois comme une acquisition de savoirs généraux et de spécificités techniques mais également comme un processus de maturation et de transformation de la personnalité du soignant :

*« Dans les parcours professionnels, la formation initiale fonctionne comme un vecteur de construction professionnelle. La formation continue aborde les mêmes champs de professionnalité mais offre de nouvelles perspectives qui engendrent des ébranlements identitaires et des remises en question. Pouvant être conçue comme un complément à la formation initiale et comme une occasion de structurer les apprentissages expérimentiels, la formation continue modifie, au travers de nouveaux apports, la construction globale de l'édifice personnel. L'investigation de l'identité professionnelle a donc pour but de repérer les transformations principales ayant eu lieu au cours de la formation » (Lasserre Moutet et al, 2008, p. 3).*

Il semble ainsi important dans une recherche sur l'identité professionnelle des métiers du soin d'interroger ce carrefour entre identité professionnelle et identité personnelle. Notre enquête interroge ainsi les participants sur les apports de la fasciathérapie dans le développement de leurs qualités relationnelles et dans l'enrichissement de leur identité personnelle et sociale.

### **3.4 Notion de crise d'identité du soignant**

Les situations professionnelles sont souvent vécues difficilement par les praticiens et la souffrance au travail dans le champ de la santé est une réalité. Certains praticiens perdent leur identité ou se disent en perte de repères par leur incapacité ou leur impuissance pour répondre à la demande des patients :

*« Les pratiques soignantes sont de plus en plus confrontées à des schémas perturbateurs en ce qu'ils brouillent les pistes toutes tracées du combat qui mène à la victoire (la maladie est vaincue) ou à l'échec (la maladie « gagne » du terrain, le malade décède). Ces schémas perturbateurs se nomment « chronicisation ». Les batailles ne sont ni perdues, ni gagnées. La maladie revêt plusieurs phases, plusieurs visages, elle trompe l'adversaire et échappe au modèle de soin d'urgence qui fonde les identités soignantes. Ces identités « mises à mal » rendent complexes les ré-agencements pourtant indispensables. » (Rothier-Bautzer, 2002, p. 44).*

Certains auteurs considèrent ainsi que le burn-out de certains soignants relèverait de la prise de conscience progressive d'un décalage entre la réalité

professionnelle vécue et l'idéal professionnel : « *Le sujet épuisé fait ainsi état d'un décalage grandissant entre son idéal et la réalité, estimée funeste. Ses réalisations s'éloignent de son niveau d'aspiration, de ce qu'il aimerait vivre* » (Daloz, 2007, p. 85). Une des raisons invoquées par les soignants pour expliquer cette situation semble se trouver dans l'inadaptation de leur formation initiale avec la réalité et la complexité de la situation de soin : « *Au cours du burnout, l'idéal personnel et professionnel, en partie fixé par les études via des identifications marquantes et une idéologie de métier, se révèle inadapté au monde complexe des soins et de l'institution* » (Ibid., p. 87).

Cette crise personnelle se traduit ainsi par une remise en question profonde du sens du métier qui ne remplit plus aux yeux des soignants sa fonction existentielle : « *Leur déception profonde, sous le sceau d'un idéal blessé, signale leurs attentes irréalistes et remet en cause leur relation au travail comme canal privilégié de s'accomplir, de se représenter.* » (Ibid., p. 84). Cela se traduit par une perte de repères identitaires, une souffrance intime voire une blessure :

*« Il y a alors perte des mécanismes que l'idéal soutenait comme l'espérance, la confiance, la tolérance à la frustration, l'identification et l'idéalisation professionnelles, sources d'une image de soi valable et de capacités d'autoréalisation narcissiques. L'angoisse réapparaît dans la discordance entre l'idéal fixé et sa réalité, conduisant au conformisme ou aux symptomatologies dépressives et fonctionnelles »* (Ibid., p. 86).

Bien que tous les métiers du soin n'exposent pas à une souffrance psychologique telle que celle décrite ci-dessus, les insatisfactions liées à ce décalage entre la réalité professionnelle vécue et la formation initiale nous paraissent importantes à relever car elles interviennent profondément sur la valeur et le sens du métier et sont susceptibles de mobiliser ou de motiver un désir de formation continue professionnelle, celle-ci pouvant apparaître, comme nous l'avons vu, comme un moyen de réajuster ses compétences et de développer des ressources personnelles.

Nous ajoutons également en synthèse que la soumission des professions paramédicales à la médecine et à son modèle curatif, associé à la professionnalisation des soins ont tendance à exercer un clivage dans la conception du soin et à dissocier l'identité du soignant (faire un soin, prendre soin). Cette orientation bio-médicale visant la maladie est aujourd'hui ressentie comme inopérante ou inadéquate face aux nouvelles situations de soins (maladies chroniques, éducation thérapeutique) et constitue un risque d'atteinte de la confiance et de l'estime de soi du soignant. Cette remise en question intérieure du soignant est d'autant plus forte qu'elle s'opère dans un contexte de non reconnaissance de la différence et de la singularité et que celui-ci n'entre pas dans un

processus de développement personnel.

Ces éléments sont importants à souligner dans le cadre de cette recherche qui se déroule dans le contexte de la formation continue des kinésithérapeutes. Ils ont été déterminants dans la construction du questionnaire puisque nous avons interrogé les participants sur l'impact de l'exercice de la fasciathérapie sur le sens de leur métier, sur le développement de leurs capacités relationnelles, sur l'enrichissement de leur vie personnelle et sociale et sur leur santé.

#### **4. Le profil identitaire de la profession de masseur-kinésithérapeute en France**

Cette section comprend trois volets. Le premier concerne la situation générale de la profession de masseur-kinésithérapeute en France. Le second aborde les enjeux identitaires de la kinésithérapie au regard de sa situation complexe en France.

##### **4.1 Contexte et particularités de la kinésithérapie française**

Le déploiement de cette partie nous a semblé importante pour trois raisons : (1) mettre en relief le paysage de la kinésithérapie française et ses particularismes permettant au lecteur de comprendre la méthodologie de construction de notre questionnaire d'enquête en lien avec un contexte professionnel spécifique, (2) permettre de dégager l'évolution identitaire de la population enquêtée au regard des caractéristiques de leur identité d'appartenance que constitue la kinésithérapie et enfin (3) mener une discussion entre les données théoriques et celles recueillies par l'enquête.

Pour rédiger cette partie, nous avons eu recours aux documents annuels de la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) pour obtenir les informations sur la démographie. Nous avons également utilisé les divers documents réalisés par les instances professionnelles de la kinésithérapie (Syndicats professionnels et Conseil National de l'Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes) qui ont réalisé des enquêtes et des sondages sur la perception de la kinésithérapie par les kinésithérapeutes eux-mêmes et par les patients. Nous avons eu également recours au rapport sur le métier de masseur-kinésithérapeute réalisé par l'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé (ONDPS).



En 2013, le nombre total de Masseurs-Kinésithérapeutes français est estimé à 77 778 répartis en 75 304 en métropole et 2 474 dans les DOM<sup>4</sup> (DREES, 2013). L'âge moyen des masseurs-kinésithérapeutes sur le territoire national est de 41 ans. Environ un tiers des praticiens ont moins de 35 ans, un tiers entre 35 et 49 ans, et un tiers, 50 ans et plus. Les masseurs-kinésithérapeutes de plus de 55 ans représentent 19% de l'effectif national (tableau 4).

Tableau 4 : Répartition par tranches d'âge de la population des masseurs-kinésithérapeutes (Sources DREES, janvier 2013)

Tranches d'âge	Effectifs	% de la population
30-44 ans	27 105	35,99%
45-59 ans	22 120	29,37%
Moins de 30 ans	16 266	21,60%
Plus de 60 ans	9 813	13,03%
Total	75 304	100%

Cette profession tend à se féminiser : les femmes masseurs-kinésithérapeutes représentaient, en 2010, 46% de l'effectif au niveau national (CNOMK, 2010), elles sont aujourd'hui 49% (DREES, 2013). Cette féminisation récente ne faiblit pas puisque les kinésithérapeutes femmes de moins de 35 ans sont actuellement plus nombreuses que les hommes (53%, sources DREES 2013). Ainsi, plus on se rapproche des tranches d'âge les plus jeunes, plus les femmes sont nombreuses (59,6% des moins de 30 ans, 61,3% des moins de 25 ans). La répartition des praticiens sur le territoire est loin d'être uniforme et connaît les mêmes phénomènes d'héliotropisme que l'ensemble des professions de santé. Si la densité moyenne en janvier 2013 est de 119 kinésithérapeutes pour 100 000 habitants en France métropolitaine (DRESS, 2013), il y a près d'un facteur de quatre à un entre le département le plus densément doté (Hautes Alpes : 248 pour 100 000 habitants) et le moins doté (Mayenne 57 pour 100 000 habitants). La figure 1 ci-dessous produite par la Fédération Française des Masseurs-Kinésithérapeutes (FFMKR) illustre les différences de densité entre les régions de la métropole.

---

<sup>4</sup> Départements d'Outre Mer : Guadeloupe, Guyane, Martinique et Réunion.

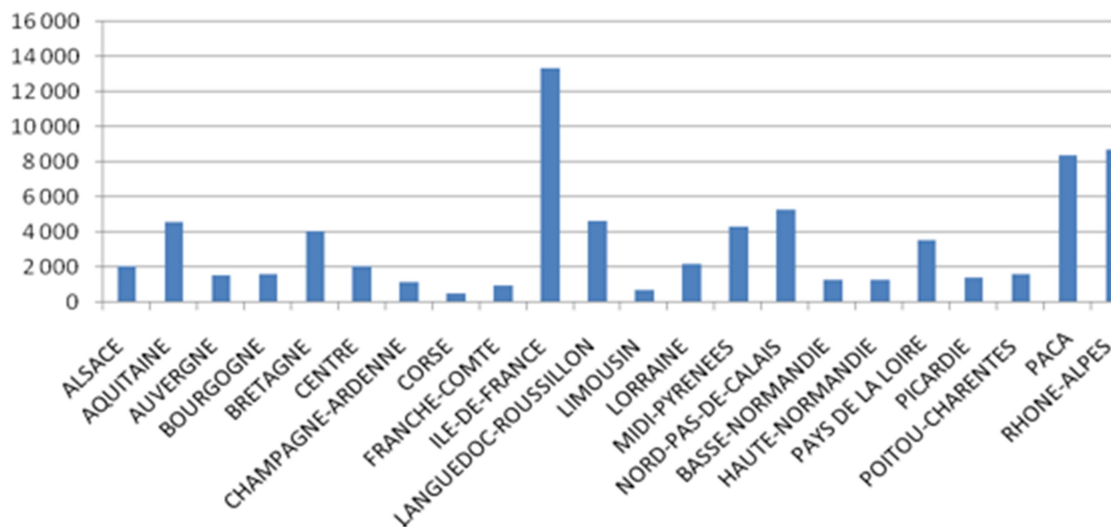


Figure 1 : Répartition géographique des masseurs-kinésithérapeutes en France métropolitaine (Rapport FFMKR 2013)

#### 4.1.1 Les différents modes d'exercice de la Masso-Kinésithérapie

L'exercice de la kinésithérapie est préférentiellement libéral puisque les kinésithérapeutes libéraux représentent 79% de la population. Les salariés hospitaliers constituent 17% de la population et les autres salariés seulement 4% (sources DREES, 2013). On observe que l'exercice salarié est plutôt adopté par les femmes (68,1% des salariés hospitaliers sont des femmes et 65,9% des kinésithérapeutes exerçant sous une autre forme salariée sont également des femmes) alors que les hommes exercent plutôt en libéral (56,5% des kinésithérapeutes libéraux sont des hommes).

Les kinésithérapeutes, comme le montre la Figure 2, exercent principalement leur activité en cabinet individuel ou en cabinet de groupe (76% de la population) alors que l'exercice en établissements privés ou publics est minoritaire (18% de la population). Il est à tout de même à noter que l'exercice libéral individuel constitue le mode d'exercice de la kinésithérapie le plus fréquent puisque près de la moitié de la profession exerce sur ce mode (47%).

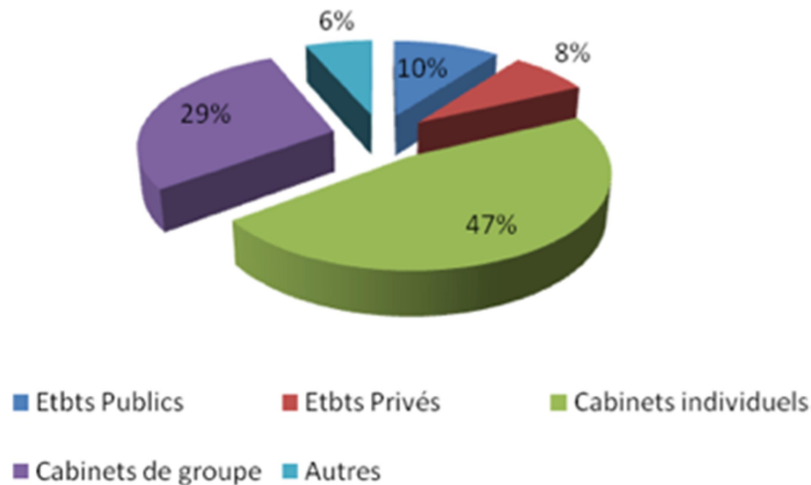


Figure 2 : Répartition des masseurs-kinésithérapeutes selon leur secteur d'activité (Rapport FFMKR 2013)

#### 4.1.2 L'activité professionnelle libérale : une organisation multiforme

L'activité libérale étant le mode d'exercice le plus répandu et comme notre étude porte en partie sur les changements opérés par les kinésithérapeutes au sein de leur activité professionnelle de kinésithérapeute, nous choisissons de faire un état des lieux des différentes formes d'exercice possibles au sein de la kinésithérapie. Cet exercice est encadré par un code de déontologie et par la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) et peut être effectué sous différentes formes : remplacement, assistantat, création, association.

Comme l'indique le rapport de l'ONDPS (2009) l'exercice libéral est un choix qui se fonde le plus souvent sur trois critères qui sont la diversité de la patientèle, l'attrait financier et l'indépendance de l'activité (ONDPS, 2009, p. 56). Ce rapport indique aussi que bien que les kinésithérapeutes libéraux soient avant tout des praticiens généralistes puisqu'exposés à toutes les formes de pathologies et à la diversité sociale des patients, ce positionnement n'exclut pas la possibilité de développer une pratique spécifique et une patientèle ciblée comme nous le verrons dans le chapitre consacré à la question des spécificités d'exercice.

La manière d'organiser les séances et la prise en charge du patient semble également être très hétérogène comme le montre le rapport de l'ONDPS (2009). Selon que le praticien réalise une kinésithérapie individualisée ou au contraire prenne

plusieurs patients à la fois (3 à 4 voire plus s'il s'agit d'animation de groupe), les auteurs de cette enquête concluent à l'existence de six grandes classes de pratique :

*« Au terme de notre étude, il nous semble qu'une partition des pratiques d'organisation des séances en libéral peut être établie en **six grandes classes**, sans bien sûr que nous soyons en capacité de déterminer le poids respectif de chacune. Ces six grandes classes se distinguent selon que le kinésithérapeute est seul ou non avec son patient : selon les cas, **le praticien est seul et entièrement dédié à son patient** ou bien **traite 3 ou 4 patients simultanément**, ou plus encore quand les séances sont assimilables à de la pratique supervisée. Quand le praticien ne prend qu'un seul patient à la fois, la séance peut se limiter à 30 minutes, ou bien être éventuellement un peu plus courte mais se prolonger par des exercices ou de la physiothérapie, ou bien encore être entièrement manuelle mais nettement plus longue (45 minutes ou 60 minutes). Se dessinent ainsi des modes de prise en charge extrêmement hétérogènes, davantage dictés par des choix de pratique du kinésithérapeute que par une référence de pratique variable en fonction des pathologies à soigner. » (ONDPS, p. 84, 2009).*

On remarque aussi que le mode de pratique spécifique développé par le kinésithérapeute influence directement l'orientation de la prise en charge du patient et que l'exercice de la pratique manuelle semble contribuer à allonger notablement le temps de la séance.

Ces modalités d'exercice spécifique qui exigent du temps et qui conduisent à dépasser le temps « conventionnel » de 30 minutes consacré au patient<sup>5</sup> peuvent poser des problèmes tant du point de vue économique que de celui de la reconnaissance professionnelle. C'est dans ce contexte que se pose la question de l'exercice conventionnel et non conventionnel discuté ci-dessous.

#### 4.1.3 La question du conventionnement et du non conventionnement

La kinésithérapie libérale laisse la possibilité d'exercer dans le cadre conventionnel et non conventionnel. Dans le cadre conventionnel, l'exercice est libéral mais impose des obligations liées au « contrat » conventionnel passé avec les Caisses d'Assurance Maladie (Tarifications imposées des actes, respect des dispositions de la nomenclature des actes professionnels). Ces contraintes permettent cependant un

---

<sup>5</sup> Concernant l'activité libérale, la convention nationale passée avec l'assurance maladie prévoit un standard de soin qui voudrait que le praticien soit seul avec son patient durant des séances de 30 minutes, que la prise en charge simultanée soit limitée à 3 patients maximum et que la prise en charge de groupes, possible pour certaines pathologies, conduise à un temps moyen consacré à chaque patient toujours de 30 minutes.

remboursement effectif des soins aux patients et le kinésithérapeute bénéficie des avantages sociaux (prise en charge par l'assurance maladie d'une partie des cotisations sociales d'assurance maladie, et d'une part de la cotisation retraite des praticiens conventionnés). De plus les Caisses d'Assurance Maladie participent au financement de la formation continue professionnelle (Formation Continue Conventionnelle et maintenant Développement Professionnel Continu).

Dans le cadre de l'exercice non conventionnel, le praticien bénéficie d'une liberté tarifaire mais le patient bénéficie seulement d'un remboursement des actes au tarif d'autorité (somme dérisoire). Le professionnel ne bénéficie plus des avantages sociaux et doit recourir à une caisse d'assurance maladie de non-salariés pour sa couverture maladie.


La convention prévoit cependant la possibilité de réaliser un dépassement d'honoraires (TITRE III, Article 3.6) dans des cas particuliers (en particulier son caractère exceptionnel et son application avec tact et mesure) pour « exigence particulière du patient » (DE). Ces dépassements constituent une part très faible des honoraires des masseurs-kinésithérapeutes même s'ils évoluent au fil du temps : ils représentaient ainsi 1,1% des honoraires totaux en 1993 et 1,4 % en 2004 (Legendre, 2006, p. 55).

Le masseur-kinésithérapeute peut également développer une activité « hors nomenclature » (H.N.) en réalisant des actes inscrits dans son décret de compétence (articles R.4321-1 à R.4321-13 du Code de la Santé Publique) mais qui ne font pas partie de la Nomenclature Générale des Actes Professionnels. En conséquence, ils ne peuvent être remboursés par la sécurité sociale et le kinésithérapeute reste libre de ses honoraires. Nous avons trouvé un article publié sur le site du Conseil Départemental de l'Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes de l'Yonne (CDOMK 89) qui présente les trois secteurs concernés : activité H.N. thérapeutique, activité H.N. d'esthétique et de bien-être, activité H.N. de prévention et remise en forme. Il faut noter que les techniques manuelles telles que la fasciathérapie sont classées comme une activité H.N. thérapeutique au même titre que l'ostéopathie ou la thérapie manuelle. Cette activité relevant du décret de compétences du masseur-kinésithérapeute est exonérée de TVA et peut être exercée dans les mêmes locaux que l'activité conventionnelle.

Nous n'avons pas trouvé de statistiques nous permettant de connaître exactement le nombre de kinésithérapeutes exerçant en dehors du champ conventionnel, hors

nomenclature ou encore avec dépassement d'honoraires sans doute en raison du caractère sensible de ce domaine. Toutefois, le FFMKR estime que « *la quasi-totalité des kinésithérapeutes travaille à l'intérieur du système conventionnel* » (site FFMKR, en date du 27/08/2014). Nous avons cependant trouvé deux études qui montrent que l'exercice de la kinésithérapie est multiforme et que des modalités d'exercice combinant conventionnel et non conventionnel sont relativement fréquentes.

Le rapport de l'ONDPS (2009) décrit sur la base d'une série d'entretiens non directifs réalisés auprès de 50 masseurs-kinésithérapeutes 5 profils d'exercice libéral appelés « Typologies des écarts à la convention » qui vont du respect strict de la convention, à un allongement de la séance (avec un dépassement d'honoraires) ou à un raccourcissement du temps de la séance :

- « *Les praticiens qui observent strictement la convention dans la durée et la forme des séances et la tarification prévue et ne pratiquant pas le dépassement d'honoraire. Ils sont à la fois fiers de leur rigueur et désolés qu'elle soit si mal récompensée financièrement ;*
- *Les praticiens qui respectent la règle de séances individuelles de 30 minutes mais qui font du dépassement d'honoraire permanent. Les séances sont en général à 20 euros, soit 10 à 20 % de dépassement ;*
- *Les praticiens qui font des séances atypiques très longues et qui font également un dépassement d'honoraire plus massif. Les tarifs des séances sont de 40 à 60 euros ;*
- *Les praticiens qui ne prennent qu'un patient à la fois, mais moins de 30 minutes, généralement 20 minutes. Ils prolongent les séances avec des exercices où le patient est seul. Ils pratiquent les tarifs conventionnels ;*
-  *Les praticiens qui font une prise en charge collective : patients en simultanée ou groupes. Ceux-là ne sortent pas du cadre conventionnel tarifaire mais ne respectent pas la règle de durée de la prise en charge » (ONDPS, 2009, p. 91).*

Une autre étude publiée en 2011 par le Syndicat des Masseurs-Kinésithérapeutes Rééducateurs de Paris (SNMKPR 75) réalisée sur la quasi-totalité des kinésithérapeutes parisiens (95,4%) et des actes réalisés (99,8%) permet de se rendre compte de la part d'activité hors convention pratiquée par cette population. Ainsi, 38,2% des actes effectués par les Masseurs Kinésithérapeutes parisiens sont facturés avec un dépassement d'honoraires (cela représente 24,4% de l'ensemble des honoraires perçus) pouvant aller de 50% à 90% de la cotation de l'acte conventionnel. Ces chiffres contrastent avec ceux donnés précédemment et peuvent s'expliquer par le fait que les kinésithérapeutes libéraux parisiens sont les moins bien rémunérés (Legendre, 2006, p. 58) et que les charges représentent une part importante des honoraires (47 % des honoraires nets pour les masseurs-kinésithérapeutes en 2003, Legendre, 2006, p. 56). L'étude ne précise toutefois pas pour quel type de pratique ou de technique ce

dépassement est opéré : on sait seulement que 32% de ces dépassements (sur les 38,2%) sont réalisés pour « *exigence particulière du patient* » (DE) ce qui laisse place à une très grande diversité des cas.

Ces deux études nous montrent que le choix d'exercice d'une pratique spécifique centrée sur le patient (en terme de temps consacré individuellement au patient) comme le sont les thérapeutiques manuelles a un réel impact sur l'organisation de l'exercice professionnel en particulier sur la durée de la séance et en conséquence sur le nombre de patients, le type de clientèle, le type de structure et les revenus. Notre enquête abordera ces différents aspects puisque nous nous interrogeons sur les changements opérés par les kinésithérapeutes pour exercer la fasciathérapie. Le questionnaire devrait ainsi nous indiquer comment les kinésithérapeutes composent avec les règles et les possibilités d'exercice conventionnel et s'ils adoptent des écarts à la convention ou s'orientent vers un exercice entièrement non conventionnel. Soulignons que la norme de 30 minutes de durée de la séance sera retenue pour la construction de notre questionnaire pour définir l'influence de la pratique de la fasciathérapie sur l'exercice conventionnel.

#### 4.1.4 Cas particulier du toucher manuel

Notre étude portant sur la fasciathérapie considérée comme une thérapeutique manuelle, nous avons choisi de traiter particulièrement le sujet du toucher sous toutes ses formes en mettant en avant son importance dans la définition de l'identité professionnelle du masseur-kinésithérapeute. On évoque également dans cette section que les diverses formes de pratique du toucher (massage, thérapies manuelles, toucher de relation) conduisent également à différentes formes d'identification professionnelle. Ainsi, le masseur se distingue du thérapeute manuel ou de l'ostéopathe. On observe également des controverses sur la thérapeutique manuelle en France.

Enfin dans un troisième temps, nous évoquons l'importance du toucher comme dimension centrale de l'identité professionnelle et facteur d'unification à travers le sens donné au massage par les praticiens (contact et relation) mais également élément de division et de pluralité identitaire avec le développement de la thérapie manuelle qui nous permet de distinguer 3 exemples de typologies d'identité (identité partagée avec le développement de l'ostéopathie, identité spécifique avec l'émergence de la thérapie

manuelle orthopédique et identité marginalisée à travers l'exercice des thérapies manuelles non-conventionnelles).

#### 4.1.4.1 *Le massage entre thérapeutique et bien-être*

En France, le toucher est intégré à l'identité professionnelle du masseur-kinésithérapeute. En effet, la France est le seul pays au monde à associer le terme « masseur » à celui de « kinésithérapeute », les autres pays ayant adopté le terme « physiothérapie » ou « physiothérapeute ». Les syndicats et l'ordre professionnel y sont très attachés puisqu'ils en défendent le monopole en s'appuyant sur le décret de compétence et les articles L.4321-1 et R.4321-3 du Code de la Santé Publique. À titre d'exemple, voici comment est présentée le monopole du massage sur le site du Syndicat National des Masseurs-Kinésithérapeutes :

*« la pratique du massage, quelle qu'en soit la forme, est de la compétence exclusive des masseurs-kinésithérapeutes. Un massage thérapeutique, sportif ou de bien-être, un drainage lymphatique manuel ou mécanisé, le palper-rouler manuel ou mécanisé ou encore le massage réflexe sont des actes qui répondent à la définition légale du massage. » (SNMKR, consulté le 22 juillet 2015).*

Toutefois, si pendant longtemps le massage a été exclusivement réservé aux seuls masseurs-kinésithérapeutes, nul ne pouvant exercer le massage et la gymnastique médicale sans être titulaire du diplôme d'état de masseur kinésithérapeute » (Article L487 du Code de la Santé Publique), la loi du 15 juin 2000 a édité un texte qui ne fait plus référence à cette exclusivité : « *La profession de masseur-kinésithérapeute consiste à pratiquer habituellement le massage et la gymnastique médicale* » (Article L4321-1 du Code de la Santé Publique). Ainsi à ce jour seul le massage médical dit thérapeutique reste réservé aux seuls masseurs-kinésithérapeutes, les massages de bien-être pouvant être réalisés par d'autres professionnels.

Même si ce domaine fait partie des modalités d'exercice spécifiques développés par les kinésithérapeutes et que le bien-être soit cité comme un des deux motifs principaux pour exercer ce métier (derrière le contact humain), le champ du « massage bien-être » est moins investi que l'ostéopathie ou la thérapeutique et ne fait pas partie des qualificatifs utilisés pour affirmer des valeurs communes (CNOMK, 2009). Le rapport de l'ONDPS évoque cette difficulté à investir ce champ des « soins de confort » qui ne collent pas à l'image médicale et thérapeutique que le kinésithérapeute se fait de son métier même s'ils ont les moyens de développer ce secteur :



*« Les professionnels ont la technicité pour investir des champs de soins non thérapeutiques dans le domaine du confort et de l'esthétique. Ils semblent le faire très marginalement. La demande de soins à visée thérapeutique est soutenue et le sens du métier se trouve dans le champ médical. » (ONDPS, 2009, p. 5).*

De plus, même si ce domaine constitue une voie de développement d'un exercice non conventionnel, il ne paraît pas être suffisamment noble pour être exploité :

*« Au total, on constate que la « tentation du bien-être » est assez difficile à investir et que les praticiens sont assez rares à accepter d'abandonner leur métier pour investir pleinement un champ concurrentiel et marchand. Le développement du massage de confort est une voie médiane respectueuse des compétences propres au métier. Mais le développement de la clientèle « de confort » ne se fait pas naturellement. Il semble qu'il y ait des voies plus nobles de déconventionnement. » (ONDPS, 2009, p. 82).*

Même si les patients semblent considérer que leur kinésithérapeute doit « être leur partenaire pour les aider à être bien dans leur peau » (2/3 des patients selon l'étude du CNOMK 2009), selon l'étude Reed Expositions (2012) déjà présentée, seulement un Français sur deux irait voir un masseur-kinésithérapeute pour se faire prodiguer ce type de massage de bien-être (44%).

#### 4.1.4.2 La perception du massage par les kinésithérapeutes

Le massage kinésithérapique est défini par l'article 3 du décret n° 96-879 du 8 octobre 1996 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute définit ainsi le massage :

*« On entend par massage toute manœuvre externe, réalisée sur les tissus, dans un but thérapeutique ou non, de façon manuelle ou par l'intermédiaire d'appareils autres que les appareils d'électrothérapie, avec ou sans l'aide de produits, qui comporte une mobilisation ou une stimulation méthodique, mécanique ou réflexe de ces tissus. »*

Toutefois, une différence existe entre cette définition académique et administrative du massage et le sens que les kinésithérapeutes lui attribuent. Ainsi, lorsque les kinésithérapeutes parlent de leur expérience et de leur vécu du massage, ils dépassent l'aspect technique et mécanique de mobilisation d'un tissu ou d'une articulation pour mettre l'accent sur son aspect relationnel et sur son action globale somatique et psychique auprès du patient.

Selon le rapport de l'ONDPS (2009) déjà évoqué, les kinésithérapeutes interrogés rapportent ainsi que le toucher et le contact relationnel sont indissociables et constituent leur plus grande source de plaisir dans l'exercice de leur métier :

*« A la question initiatrice des échanges 'Qu'est ce qui vous plait dans votre métier ?', la réponse des masseurs-kinésithérapeutes aura été, tous âges, tous exercices, toutes méthodes et toutes spécialisations confondus - le contact. Le contact au sens de l'échange*

*avec d'autres individus, de l'écoute des patients, de l'adaptabilité à leurs êtres mais aussi, littéralement, le contact physique, condition du soin. » (ONDPS, 2009, p. 66).*

Ils estiment également que ce double contact, tactile et relationnel, est le fondement même de leur métier : *« Ce double contact, tactile et psycho-social, est perçu comme le cœur du métier : savoir entendre les individus et connaître le geste pour les soigner. » (ONDPS, 2009, p. 66).*

Enfin ils y voient également le moyen de prendre soin de la personne dans sa globalité somatique et psychique :

*« Ce contact, tant concret que relationnel, est le cœur de la passion pour le métier. Le massage est, selon eux, un outil diagnostic en même temps qu'une thérapeutique. Il est une thérapeutique physiologique dans bien des pathologies mais aussi une thérapeutique psychique dans toutes. Les patients sont demandeurs de ce "soin du corps" qui est par construction un "soin de soi" » (ONDPS, 2009, p. 6).*

Cette préoccupation des kinésithérapeutes rejoint celle de B. Dolto, fondateur de l'EFOM<sup>6</sup> qui assumait cette dimension subjective et relationnelle du toucher : *« Les mains du masseur perçoivent vraiment au-delà de toutes les données scientifiques, la présence concrète de l'être de chair et de sang » (Dolto, 1988, p. 76).*

Ainsi, nous pouvons envisager qu'avant même d'être un geste technique (massage, thérapie manuelle, mobilisation, etc...) ou encore une méthode particulière (ostéopathie, Drainage Lymphatique, fasciathérapie, etc...), le toucher semble donner son unité et son socle identitaire à la profession de masseur-kinésithérapeute et définir sa spécificité dans le champ des professions de santé :

*« Plus longuement et fréquemment que les médecins et parfois les infirmières, les kinésithérapeutes praticiens du corps jouent un rôle d'interface, de médiation et de prestataire de service où la main est l'outil privilégié dans la relation thérapeutique. » (Monet, 2011, p. 7).*

Toutefois, les auteurs du rapport de l'ONDPS (2009) évoquent aussi le caractère clivant du massage (mais aussi de toute autre forme de pratique privilégiant le toucher). En effet, les professionnels qui privilégient cette forme d'exercice considèrent leur pratique vertueuse, de soin de qualité car il est synonyme de temps et d'attention consacrés individuellement au patient comparativement à ceux qui accueillent plusieurs patients à la fois :

*« Au total, on peut penser que le temps de massage est un indicateur de pratique assez clivant. Il va être très important chez les praticiens qui font le choix du « tout manuel » et*

---

<sup>6</sup> Ecole Française d'Orthopédie et de Massage

*qui excluent le recours même adjuvant à des matériels électriques, il va être nul chez des praticiens qui passent très peu de temps en continu à s'occuper de façon individualisée d'un patient. » (ONDPS, 2009, p. 77).*

D'autres au contraire, considèrent que le terme « massage » ou « masseur » pose problème, parce qu'il renvoie à des représentations sociales qui ne collent pas à l'image médicalisée que ces professionnels souhaitent donner d'eux-mêmes. Le massage est ainsi historiquement attaché à des représentations physiques, érotiques ou encore de bien-être, voire de « simple manuel » exécutant la prescription médicale (Remondière, 2014). Il est également historiquement attaché à l'empirisme et à l'absence de preuves scientifiques.

Ces informations montrent que la profession de masseur-kinésithérapeute n'est pas unifiée, certains semblant se regrouper et s'identifier avant tout comme des kinésithérapeutes manuels et considérer leur pratique comme étant une « bonne pratique ». Il existe cependant une diversité et une déclinaison des différentes formes d'exercice du toucher dans la kinésithérapie allant du massage à toutes les formes de thérapie manuelle.

#### 4.1.4.3 Les thérapies manuelles en France

Le terme « thérapie manuelle » n'est pas mentionné dans le décret de compétence du kinésithérapeute mais il est souvent utilisé par les kinésithérapeutes pour définir une des spécificités de leur métier voire pour se distinguer du massage ou des mobilisations articulaires<sup>7</sup> qui eux sont inscrits dans la Nomenclature Générale des Actes Professionnels et font partie des compétences et des spécificités de la masso-kinésithérapie (Décret no 96-879 du 8 octobre 1996, Article 7). Cette dernière est pourtant souvent présentée comme une branche de la kinésithérapie : « *La thérapie manuelle est une spécialisation de la kinésithérapie. Elle s'appuie sur des concepts scientifiques de biomécanique et de neurophysiologie* » (Wikipédia). Bien que faisant

---

<sup>7</sup> Art. 7. Pour la mise en oeuvre de traitements prescrits par le médecin, le masseur-kinésithérapeute est habilité à utiliser les techniques et à réaliser les actes suivants :

- a) Massages, notamment le drainage lymphatique manuel ;
- b) Postures et actes de mobilisation articulaire mentionnés à l'article 4 ; c) Mobilisation manuelle de toutes articulations, à l'exclusion des manoeuvres de force, notamment des manipulations vertébrales et des réductions de déplacement osseux ;

ainsi partie du langage des masseurs-kinésithérapeutes, la thérapie manuelle ne possède pas de définition claire et il n'existe pas de classification consensuelle regroupant les différentes formes de thérapie manuelle : « Une thérapie manuelle peut se définir comme l'art de soigner par les mains et uniquement par les mains » (www.osteopathie-france.net) ou encore « “traiter une pathologie à travers les mains” *sans référence à une quelconque discipline, spécialité ou spécialisation incluant de fait la kinésithérapie* » (Pinsault, Monvoisin, 2015).

Simmonds et al (2012) dans une revue de littérature en opérant une distinction hiérarchique entre techniques, systèmes et professions considèrent que « (...) *la thérapie manuelle n'est pas exclusive à toute profession (Farrell et Jensen, 1992) et chaque profession peut être associée à une variété d'approches et techniques* »<sup>8</sup> (Simmonds, Miller, Gemmell, 2012, p. 84). Ainsi chaque profession est composée et peut même se caractériser à la fois par des techniques ou des systèmes thérapeutiques qui ne lui sont pas spécifiques : les techniques forment ainsi « *le répertoire de base des options de traitement disponibles pour le thérapeute manuel* » (Simmonds, Miller, Gemmell, 2012, p. 83). Les systèmes (comme la chiropraxie ou l'ostéopathie) sont considérés « *comme une philosophie ou des approches méthodologiques pour le diagnostic et le traitement avec thérapie manuelle et généralement prétendre avoir des caractéristiques uniques qui les distinguent* » (Simmonds, Miller, Gemmell, 2012, p. 84). La profession de masso-kinésithérapie se retrouve dans cette situation car n'ayant pas le monopole de la thérapie manuelle, elle est constituée d'un ensemble de techniques et de systèmes thérapeutiques qui illustrent la diversité et la richesse de la kinésithérapie manuelle mais aussi son caractère polymorphe et la difficulté à la définir.

Pourtant, le terme thérapie manuelle semble bien être le dénominateur commun et un marqueur fort d'une identité spécifique de kinésithérapeute. Être thérapeute manuel, c'est s'identifier dans le champ de la kinésithérapie, et d'une certaine manière, revendiquer une identité professionnelle spécifique. Nous allons maintenant illustrer

---

<sup>8</sup> « Taking techniques first, whilst definitions vary between authors (for example, see Farrell and Jensen, 1992 on manipulations and mobilisations) techniques form the core repertoire of treatment options available to the manual therapist. Systems (for example, chiropractic or structural integration) may be considered to be philosophical or methodological approaches to diagnosis and treatment with manual therapy and generally claim to have unique features which distinguish them (for a review, see Coughlin, 2002). Finally, manual therapy is not exclusive to any profession (Farrell and Jensen, 1992) and each profession may have associated with it a variety of approaches and techniques. »

cette diversité identitaire à travers trois exemples de thérapie manuelle intégrée à l'exercice de la masso-kinésithérapie.

#### 4.1.4.4 *Les kinésithérapeutes-ostéopathes : un exemple d'identité professionnelle partagée*

Le développement de l'ostéopathie dans le milieu de la kinésithérapie est un bon exemple d'évolution et de construction d'une identité professionnelle spécifique en kinésithérapie. Les kinésithérapeutes-ostéopathes représentent 36,52% de la totalité des 22 318 praticiens habilités à user du titre d'ostéopathe (sources Registre des Ostéopathes de France). Les chiffres de 2013 donnés par la DREES donnent un chiffre total de 6 843 kinésithérapeutes-ostéopathes représentant ainsi 9% de la population totale des masseurs-kinésithérapeutes. Ils présentent les statistiques des professions de santé donnent un chiffre total de 6 843 kinésithérapeutes-ostéopathes représentant ainsi 9% de la population totale des masseurs-kinésithérapeutes. Cette pratique kinésithérapique de l'ostéopathie est exclusivement exercée en libéral (98% des kinésithérapeutes l'exercent en cabinet libéral) et est essentiellement masculine, les femmes représentant moins d'un quart (soit 21,4%) de la population des masseurs-kinésithérapeutes-ostéopathes recensés (voir tableau 5).

Tableau 5 : Présentation de la population des kinésithérapeutes-ostéopathes en fonction de leur mode d'exercice et du sexe (source DREES, 2013)

Habilitation à faire usage d'un titre	Libéral ou mixte			Salarié			TOTAL		
	Homme	Femme	H+F	Homme	Femme	H+F	Homme	Femme	H+F
Ostéopathe	5 196	1 509	6 705	83	55	138	5 279	1 564	6 843

Les kinésithérapeutes-ostéopathes possèdent ainsi une double identité professionnelle qu'ils partagent avec des médecins (5,6% de l'ensemble des ostéopathes), d'autres professionnels de santé (1,18% sont des infirmiers) mais surtout avec des non-professionnels de santé appelés « ostéopathes exclusifs » (ces derniers représentant 56% de la totalité des ostéopathes) puisque l'ostéopathie est un titre professionnel reconnu par le ministère de la santé (sources ROF<sup>9</sup>). Les représentants de la kinésithérapie revendiquent le monopole d'une ostéopathie dite « thérapeutique » pour se différencier des ostéopathes non professionnels de santé qui selon eux devraient

<sup>9</sup> Registre des Ostéopathes de France

exercer une ostéopathie de bien-être. Ainsi les syndicats les plus représentatifs de la masso-kinésithérapie (FFMKR, SNMKR) consacrent une rubrique à l'ostéopathie sur leurs sites internet, la FFMKR ayant même créé une Association des Masseurs Kinésithérapeutes Ostéopathes (AMKO) pour défendre les intérêts des kinésithérapeutes-ostéopathes. L'ordre des masseurs-kinésithérapeutes s'est également déclaré favorable à la création d'un statut de Masseur-Kinésithérapeute-Ostéopathe (MKO) (2010a) produisant un nouveau référentiel de la profession intégrant l'exercice spécifique de l'ostéopathie dans le champ de la kinésithérapie :

*« L'exercice professionnel du MK et l'exercice professionnel du MKO s'inscrivent dans une dynamique professionnelle commune située dans un cadre juridique précis. Cet exercice s'inscrit dans l'histoire de cette profession mais également dans des pratiques réflexives développées depuis plusieurs décennies par ces professionnels de santé. Définir ce cadre professionnel répond aujourd'hui à des enjeux de légitimité et de reconnaissance professionnelle. » (CNOMK, 2013a, p. 12).*

Toutefois, l'ostéopathie telle qu'elle est présentée dans ses principes et ses techniques est tout à fait originale et se distingue de la kinésithérapie ou de toute autre thérapie manuelle :

*« Un des éléments essentiels des soins ostéopathiques (OMS 2010) est constitué par la thérapie manuelle ostéopathique, qu'on appelle généralement traitement manipulatif ostéopathique (OMT). (...) La pratique de l'ostéopathie est distincte d'autres professions de santé qui utilisent des techniques manuelles comme la physiothérapie ou la chiropractique, en dépit de certaines techniques et interventions analogues employées » (Inserm, 2010, p. 21).*

En effet, cette thérapeutique manuelle repose sur des principes d'unité fonctionnelle, d'interaction corps-psychisme et d'autorégulation qui lui sont tout à fait spécifiques et qui la distinguent en particulier de la kinésithérapie : *« Elle respecte la relation entre le corps, la pensée et l'esprit (...). Elle met l'accent sur l'intégrité structurelle et fonctionnelle du corps et sur la tendance intrinsèque du corps à l'auto-guérison »* (OMS, 2010). De plus l'ostéopathie présente un large éventail de techniques manuelles allant des mobilisations articulaires et vertébrales, aux manipulations forcées et non forcées aux techniques crânio-sacrées et viscérales (Vautravers, Isner, Blaes, 2010, Barry, Falissard, 2012) qui lui donne son caractère de thérapeutique globale.

Une enquête qualitative sur la base d'entretiens semi-directifs menée auprès de 4 masseurs-kinésithérapeutes en formation d'ostéopathe (Tardivat, 2002) met en évidence que l'ostéopathie est un moyen pour les kinésithérapeutes de sortir des contraintes de l'exercice conventionnel en allant vers le déconventionnement pour pouvoir exercer de façon plus qualitative tout en préservant une rentabilité et d'être ainsi plus satisfait dans

son travail. C'est aussi un moyen d'améliorer leur efficacité clinique et de pallier aux insuffisances de leur formation initiale. Enfin l'attrait pour des concepts nouveaux et différents de la kinésithérapie est important.

Le rapport de l'ONDPS (2009) parle de deux façons de considérer l'articulation entre la kinésithérapie et l'ostéopathie : soit comme

*« un ensemble de techniques complémentaires de celles de la kinésithérapie, parfaitement adapté à des pathologies que la kiné ne peut soigner à elle seule » soit « Dans une conception plus absolutiste de l'ostéopathie, (...) l'ostéopathie est une philosophie et une pratique en rupture d'avec la kinésithérapie et la médecine conventionnelle. (...) Pour « les vrais », l'ostéopathie est une rupture plus qu'un complément. » (ONDPS, 2009, p. 15-16).*

L'ostéopathie nous paraît être un bon exemple pour notre recherche. Elle montre en effet que l'exercice d'une thérapeutique manuelle est un moyen d'améliorer son exercice clinique mais aussi sa satisfaction personnelle. Elle nous indique aussi que la thérapie manuelle peut constituer une sorte de complément mais peut aussi mener à une sortie du modèle conventionnel et aller jusqu'à une conversion professionnelle et une rupture avec l'identité de kinésithérapeute. Ces éléments justifient que nous interroguions dans notre enquête les différentes possibilités d'articulation entre fasciathérapie et kinésithérapie.

#### 4.1.4.5 La Thérapie Manuelle Orthopédique : un exemple d'identité spécifique

Au niveau international, la Thérapie Manuelle Orthopédique (TMO) se présente et se revendique, comme une spécificité ou une spécialisation de la kinésithérapie :

*« La Thérapie Manuelle Orthopédique est une spécialité de la kinésithérapie-physiothérapie sur les pathologies de l'appareil musculo-squelettique basée sur le raisonnement clinique, l'utilisation des approches de traitement fortement spécifiques incluant des techniques manuelles et des exercices thérapeutiques » (Traduction française de la définition donnée par l'IFOMPT, 2004).*

La Thérapie Manuelle Orthopédique s'est constituée historiquement dans le milieu du 20<sup>ème</sup> siècle autour d'un ensemble de méthodes et de praticiens physiothérapeutes tels Cyriax, Kaltenborn-Evjenth, Maitland, Mulligan, Elvey, Butler et Shacklock (Maheu, Chaput et Goldman, 2014 ; Schomacher, 2000 ; Trudelle, 2010). Aucun kinésithérapeute français ne figure dans cette liste ce qui peut expliquer son absence ou sa relative discrétion dans le paysage de la kinésithérapie française. En effet, à cette époque, les kinésithérapeutes font le choix de l'ostéopathie laissant la médecine manuelle orthopédique aux médecins. La TMO est organisée depuis 1974 au niveau

international, à travers l'International Federation of Orthopaedic Manipulative Physical Therapists<sup>10</sup> (IFOMPT) qui réunit 22 pays membres et qui est intégrée à la World Confederation for Physical Therapy (WCPT)<sup>11</sup>. La France ne fait pas partie des organisations membres de l'IFOMPT, même si une association de professionnels a récemment vu le jour (OMT-France)<sup>12</sup> et s'est vue reconnaître par l'IFOMPT.

Ainsi une partie des kinésithérapeutes français souhaiteraient voir aujourd'hui la TMO devenir la future et véritable spécialisation en thérapie manuelle de la kinésithérapie en lieu et place de l'ostéopathie (Messina, 2010, Srour, 2011, Trudelle, 2010). En effet, elle est présentée en France comme une méthode conforme au décret de compétence des kinésithérapeutes en rassemblant des techniques de manipulation « non forcées » et des mobilisations des tissus mous et des articulations. Les tenants de la TMO considèrent également que la TMO est conforme au code de déontologie et aux exigences actuelles de la kinésithérapie puisqu'elle utilise des traitements basés sur les preuves (Evidence Based Practice). Ils affirment ainsi qu'il existe peu de différence entre l'ostéopathie et la kinésithérapie si on se réfère aux techniques de manipulation et de mobilisation tissulaire et articulaire : « *Les bases fondamentales anatomiques, physiologiques et pathomécaniques sont les mêmes que l'on se place du point de vue kinésithérapique ou ostéopathique* » (Messina, 2010, p. 52). En revanche, ils évacuent toute dimension holistique et toutes les techniques « sensorielles » ostéopathiques qui sont qualifiées de « pseudo-science » car ne reposant selon sur aucun fondement scientifique : « *Nous ne parlons plus d'auto-guérison mais de données factuelles* » (Srour, 2011, p. 2). De plus cette forme de thérapie manuelle se distingue de l'ostéopathie car elle est essentiellement ciblée sur le traitement des troubles musculo-squelettiques et les dysfonctions de l'appareil locomoteur (alors que l'ostéopathie inclue, comme nous l'avons évoqué, dans son approche thérapeutique des techniques crânio-sacrées et viscérales). On voit ainsi se dessiner un courant de kinésithérapeutes

---

<sup>10</sup> Site de l'IFOMPT : [www.ifompt.com](http://www.ifompt.com)

<sup>11</sup> Fondée en 1951, la Confédération mondiale pour la thérapie physique (WCPT) représente la physiothérapie au niveau international. Elle représente plus de 350 000 thérapeutes physiques dans le monde entier à travers ses 111 organisations membres.

<sup>12</sup> OMT-France est une association française de thérapie manuelle orthopédique (TMO) qui vise à promouvoir et développer cette spécificité de la kinésithérapie. Elle a pour objectif de rassembler les kinésithérapeutes intéressés par ce domaine, puis dans quelques années de proposer un programme national de formation spécifique en TMO répondant aux standards de l'IFOMPT.



qui considèrent que leur pratique professionnelle est « vertueuse » car ancrée dans les données de la science, en conformité avec les standards internationaux de l'IFOMPT et avec le cadre réglementaire et la définition de la kinésithérapie. En outre ils militent pour la création d'une spécialité en kinésithérapie pouvant permettre d'obtenir la consultation des patients en première intention.

Ce modèle thérapeutique commence à faire son chemin en France puisque le Conseil National de l'Ordre des Masseurs-kinésithérapeutes s'est récemment inspiré de la définition des manipulations données par l'IFOMPT pour émettre un avis autorisant les kinésithérapeutes français à exercer les manipulations « non forcées » et ce en conformité avec le code de santé publique :

*« La définition internationale des manipulations que donne l'International Federation of Orthopaedic Manipulative Physical Therapists (IFOMPT) au sein de la World Confederation for Physical Therapy (WCPT) est : « Poussée passive, de haute vélocité et petite amplitude, appliquée à une articulation dans les limites anatomiques dans le but de restaurer un mouvement et une fonction optimale, et/ou de réduire la douleur.<sup>13</sup> » Il ne ressort de cette définition aucune notion de « manœuvres forcées ». Dans ces conditions précitées et conformes aux dispositions de l'article R.4321-80, le kinésithérapeute est habilité à pratiquer les manipulations non forcées de toutes les articulations. Conformément à l'article R4321-62 la pratique de ces manipulations articulaires doit respecter les standards internationaux produits par une démarche fondée sur les preuves scientifiques (Evidence Based Practice). » (CNOMK, 2015)*

#### 4.1.4.6 Les thérapeutiques manuelles non-conventionnelles en kinésithérapie : un exemple d'identité marginalisée

D'autres techniques ou méthodes thérapeutiques manuelles font partie depuis de nombreuses années de la formation continue des kinésithérapeutes et sont exercées à ce titre uniquement par des kinésithérapeutes. Il ne nous a pas été possible d'en dresser une liste exhaustive mais les plus développées en France sont la méthode Sohier, la méthode Mézières, la Biokinergie, la Microkinésithérapie, la Kinésithérapie énergétique, le Drainage Lymphatique et la Fasciathérapie qui fait l'objet de cette recherche.

Depuis la publication des avis déontologiques du Conseil National de l'Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes, la fasciathérapie (CNOMK, 2012), la Microkinésithérapie (CNOMK, 2013) et la Biokinergie (CNOMK, 2014) ont été marginalisées par la kinésithérapie. En effet, les masseurs-kinésithérapeutes qui

---

<sup>13</sup> Traduction française de : « A passive, high velocity, low amplitude thrust applied to a joint complex within its anatomical limit with the intent to restore optimal motion, function, and/or to reduce pain »

jusqu'alors utilisaient ces techniques ne peuvent plus les associer à leur identité professionnelle sans s'exposer à une faute disciplinaire (au sens des articles R 4321-123, R 4321-124 et R4321-125 du code de la santé publique) puisque le CNOMK ne reconnaît pas ces pratiques « *comme une qualification, un diplôme, un titre, un grade, une fonction, une spécificité ou une spécialité de la masso-kinésithérapie.* ». Leur utilisation par un masseur-kinésithérapeute est même qualifié de « *dérive thérapeutique* ». Il faut préciser que ces avis déontologiques édités à partir de 2012 s'appuient sur le fait que ces pratiques seraient « insuffisamment éprouvées » et que leurs principes thérapeutiques seraient « non démontrés scientifiquement ». Elles relèveraient ainsi de la médecine non conventionnelle et serait donc incompatible avec la kinésithérapie conventionnelle. En effet, les concepts de globalité tissulaire, d'autorégulation, de force interne ou encore de thérapie centrée sur le patient ou d'holisme sont clairement rejetés par la kinésithérapie : « *Ainsi les méthodes de soins qui font appel aux capacités d'auto guérison du corps humain doivent susciter la méfiance du lecteur, de même que la stimulation de la force vitale ou encore l'approche holistique de la maladie.* » (Dumas, 2014, p. 14).

En kinésithérapie, il existe peu d'études qui rendent compte de l'utilisation des thérapies non conventionnelles et quand ce sujet est abordé, c'est souvent d'un point de vue « négatif » comme le montre trois mémoires récents de fin d'études de kinésithérapie réalisés sur le sujet (Darbois, 2012, Rival, 2012, David, 2013). En effet, les thérapies non conventionnelles qui y sont étudiées (fasciathérapie, microkinésithérapie, ostéopathie) sont d'emblée considérées comme des dérives de l'exercice thérapeutique et les auteurs s'intéressent fort peu au phénomène socio-professionnel en tant que tel mais tentent de démontrer le caractère pseudo-scientifique et l'insuffisance de preuves scientifiques de ces approches à travers une analyse critique de la littérature limitant la validité scientifique à la seule Evidence Based Medecine. Un autre exemple nous est donné par les auteurs de l'ouvrage « Tout ce que vous n'avez jamais voulu savoir sur les thérapies manuelles » qui d'emblée assimilent les thérapies manuelles à des thérapies alternatives plutôt qu'à des thérapie complémentaires :

*« En indiquant thérapies alternatives, nous signifions trois choses : d'une part que l'efficacité thérapeutique est seulement prétendue, d'autre part que le moteur principal de la naissance de ces thérapies est une recherche d'alternative à la médecine scientifique et pharmaceutique, ou plus directement, une contestation de type politique » (Pinsault, Monvoisin, 2015, p.8).*

Or il faut rappeler que le terme « médecine non-conventionnelle » est le terme

retenu par la Commission Européenne de Bruxelles du 29 mai 1997<sup>14</sup> pour qualifier les médecines alternatives qui font l'objet d'une reconnaissance progressive en Europe depuis les années 1990. Elles sont aujourd'hui qualifiées de thérapies complémentaires (plutôt qu'alternatives) afin de rendre compte de leur complémentarité avec les soins conventionnels.

Cette position du CNOMK fragilise d'autant plus les kinésithérapeutes qu'en France, il existe une certaine défiance des pouvoirs publics et de la santé en général vis-à-vis des pratiques dites non-conventionnelles qui sont considérées comme faisant le « *lit des dérives sectaires* » (Miviludes, 2012). La Miviludes<sup>15</sup> s'appuie d'ailleurs sur les avis du CNOMK pour mettre en garde le public contre certaines pratiques. Même si cette dernière considère que « *toute dérive thérapeutique n'est pas forcément sectaire* », elle qualifie toute pratique « *insuffisamment éprouvée* » comme « *potentiellement à risque de dérive sectaire* ».

Cette attitude va dans le sens d'une rupture avec l'évolution globale du système de santé puisque l'Organisation Mondiale de la Santé se déclare plutôt favorable au développement d'une médecine intégrative associant soins conventionnels et non conventionnels :

*« L'organisation mondiale de la santé (oms) s'est quant à elle prononcée en faveur de leur intégration dans les systèmes de santé pour compléter la gamme de soins offerts aux patients. Or, la place de ces thérapies, voilées de suspicion, n'est toujours pas clairement établie en France. Dans les faits, si la pratique des médecines non conventionnelles est plutôt tolérée, elle se développe sans être correctement encadrée, et parfois même dans l'illégalité. » (Centre d'analyse stratégique, 2012, p.2).*

Le Centre d'analyse stratégique, en France, constatait en 2012 une évolution allant dans ce sens :

*« L'étanchéité entre soins conventionnels et non conventionnels n'est d'ailleurs pas totale. Ces derniers sont de plus en plus inclus dans les pratiques des professionnels de santé, voire remboursés » (Centre d'analyse stratégique, 2012, p.2).*

Elle va aussi à l'encontre de l'engouement des patients pour les pratiques non conventionnelles qui sont demandeurs de ces pratiques (70 % des habitants de l'Union européenne y ont eu recours au moins une fois dans leur vie et 25 % se tournent vers ces

---

<sup>14</sup> Résolution A4-0075/97 sur le statut des médecines non conventionnelles votée le 29 mai 1997 par le Parlement Européen

<sup>15</sup> Mission Interministérielle de Vigilance et de Luttres contre les Dérives sectaires

pratiques chaque année<sup>16</sup>).

On peut regretter comme nous l'avons évoqué précédemment qu'il n'existe pas d'enquête sociologique permettant de mieux connaître l'exercice conjoint de la kinésithérapie conventionnelle et non conventionnelle afin de pouvoir s'en faire une analyse plus claire et plus objective. On trouve toutefois des documents qui s'intéressent aux motivations qui poussent les kinésithérapeutes à rechercher des pratiques dites « non conventionnelles » (Sévénier, 2004, Tardivat, 2002) : on observe un certain manque de la formation initiale mais aussi un attrait pour une approche plus globale du patient, un besoin également de s'éloigner du modèle « mécaniste biomédical », un désir de cohérence avec des valeurs professionnelles et une volonté de répondre à la demande des patients qui souhaitent bénéficier de ce type d'approche.

Cette position ordinale et d'une partie de la kinésithérapie vis-à-vis de ces thérapies manuelles non conventionnelles vient reconfigurer l'exercice de la kinésithérapie. En effet, jusqu'à la publication de ces avis les kinésithérapeutes pouvaient choisir leur technique de traitement en fonction de leur compétence et de la situation clinique après avoir réalisé un bilan kinésithérapique. De nombreux kinésithérapeutes ont ainsi, pendant de nombreuses années, intégré des techniques manuelles ou gestuelles dites non-conventionnelles dans la kinésithérapie conventionnelle. La kinésithérapie avait sans le dire officiellement évolué vers une kinésithérapie intégrative associant pratique conventionnelle et pratique non conventionnelle. Cette tendance s'inversant aujourd'hui, on ne peut qu'assister à une remise en question profonde pour tous les praticiens qui avaient construits leur exercice mais aussi leur identité et le sens de leur métier autour de ces thérapies manuelles non conventionnelles.

Les professionnels de la fasciathérapie se retrouvent depuis 2012 dans ce type de situation. Notre enquête ayant été conduite en 2013, il faudra tenir compte dans l'analyse des réponses de ce changement institutionnel et de cette évolution de la réglementation de l'exercice conventionnel de la kinésithérapie.

---

<sup>16</sup> Roberti di Sarsina P. et Iseppato I. (2009), "Non-conventional medicine in Italy: the present situation", European journal of integrative medicine.

## 4.2 La perception de l'exercice professionnel et les enjeux identitaires

Nous avons choisi de compléter la présentation de la masso-kinésithérapie en prenant en compte le point de vue de ceux qui la pratiquent. À partir de références à des enquêtes réalisées nous pouvons ainsi accéder à la perception que les masseurs-kinésithérapeutes et leurs patients ont de cette profession.

### 4.2.1 La perception par les kinésithérapeutes de leur exercice professionnel

Cette section permet de prendre connaissance de la perception qu'ont les kinésithérapeutes de leur exercice professionnel. Ces informations nous intéressent car une partie de notre recherche interroge les impacts de la pratique de la fasciathérapie sur la vie professionnelle et personnelle des kinésithérapeutes. Nous avons ainsi choisi de nous intéresser au rapport que les kinésithérapeutes ont à leur métier, à l'image qu'ils ont d'eux-mêmes et à la perception de leur travail.

Une enquête par méthode des quotas menée en 2001 par le Groupe Pasteur Mutualité auprès d'un échantillon représentatif des cinq principales professions de santé (médecins, infirmiers, pharmaciens, masseurs-kinésithérapeutes et chirurgiens-dentistes) montrait que les kinésithérapeutes sont, comme l'ensemble des professionnels de santé, très attachés à leur métier (97% se disent assez à très attaché à leur métier) avec comme raison essentielle la vocation à soigner les gens (97% des réponses). Toujours selon cette étude, les kinésithérapeutes considéreraient que la population française a une bonne image d'eux (pour 94% des interrogés), qu'ils sont utiles pour la société (pour 97% des interrogés) et que leur place dans la société est importante (pour 83% des interrogés). Les résultats de cette enquête indiquent également que les masseurs-kinésithérapeutes estiment que leur métier est devenu plus difficile à exercer (pour 63% des sondés) principalement en raison d'un envahissement des tâches administratives (pour 73% des sondés) et d'une exigence croissante des patients (pour 59% des sondés). Il faut toutefois noter que cette profession éprouve globalement moins de difficultés que l'ensemble des autres professions de santé interrogées (85% de l'échantillon estime que leur métier est devenu difficile). Enfin, il faut souligner que les kinésithérapeutes comme les autres professionnels interrogés sont globalement assez peu confiants dans leur avenir (seuls 46% d'entre eux se disent « confiants »).

Une autre enquête par méthode des quotas menée en 2008 par la CARPIMKO sur la pénibilité au travail auprès de 1500 auxiliaires médicaux (dont 520 masseurs-kinésithérapeutes) permet de cerner un peu mieux les difficultés inhérentes à l'exercice libéral de la kinésithérapie. Cette étude indiquait que les kinésithérapeutes avaient la charge de travail la plus intense puisque 73% d'entre eux travaillent plus de 50 heures par semaine (la moyenne de l'échantillon étant de 51 heures hebdomadaires). Cette étude souligne un « sentiment de surcharge de travail très marqué » partagé par l'ensemble des auxiliaires médicaux interrogés avec pour corollaire de rendre le métier difficile (pour 36% de la population), de limiter les temps de récupération (pour 66% de la population) et d'impacter négativement le travail et les activités familiales (pour 49% de la population). Elle indique également que ces métiers sont perçus comme difficile voire très difficile (pour plus de 80% de la population) tant d'un point de vue physique (34% estiment que leur métier est très difficile physiquement) que psychologique (21% estiment qu'il est très difficile psychologiquement). Malgré cela la grande majorité des ces professionnels reste globalement satisfaite de son métier (88% s'estiment assez à très satisfait de leur métier). Concernant les masseurs-kinésithérapeutes, les difficultés physiques sont principalement liés à la position debout et aux mouvements de torsion du tronc alors que les principales difficultés psychologiques sont associées au manque de temps de récupération et à la nécessité de travailler dans l'urgence.

L'enquête menée par le CNOMK en 2009, que nous avons déjà évoqué, confirme que les kinésithérapeutes se disent globalement satisfaits de leur métier (84,8 % sont satisfaits de leur exercice quotidien) quel que soit sa forme d'exercice (libéral, salarié ou mixte). Elle précise toutefois que les jeunes diplômés sont plus satisfaits que les anciens (4,1 % de très grande insatisfaction chez les diplômés d'avant 1970, contre 1,1 % des diplômés 2000-2005 et 0,8 % des diplômés 2006-2010). L'autonomie de décision et la possibilité d'adapter les pratiques à chaque cas constituent la plus grande source de satisfaction dans l'exercice quotidien. Concernant les difficultés, cette étude montre que la rémunération, la charge de travail et les rapports avec le corps administratif sont les 3 contraintes pouvant rendre l'exercice insatisfaisant.

Enfin une autre enquête conduite par le CNOMK en 2010 sur 4528 masseurs-kinésithérapeutes dont les résultats sont parus en le bulletin de l'ordre n°15 (septembre 2010) confirme que les kinésithérapeutes ressentent un certain malaise vis-à-vis de leur avenir professionnel surtout chez les libéraux (73,9% d'entre eux ont une vision

négative de leur avenir). Elle permet également et surtout de se faire une idée des principales qualités et capacités professionnelles les plus essentielles à la pratique quotidienne :

*« Les connaissances kinésithérapiques et les savoir-faire gestuels sont plébiscités par les masseurs kinésithérapeutes comme étant essentiels à la pratique quotidienne (respectivement 71,5% et 65,4%). Les capacités relationnelles sont également soulignées par 49,2% des répondants. Les capacités diagnostiques (30,7%), l'expérience clinique (27,7%) et les connaissances médicales (24,0%) sont également largement mentionnées. Suivent les capacités d'évaluation et d'autoévaluation (16,9%) et les capacités éducatives (14,6%). Enfin, les capacités de gestion (3,1%) ferment la liste. » (CNOMK, 2010b).*

On observe ainsi que les savoirs pratiques et technologiques spécifiques de la kinésithérapie arrivent en tête devant les qualités relationnelles qui comme nous le verrons plus loin constituent une dimension essentielle de la satisfaction des patients et semblent caractériser cette profession. Cette enquête nous apprend également que les kinésithérapeutes libéraux se sentent plutôt libres et autonomes dans leur exercice quotidien (seuls 29% des enquêtés s'estimant exécutants de la prescription médicale). Ils revendiquent toutefois plus de responsabilités (90,3% des enquêtés) et estiment souhaitable que les patients les consultent en 1<sup>ère</sup> intention même si cela ne doit pas devenir systématique (« parfois » pour 64,6% et « toujours » pour 18,1%).

Le rapport de l'ONDPS (2009) conforte le sentiment d'efficacité de la pratique perçue par les masseurs-kinésithérapeutes et permet de mieux appréhender l'autonomie exprimée dans les enquêtes par questionnaire évoquée précédemment. Cette liberté d'exercice se caractérise ainsi par une diversité de pratique tant dans le contenu des séances que dans leur mode d'application :

*« Les praticiens rencontrés, eux, ne doutent pas de l'efficacité de leurs soins même s'ils savent en dessiner les limites. Pour autant, l'absence de référence et de normes de pratiques reconnues et établies conduit à une grande hétérogénéité des protocoles de soin. Chaque praticien, en particulier libéral, construit sa pratique. Cette liberté a deux dimensions. En premier lieu, on observe que les thérapeutiques sont variées, certains massent d'autres pas, certains ont recours à la physiothérapie d'autres pas, certains se forment à des techniques ou méthodes particulières d'autres pas. En second lieu, la forme des séances et leur durée varient considérablement d'un cabinet à l'autre, voire d'un praticien à l'autre y compris au sein d'un même cabinet. » (ONDPS, 2009, p. 4).*

Ces éléments nous montrent à quel point les kinésithérapeutes sont investis profondément dans leur exercice professionnel et que l'image qu'ils ont d'eux-mêmes et de leur profession est suffisamment forte pour atténuer les difficultés inhérentes à son exercice. Certains points comme l'importance de la maîtrise des savoirs kinésithérapiques et de la relation de soin, l'autonomie de l'exercice et le besoin de

responsabilités supplémentaires sont des traits caractéristiques de ce groupe. Enfin, on remarque toutefois une certaine incertitude et un manque de confiance dans leur avenir.

#### 4.2.2 La perception des kinésithérapeutes par les patients

La kinésithérapie est une profession qui bénéficie d'une très bonne image chez les patients. Dans l'étude du CNOMK de 2010, déjà évoquée, 95% des patients estiment entretenir de bonnes relations avec leur masseur-kinésithérapeute et 98,5% s'estiment satisfaits de lui (83% des patients sont même « tout à fait satisfaits »). Cette satisfaction concerne tous les secteurs d'activité professionnelle (efficacité et qualité des soins, accueil, contact, information, prévention, accessibilité, etc.). Il faut noter que les qualités humaines, le professionnalisme et l'utilité sont les qualificatifs les plus représentatifs de l'image que se font les patients de leur MK avant les aspects techniques ou compétences (lutte contre la douleur, prévention, Manuel/approche du corps par exemple). Dans son document intitulé « L'avenir est entre nos mains. Le livre vers.. de la masso-kinésithérapie », édité en 2011 faisant des propositions pour l'avenir de la profession, le CNOMK fait cette qualité du contact avec le patient un atout majeur de cette profession : « *La qualité de la relation entre le patient et « son » masseur-kinésithérapeute est un facteur-clé d'appréciation de la profession de masseur-kinésithérapeute par les patients.* » (CNOMK, 2011, p. 68).

Un sondage en ligne plus récent du CNOMK (2013) réalisé par Harris Interactive sur un échantillon de 1550 individus représentatifs de la population française âgée de 18 ans et plus (Méthode des quotas et redressement appliquée aux variables sexe, âge, catégorie socioprofessionnelle et région) confirme que les patients font état d'une relation de confiance envers leur kinésithérapeute (92% déclarent lui faire confiance soit 9 personnes sur 10). Cette enquête indique également une perception très positive de l'action du masseur-kinésithérapeute sur le soulagement de la douleur (84% des personnes ayant consulté jugent la consultation « efficace », 23% d'entre elles la jugeant même « très efficace »).

Une enquête par téléphone mandatée par Reed Expositions et réalisée en 2012 par Ipsos auprès de 1 009 personnes représentatif de la population française (Méthode des quotas : sexe, âge, profession de la personne de référence du foyer, région et catégorie d'agglomération) indique qu'une très large majorité des Français affirme avoir



une bonne image de ces professionnels de santé (86%) et confirme la qualité du contact relationnel (amabilité du kinésithérapeute, note de 8,8/10 ; accueil de la clientèle, note de 8,3/10).

Un autre sondage de type aléatoire publié et réalisé en 2010 par le site Kinéskud auprès de 640 patients de masseurs-kinésithérapeutes nous éclaire sur la perception de différents aspects de la prise en charge kinésithérapique. Le kinésithérapeute est perçu comme important (pour 55% des répondants) voire incontournable (pour 32%) dans le panel médical confirmant ainsi le rôle essentiel de cette profession évoqué précédemment par les kinésithérapeutes eux-mêmes. Ainsi selon cette étude, les patients auraient majoritairement plutôt envie de recevoir un soin strictement individuel (pour 73% des répondants) et considèreraient que le temps qui leur est consacré par leur praticien est suffisant (pour 59%) parfois trop court (pour 28%) mais rarement trop long (pour seulement 1%). Ils estimeraient ainsi que la séance devrait durer au moins 30 minutes (pour 49% des répondants) voire 45 minutes (pour 21%) ce qui reste compatible avec le cadre de la durée conventionnelle. Cette enquête montre également que les patients ne sont pas opposés à une consultation en première intention, 46% des répondants s'imaginant pouvoir consulter le masseur-kinésithérapeute avant le médecin. Enfin, il concernant le dépassement d'honoraires dont nous avons parlé précédemment, ce sondage montre qu'une partie des patients semblent prêts à y satisfaire (37% acceptant de dépenser de 5 à 10 euros en plus de la séance remboursée).

#### **4.3 Les enjeux identitaires proprement dits**

La profession de masseur-kinésithérapeute s'est construite historiquement en France à partir de deux métiers, celui de « masseur » et celui de « gymnaste médical » pour devenir en 1946 une profession dont l'appellation actuelle « masso-kinésithérapie » reflète cette *identité héritée* (Monet, 2011). Cette appellation est une particularité européenne et mondiale puisque dans tous les autres pays, cette profession s'intitule « Physiothérapie » ou « Physical Therapy » aux États-Unis. Le terme physiothérapie dans ce contexte mondial renvoie à celui d'une profession de la santé et non comme peut le laisser penser le terme français « physiothérapie » à l'utilisation d'agents physiques (thermothérapie, ultrasons, électrothérapie, ondes courtes...). Les physiothérapeutes sont dotés en général d'une plus grande autonomie. Ainsi certains

physiothérapeutes anglais sont en capacité de prescrire des médicaments et les *Physical Therapist* américains réalisent certains actes médicaux.

En France, certains voudraient voir évoluer la masso-kinésithérapie vers le titre de « physiothérapie » ou de « physiothérapeute » pour coller mieux aux standards internationaux (WCPT) et pour modifier l'image de leur profession. Un sondage d'opinion réalisé en ligne en 2015 par le site Info-Kiné montre que sur les 1924 personnes ayant répondu, la majorité (52%) serait favorable à un changement de nom et à une appellation de Physiothérapeute D.E.. Ce sondage même insuffisant pour avoir une idée précise du point de vue de l'ensemble de la profession laisse suggérer que les kinésithérapeutes seraient prêts à franchir le pas.

En France, la masso-kinésithérapie est une profession para médicale qui la soumet à un contrôle de la médecine et de l'autorité publique la réduisant à l'exécution de tâches et à l'application de techniques prescrites :

*« En fait les métiers paramédicaux, même s'ils ont acquis au cours des dernières années quelques attributs de l'idéal type de la profession, restent des para-professions qui tombent sous le contrôle du ministère de la Santé sous domination de la profession dominante médicale qui se manifeste par le fait que le travail paramédical consiste plutôt à assister le médecin qu'à le remplacer dans sa tâche. » (Monet, 2011, p. 25).*

Monet emploie le terme de para-profession (Monet, 2003) pour caractériser la masso-kinésithérapie qui comme les autres professions médicales a été bâtie à partir des activités délaissés par le milieu médical et dont l'organisation reste éloignée de l'idéal-type professionnel du médecin (études courtes, pas de reconnaissance universitaire, peu de contrôle social).

Aujourd'hui la kinésithérapie tente d'obtenir cette autonomie et cette reconnaissance de profession médicale en s'alignant sur les professions établies :

*« (...) il est intéressant de noter que les métiers paramédicaux cherchent à se donner un statut au moyen d'institutions identiques à celles de la profession dominante, un cursus obligatoire de formation, la recherche de contenus théoriques, la proposition d'un code de déontologie. » (Monet, 2011, p. 25).*

Ainsi depuis 2000 puis 2004, la kinésithérapie a gagné une certaine autonomie en obtenant la reconnaissance d'un diagnostic kinésithérapique et la liberté de choisir des actes et techniques à appliquer. Cette autonomie est relative car elle se fait toujours dans le cadre de la prescription médicale :

*« Dans le cadre de la prescription médicale, il établit un bilan qui comprend le diagnostic kinésithérapique et les objectifs de soins, ainsi que le choix des actes et des*

*techniques qui lui paraissent les plus appropriés » (Décret n° 2004-802 2004-07-29 art. 5 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute).*

Depuis 2006, les masseurs-kinésithérapeutes sont également habilités à prescrire une liste de dispositifs médicaux. En 2004, la création de l'Ordre professionnel des masseurs-kinésithérapeutes va dans le sens de cet accroissement de l'autonomie et d'une mise en conformité avec cet idéal-type professionnel médical puisque la profession montre ainsi qu'elle est en mesure de se doter et d'accepter le contrôle déontologique de son exercice professionnel par ses propres membres :

*« Si la production de savoir et son contrôle sont au centre de la professionnalisation du métier, les groupes professionnels s'attachent à démontrer que l'acceptation et la mise en pratique d'un code éthique, réglant l'exercice de l'activité professionnelle, est un attribut qui conduit à définir un idéal-type des professions. » (Monet, 2011, p. 31).*

La définition la plus récente de la masso-kinésithérapie adoptée par les parlementaires (Texte n°505, Projet de loi de modernisation de notre système de santé 2015) tente de rendre compte de ces évolutions récentes :

*« La pratique de la masso-kinésithérapie comporte la promotion de la santé, la prévention, le diagnostic kinésithérapique et le traitement :*

*1° Des troubles du mouvement ou de la motricité de la personne ;*

*2° Des déficiences ou altérations des capacités fonctionnelles.*

*Le masseur-kinésithérapeute peut également concourir à la formation initiale et continue ainsi qu'à la recherche.*

*Le masseur-kinésithérapeute exerce en toute indépendance et pleine responsabilité conformément aux dispositions du code de déontologie mentionné à l'article L. 4321-21.*

*Dans le cadre des pathologies héréditaires, congénitales ou acquises, stabilisées ou évolutives impliquant une altération des capacités fonctionnelles, le masseur-kinésithérapeute met en œuvre des moyens manuels, instrumentaux et éducatifs, et participe à leur coordination.*

*Dans l'exercice de son art, seul le masseur-kinésithérapeute est habilité à utiliser les savoirs disciplinaires et les savoir-faire associés d'éducation et de rééducation en masso-kinésithérapie qu'il estime les plus adaptés à la situation et à la personne, dans le respect des dispositions du code de déontologie précité.*

*La définition des actes professionnels de masso-kinésithérapie dont les actes médicaux prescrits par un médecin est précisée par un décret en Conseil d'État, après avis de l'Académie nationale de médecine.*

*Lorsqu'il agit dans un but thérapeutique, le masseur-kinésithérapeute pratique son art sur prescription médicale et peut adapter, sauf indication contraire du médecin, dans le cadre d'un renouvellement, les prescriptions médicales initiales d'actes de masso-kinésithérapie datant de moins d'un an, dans des conditions définies par décret. Il peut prescrire, sauf indication contraire du médecin, les dispositifs médicaux nécessaires à l'exercice de sa profession. La liste de ces dispositifs médicaux est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale après avis de l'Académie nationale de médecine.*

*En cas d'urgence et en l'absence d'un médecin, le masseur-kinésithérapeute est habilité à accomplir les premiers actes de soins nécessaires en masso-kinésithérapie. Un compte rendu des actes accomplis dans ces conditions est remis au médecin dès son intervention.*  
*» (Texte n°505, 2015)*

Elle met en avant l'aspect thérapeutique de la masso-kinésithérapie et ses modalités d'application mais elle soulève également l'importance du recours à des moyens éducatifs et évoque l'importance de la recherche, deux secteurs moins développés et plus difficiles à mettre en œuvre comme nous allons le voir maintenant car elles ne font pas partie de la culture et de l'identité professionnelle du masseur-kinésithérapeute.

#### 4.3.1 L'évolution des compétences professionnelles

Le vieillissement de la population, l'augmentation croissante des maladies chroniques et du handicap alliés à l'évolution du système de santé (loi du 4 mars 2002, loi HPST<sup>17</sup>, 2009 et 2001) augmentent non seulement la demande et le type de soins en kinésithérapie, mais obligent les kinésithérapeutes à repenser leur rôle, leur fonction et leurs compétences dans cette nouvelle organisation des soins (CNOMK, 2010a).

Face à cet enjeu et pour répondre principalement aux besoins de développer la promotion et l'éducation à la santé ainsi que l'éducation thérapeutique, la kinésithérapie comme l'ensemble des professions de santé doit s'adapter, muter pour passer d'un modèle exclusivement biomédical à un modèle de santé dit « global » (Gatto, 2005, Gatto et Viel 2007), qui rompt avec l'objectif unique et encore trop fréquent de vouloir soulager les patients et définit deux objectifs : traiter et éduquer dans un même temps dans une même action. Cette nouvelle manière d'agir et de faire qui modifie les rapports entre le patient et le praticien incite les professionnels à développer dans leur démarche de soin des actions éducatives. L'entrée dans ce nouveau paradigme de soin implique ainsi des changements :

- Passer d'un soin ciblé sur la maladie à un soin centré sur le patient, et créer les conditions pour que le patient devienne co-acteur, co-évaluateur et co-auteur de sa santé ;
- Se former à la prise en charge globale (composantes biophysiological, psychologique, sociale et culturelle) et complexe du patient, et maîtriser les théories et les principes de l'éducation thérapeutique en intégrant dans son expertise curative des compétences tant éducatives que relationnelles.

---

<sup>17</sup> Loi Hôpital, Patients, Santé, Territoire

Ces nouvelles manières de concevoir le soin s'inscrivent pleinement dans une préoccupation philosophique sur la dimension ontologique du soin et rejoint la problématique de la différence entre le « *cure* » et le « *care* » c'est-à-dire entre donner un soin et prendre soin (Hesben, 1998 ; Halpern, 2006 ; Worms, 2006 ; Tronto, 2009 ; Honoré 1992, 2003).

Le masseur-kinésithérapeute est ainsi amené à reconfigurer la façon qu'il a de se percevoir et de concevoir sa fonction et son métier car son identité repose principalement sur son statut de thérapeute (ONDPS, 2008). L'enquête de 2009 du CNOMK révèle que les masseurs-kinésithérapeutes sont moins investis dans ce domaine :

*« En effet, l'information voire l'orientation des patients, la promotion du bien-être et la prévention des troubles de santé (mieux vieillir), le maintien de la mobilité et de l'activité, le dépistage, ou encore la gestion et l'accompagnement du handicap sont des aspects moins cités par les masseurs-kinésithérapeutes lorsqu'ils décrivent leur rôle en tant que "partenaire de santé" » (CNOMK, 2009, p. 61).*

Le rapport de l'ONDPS indique également que les patients ne sont pas tous prêts à s'engager dans cette démarche éducative et que les praticiens préfèrent exercer cette activité dans le cadre d'un exercice non conventionné en proposant des pratiques spécifiques avec des patients demandeurs.

Le CNOMK incitait ainsi en 2010 les formateurs en kinésithérapie à intégrer dans leur programme de formation des modules de sciences humaines pour sensibiliser et familiariser les kinésithérapeutes avec la dimension humaine de la relation thérapeutique :

*« Les savoirs pour pratiquer la MK ne sont pas seulement des savoirs biomédicaux (de médecine, de physiopathologie, de neurosciences, de biomécanique, d'anatomie...). Ce sont aussi des savoirs en sciences humaines et sociales car la pratique de la MK est bien une pratique inter-humaine. Les savoirs en sciences humaines et sociales sont indispensables pour la pratique de la MK de qualité : historiques, économiques, sociologiques, éducatifs, psychologiques... Il incombe donc aux responsables de formation de recenser, de didactiser et de former les MK à la relation humaine » (CNOMK, 2010a, p. 9).*

On voit naître avec le champ de l'éducation à la santé et de l'éducation thérapeutique une réelle tendance vers l'éducation du patient ce qui modifie profondément les rapports avec le patient, les pratiques mises en œuvre et bien évidemment le statut du praticien et ses compétences. Passer de thérapeute à pédagogue est une véritable conversion identitaire.

#### 4.3.2 L'exigence de la recherche et de l'évaluation des pratiques professionnelles

La masso-kinésithérapie française est aujourd'hui mise face à des exigences de validité et de validation de sa pratique. Cette dynamique de recherche est sans aucun doute la seule qui puisse assurer cette autonomie revendiquée par cette profession. Le masseur-kinésithérapeute qui se définissait comme un praticien autonome et qui fonctionne avec ses propres référentiels et selon sa propre norme est aujourd'hui « sommé » de démontrer, de prouver l'efficacité de sa pratique. Le futur professionnel kinésithérapeute devra ainsi savoir « penser » sa pratique, devra problématiser son intervention en prenant en compte la complexité du soin. Il devra appliquer une kinésithérapie « scientifique » basée sur le modèle de l'*Evidence Based Practice* (EBP) ou *kinésithérapie fondée sur les preuves* dont les trois piliers sont les ressources et les recommandations pratiques, l'expérience du clinicien et celle du patient. Cette ouverture vers le recueil d'informations multiples et validées scientifiquement devrait amener le kinésithérapeute à sortir de ses « habitudes », de ses croyances et de ses certitudes pour s'ouvrir à une vision plus globale de son métier. Il s'agit là d'une autre forme de conversion professionnelle exigée par la société et les pouvoirs publics. Si cette nouvelle manière de structurer sa pratique est louable elle peut parfois conduire à des excès, en donnant aux données scientifiques une place trop importante par rapport à l'expérience du praticien et du patient : « *En optant pour la pratique fondée sur la preuves, les kinésithérapeutes devraient choisir de ne proposer aux patients que des techniques et procédés de rééducation ayant démontré leur efficacité (...)* » (Pinsault, Monvoisin, 2014, p. 169).

La recherche en kinésithérapie française est très en retard et peine à exister au niveau européen et mondial ce qui fragilise sa position et sa reconnaissance. Il suffit de se référer au compte-rendu du Congrès WCPT<sup>18</sup> 2011 (Trudelle, 2011) pour constater cette problématique. La France y a présenté 7 publications (communications orales et posters) sur les 2303 retenues, la plaçant seulement au 14<sup>ème</sup> rang européen loin derrière les Pays-Bas (79 publications), la Belgique (33) ou même le Portugal (24). En 2011, la France a même perdu une place en étant devancée par la Grèce (10 publications). On mesure donc la difficulté de la kinésithérapie française à exister sur la scène

---

<sup>18</sup> World Confederation of Physical Therapy – [www.wcpt.org](http://www.wcpt.org)

internationale et les efforts à faire en matière de formation à la recherche, et de moyens à mettre en œuvre pour combler ce retard.

Or cette démarche scientifique n'est pas dans la culture du métier comme elle peut l'être dans les pays dont la formation est universitaire :

*« Les représentants de la profession fondent leurs espoirs dans la constitution d'un corpus d'evidence based practices. Cette perspective est éloignée des représentations de la majorité des masseurs-kinésithérapeutes. La pratique quotidienne permet plutôt à chacun de se construire des règles raisonnées en propre, qui concluent majoritairement à l'efficacité des actes (ONPS). » (Monet, 2011, p. 35).*

On constate ainsi que seulement 8% des MK se tournent vers des études de 2<sup>nd</sup> et de 3<sup>ème</sup> cycle et un très faible pourcentage va jusqu'au doctorat (CNOMK, 2010a). Même si elle devient de plus en plus familière, la culture de l'Evidence Based Practice (EBP) n'est pas encore acquise en formation initiale de kinésithérapie comme en témoigne une étude de 2012 menée auprès d'une population de 326 étudiants en kinésithérapie (Regnaud, Rostagno, Rémondière, 2012) : seulement 55 % d'entre eux connaissent l'acronyme EBP, 36% déclarent recevoir une formation dans ce domaine et 92% possède une faible connaissance des outils de l'EBP.

De plus certains praticiens se sentent efficaces et ne semblent pas percevoir l'intérêt de la recherche qui parfois leur paraît parfois beaucoup trop éloignée de leur préoccupation de terrain. Ceci donne lieu à une difficulté à mettre en application cette kinésithérapie par les preuves.

Dans cette perspective, les praticiens soulignent qu'au-delà de l'efficacité prouvée scientifiquement, la notion de « prendre soin » des personnes que la science fondée sur les preuves n'évalue pas, leur paraît indissociable de la perception de leur efficacité thérapeutique. Ce qui renforce leur manque d'intérêt pour la recherche des données issues de l'EBP :

*« Mais au-delà de l'efficacité spécifique de telle ou telle rééducation, certains praticiens insistent sur deux autres dimensions essentielles de l'efficacité de leur pratique. La première réside dans la part d'efficacité qu'il y a « à prendre soin des personnes ». Le soin massokinésithérapeutique fondé sur le contact, manuel, relationnel, « fait du bien ». C'est un geste qui soulage par essence, parce qu'il s'arrête sur la ou les douleurs, les prend en considération. Il y a de toute évidence, au dire des praticiens, un effet placebo de leur pratique qui précède l'efficacité thérapeutique. La deuxième dimension est liée à la partie éducative de la pratique. Certains praticiens insistent sur leur rôle d'autonomisation des patients qui doivent apprendre à s'exercer, se rééduquer, se maintenir par eux-mêmes. Ces deux dernières dimensions : attention portée au patient et volet éducatif requièrent pour exister une forme de pratique qui prend du temps avec chaque patient » (ONDPS, 2009, p. 9).*

Cette citation montre à quel point la masso-kinésithérapie ne peut être étudiée comme une discipline médicale et que les dimensions relationnelles doivent être prises en compte, évaluées tout comme les impacts sur les patients. D'ailleurs, pour confirmer cet intérêt des masseurs-kinésithérapeutes pour une recherche mixte quantitative et qualitative, on peut remarquer que sur l'ensemble des kinésithérapeutes titulaires d'un doctorat universitaire 60% viennent des sciences biologiques et médicales et 40% des sciences humaines et sociales.

Cette volonté radicale des autorités de la kinésithérapie qui revendique le recours à une recherche biomédicale exclusive prenant comme modèle la médecine risque de créer une distance avec la réalité du terrain :

*« De façon parallèle, si la pharmacodynamie est une branche de la pharmacologie spécialisée dans l'étude des effets des médicaments et des substances chimiques sur l'organisme, le développement d'une recherche en « kinési-dynamique » permettrait de comprendre et d'améliorer la qualité des processus d'action des techniques et instruments employées par les kinésithérapeutes. » (CNOMK, 2010a, p. 33).*

La recherche clinique (méta-analyses, des essais randomisés et contrôlés) semble ainsi être la seule à pouvoir donner un statut scientifique à la kinésithérapie et à pouvoir lui donner un statut de profession médicale (Pinsault, Monvoisin, 2014). En optant pour cette voie, la kinésithérapie parviendra peut-être à être reconnue comme une profession médicale mais elle risque aussi de perdre son identité et sa spécificité dont témoignent les professionnels de terrain.

#### 4.3.3 Un exercice complexe à la fois généraliste et spécifique

Pour l'ONDPS les kinésithérapeutes se perçoivent principalement comme des « généralistes du corps » ce qui est confirmé par l'étude du CNOMK de 2009 (profession et patients). Ils ne se perçoivent donc pas spécialistes d'un domaine particulier autre que celui d'être un spécialiste du corps. Pourtant, tout en restant fidèle à cette vision généraliste de la kinésithérapie, un grand nombre d'entre eux développent des modes d'exercice spécifique témoignant du caractère complexe de la notion de spécificité. De cette complexité se dégagent deux typologies de praticiens, ceux qui développent un champ d'expertise ciblé dans un domaine spécifique de la kinésithérapie (kinésithérapie du sport, pédiatrie, kinésithérapie respiratoire, etc...) et ceux qui utilisent une approche ou une méthode le plus souvent non conventionnelle leur permettant d'élargir leurs compétences dans les différents domaines de la kinésithérapie.



Cette tendance se retrouve dans l'enquête en ligne menée en 2009 par le CNOMK sur un échantillon de 3050 kinésithérapeutes (soit 4,7% de la population) qui montre que 74% des répondants (soit près de 3 masseur-kinésithérapeutes sur 4), déclaraient alors avoir développé des « modalités particulières d'exercice ». La liste de ces modalités d'exercice est très variée puisqu'on y trouve à la fois des techniques et des méthodes thérapeutiques particulières non conventionnelles et des spécificités de la kinésithérapie (Kinésithérapie respiratoire, Périnéologie, Pédiatrie ou Kinésithérapie du sport par exemple).

Cette enquête montre également que 53% des interrogés ont développé une modalité d'exercice dans le champ de la thérapeutique manuelle (Drainage Lymphatique Manuel, Microkinésithérapie, Thérapie manuelle, Fasciathérapie, Ostéopathie et Massages de bien-être). Cela indique à quel point l'approfondissement de ce champ de pratique constitue un axe prioritaire pour une très forte population des kinésithérapeutes. Ce résultat est important car l'enquête conduite dans le cadre de cette recherche vise tout spécialement ce type de population.

Une autre enquête menée en 2013 par le Conseil Interrégional de l'Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes de l'Île de France et de la Réunion auprès de 680 masseurs-kinésithérapeutes d'Île de France et de l'Île de la Réunion (sondage en ligne avec méthode aléatoire) confirme localement cette tendance générale des résultats de l'étude précédente : 60,7% des répondants disent avoir un ou plusieurs domaines d'activité spécifique qu'ils intègrent fortement dans leur exercice quotidien. Parmi cette population, 65,3% des interrogés disent consacrer de 30% à 100% de leur activité à la pratique de ces domaines spécifiques.

Cette question des spécificités n'est pas réglée et constitue une voie de réflexion surtout dans le contexte de l'universitarisation des études.

Toutefois si aujourd'hui, aucune qualification n'est définie par le code de déontologie (seul le Décret 2000- 577 du 27 juin 2000 énumère les actes que tous les masseurs kinésithérapeutes peuvent exercer), il n'en reste pas moins que cette notion de spécificité a existé puisque le Conseil National de l'Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes (CNOMK) avait arrêté une première liste de 17 spécificités en 2010 (liste adoptée par le conseil national les 18 et 19 mars 2010) et une seconde élargie à 19 en 2011 (réunion du conseil national des 18 et 19 mars 2011) pouvant être affichées sur la plaque professionnelle dans le respect du code de déontologie et après accord du

Conseil Départemental de l'Ordre.

Depuis 2012, cette notion déontologique de spécificité a été redéfinie et est présentée ainsi sur le site du CNOMK (2015a) :

*« Il existe deux spécificités : les spécificités liées à la structure et les spécificités d'exercice. Ces spécificités peuvent être apposées sur une plaque supplémentaire de tout masseur-kinésithérapeute qui le souhaite.*

*Les spécificités liées à la structure doivent être conformes au code de déontologie. Il s'agit par exemple de la balnéothérapie, de l'isocinétisme, du fauteuil rotatoire, de la cryothérapie, des ondes de choc radiales, de la pressothérapie... Cette liste n'est pas limitative, mais il n'est pas possible de faire figurer de marque commerciale.*

*Les spécificités d'exercice doivent strictement correspondre au décret d'actes et d'exercice. Il s'agit par exemple de la rééducation respiratoire, de la rééducation des troubles trophiques, vasculaires et lymphatiques, de la rééducation périnéo-sphinctérienne ou périnéologie... Cette liste est non limitative mais il n'est pas possible de faire figurer de noms de créateurs de méthodes.*

*L'autorisation d'apposer une spécificité, liée à la structure et/ou à l'exercice, sur une plaque supplémentaire est à demander uniquement à votre conseil départemental d'inscription. » (site du CNOMK, rubrique spécificités du cabinet).*

Il n'est toutefois *« pas possible de faire figurer de noms de créateurs de méthodes. »*

Le CNOMK a également procédé à l'encadrement de la reconnaissance des diplômes et des titres pouvant être affichées sur les plaques et les documents professionnels en publiant une liste des diplômes reconnus qui abrogent et remplacent les spécificités d'exercice. Il est possible de faire reconnaître un diplôme universitaire français ou étranger en faisant une démarche auprès du CNOMK mais tous les diplômes ou qualifications professionnelles non universitaires ne peuvent être affichées :

*« il n'est pas examiné par le conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes, les diplômes qui ne sont pas délivrés par une université. Les diplômes non universitaires ne peuvent pas figurer sur les documents professionnels, dans les annuaires à usage du public ou encore sur les plaques du lieu d'exercice. Les diplômes non universitaires peuvent, par contre, rentrer dans la catégorie des spécificités dont les conditions sont explicitées sur le site. » (CNOMK, 2015a).*

#### 4.3.4 La formation continue professionnelle des kinésithérapeutes libéraux

En préambule, il est nécessaire de donner une définition de la formation continue qui en donne les objectifs et les devoirs : *« La formation continue a pour objectif le perfectionnement des connaissances et l'amélioration de la qualité des soins et du mieux-être des patients, ainsi que l'amélioration de la prise en compte des priorités de santé publique »* (Mizéra, 2012, p. 4). Elle est inscrite dans la définition de la profession et dans le code de déontologie.

Le principe de formation continue en kinésithérapie s'inscrit dans la logique du processus de formation tout au long de la vie qui associe exigences de développement des compétences, développement personnel et employabilité.

Dans le cadre de la masso-kinésithérapie française, la formation continue doit viser deux objectifs : la formation clinique qui vise l'acquisition de savoirs et de savoir-faire et l'évaluation ou l'analyse de l'activité professionnelle (Evaluation des Pratiques Professionnelles).

Nous avons circonscrit notre étude à la formation continue des professionnels libéraux et nous nous sommes appuyés sur le rapport de Mizéra de 2010 pour rédiger cette section. Selon ce rapport, les professionnels libéraux qui feraient appel au fonds de la formation continue seraient de plus en plus demandeurs :

*« Les professionnels libéraux sollicitent de plus en plus la formation continue (plus de 100000 dossiers traités en 2011 contre 40000 en 2000), démontrant l'engagement du plus grand nombre à vouloir maintenir un niveau élevé de compétence, au service des patients ou des usagers. » (Mizéra, 2012, p. 33).*

Il faut préciser qu'il existe trois logiques de formation continue : La Formation Continue Conventionnelle (FFC) remplacée depuis 2010/2011 par le développement Professionnel Continu (DPC) et le Fonds Interprofessionnel de Formation des Professionnels Libéraux (FIF-PL) qui font appel à des prises en charge des fonds de la formation continue et les formations qui sont prises en charge directement par le praticien.

Il n'existe aucun chiffre permettant de connaître le nombre de professionnels se formant hors prise en charge ce qui rend difficile l'estimation réelle du nombre de kinésithérapeutes en formation continue. L'enquête régionale citée précédemment (Conseil Interrégional de l'Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes de l'Île de France et de la Réunion, 2013) nous indique que 88,1% des masseurs-kinésithérapeutes interrogés déclarent avoir suivi une formation complémentaire après obtention de leur Diplôme d'État principalement dans des formations courtes de moins d'un an (74,1% des réponses) ou longues d'un an et plus (64,3% des réponses). Ces chiffres tendent à montrer une forte implication dans la formation continue qui peut s'expliquer par une insatisfaction de la formation initiale (40% des professionnels ne sont pas satisfaits de la formation selon l'étude du CNOMK de 2009) qui ne préparerait pas suffisamment à l'exercice libéral ou aux pathologies les plus courantes comme le « mal de dos » (ONDPS, 2009). Ainsi la motivation à la formation continue serait un moyen de

comblent ces manques initiaux mais également de pouvoir « faire face à un besoin identifié dans la patientèle » ou d'« élargir son spectre ou approfondir un domaine » voire dans certains d'engager une formation longue (comme l'ostéopathie) pour se déconventionner (ONDPS, 2009) mais elle serait unanimement reconnue comme un moyen de dynamiser son métier : « *Elle est par tous présentée comme un élément de vitalité du métier. Elle vient nourrir l'évolution de la pratique professionnelle et constitue des moments importants de la carrière.* » (ONDPS, 2009, p. 111).

*« Pour autant, ces « résultats visibles » n'ont pas la même évidence pour toutes les pathologies. Les praticiens rencontrés ne s'arrêtent pas à ce constat d'efficacité globale, ils savent analyser les situations qui conditionnent l'obtention de résultats indiscutables et cerner également les limites de leurs soins. C'est même parfois la représentation qu'ils ont de l'efficacité de tel ou tel domaine de la kinésie qui les pousse en partie à s'orienter selon qu'ils recherchent des pratiques qui conduisent le plus souvent à des progrès notables, des pratiques plus incertaines mais jugées plus stimulantes intellectuellement, voire des pratiques qui visent à prendre en charge simultanément les aspects psychiques et somatiques dans une approche globale de la personne. » (p. 8)*

Le nombre de praticiens ayant suivi une formation continue et faisant appel aux fonds de la formation (FIF-PL et FCC) s'élevait à 10625 en 2010 (8008 en FIF-PL, 2617 en FCC) ce qui représente 19,58% des kinésithérapeutes libéraux (54274 en 2010). Le taux de participation à la formation continue a varié de 14 à 21% entre 2004 et 2010 mais depuis 2009, il y a une stagnation (FIF-PL) voire une régression (FCC) du nombre de participants à la formation continue. Même si ces chiffres sont incomplets en raison de l'absence des professionnels qui se forment en dehors de toute prise en charge, on ne peut que constater le faible nombre de praticiens qui entrent dans une dynamique de formation continue.

Concernant le FIF-PL, en 2010, 8010 professionnels avaient bénéficié d'une prise en charge. Les tranches d'âge les plus demandeuses de formation continue sont les 25-34 ans et les 35-44 (respectivement 44,54% et 21,2% de la population) représentant à eux seuls plus des deux tiers des demandes (soit plus 2 kinésithérapeutes sur 3). Les kinésithérapeutes les plus jeunes (18-24 ans) se forment moins que les autres (8,55% seulement) comparativement aux plus âgés (plus de 45 ans) qui continuent à se former même s'ils sont moins nombreux (25,71%). Il est à noter que la proportion des 18-24 ans se formant est toujours à peu près la même depuis 2001 ce qui semble confirmer qu'ils n'ont pas encore besoin de se former.

En 2015, on recense 27 thèmes de formation pouvant bénéficier d'une prise en charge FIF-PL recouvrant l'ensemble de l'activité libérale (rééducation, massages,

thérapie manuelle, esthétique, bien-être, formation de formateurs, informatique, etc...). La formation de fasciathérapie a fait l'objet d'une prise en charge au titre de la formation continue FIF-PL depuis les années 2000.

La loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST) de 2009, a introduit la notion de Développement Professionnel Continu (DPC) dans le code de la santé publique afin de réunir dans un concept commun, les notions de formation professionnelle continue et d'évaluation des pratiques des professionnels de santé, médicaux et non médicaux. L'article 59 de la loi de juillet 2009 a posé le principe selon lequel

*« le développement professionnel continu a pour objectif l'évaluation des pratiques professionnelles, le perfectionnement des connaissances, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que la prise en compte des priorités de santé publique et de la maîtrise médicalisée des soins ».*

Cette loi est effective depuis 2013. Cet article crée ainsi une nouvelle obligation individuelle en fusionnant FC et EPP. Le DPC constitue donc une obligation pour chaque professionnel de santé qui doit y satisfaire dans le cadre d'une démarche individuelle et permanente. En 2013, 6 447 masseurs-kinésithérapeutes se sont inscrits à un programme de DPC, essentiellement des libéraux (99%).

En 2015, 25 000 masseurs-kinésithérapeutes avaient créé leur compte DPC. Le FIF-PL n'est pas impacté par le DPC et sa gestion reste sous la responsabilité des praticiens de la profession dont l'implication favorise l'accès à des formations répondant aux « *nécessités évolutives professionnelles et sociétales.* » (Mizéra, 2012, p. 33).

Par ailleurs, l'enquête du CNOMK de 2009 indique que 61% des kinésithérapeutes interrogés souhaitent voir leur formation continue bénéficier d'un système de reconnaissance des qualifications ainsi obtenues (sans que ce soit précisé le type de formation) leur permettant le cas échéant de réaliser des passerelles vers l'université.

#### 4.3.5 Une profession aux limites identitaires « floues »

La masso-kinésithérapie depuis sa création a toujours dû par le passé partager son champ d'expertise avec d'autres de la réadaptation fonctionnelle (médecine physique, ergothérapie, orthophonie, orthoptie, psychomotricité), ce qui lui confère le

statut d'*identité partagée* (Monet, 2011). Aujourd'hui, elle continue aujourd'hui à partager des actes avec d'autres professions en particulier dans le domaine de la thérapie manuelle (ostéopathie et chiropraxie), du massage (esthétique, bien-être) et de la rééducation pelvi-périnéale (sages-femmes) :

*« Ce groupe professionnel, constitué de segments spécialisés, est placé au centre d'un ensemble d'interactions avec un nombre croissant de partenaires qui partagent ou revendiquent les mêmes champs d'activités, (professions de santé, métiers de la rééducation, esthéticiennes, soigneurs, masseurs occasionnels), notamment celles des pratiques corporelles manuelles dont la plus ancienne est celle du massage. » (Monet, 2011, p. 34).*

Dans ce domaine comme dans d'autres, les kinésithérapeutes ne semblent pas former un corps professionnel unifié tant du point de vue de leur forme d'exercice que de leur pratique et de leur conception du métier (ONDPS, 2008). Ceci est confirmé par une enquête en ligne publiée en 2009 par le CNOMK indiquant que parmi les 3 050 masseurs-kinésithérapeutes interrogés (soit 4,7% de la profession au plan national), *« Seul un masseur-kinésithérapeute sur 5 est convaincu qu'il existe des valeurs fortes qui fondent l'identité de la profession »* (p. 31) L'enquête ne nous permet pas de connaître la nature de ces valeurs fortes manquantes mais évoque une relation significative entre cette absence de valeurs communes partagées et une certaine inquiétude face à l'avenir :

*« L'absence d'un consensus fort des masseurs-kinésithérapeutes autour de l'existence de valeurs communes, fondatrices de leur identité professionnelle, est d'autant plus préoccupante qu'elle coïncide avec une vision pessimiste de l'avenir » (CNOMK, 2009, p. 31).*

Ce constat nous conduit à penser qu'il n'existe pas une mais des kinésithérapies et que chaque kinésithérapeute tente de trouver sa propre identité voire parfois de l'imposer aux autres. Des groupes professionnels se constituent revendiquant leur identité et suscitant des tensions, des luttes internes et des négociations pour se faire reconnaître :

*« Les frontières du champ dans lequel le groupe des masseurs-kinésithérapeutes exerce leur activité étant ouvertes, l'absence d'un consensus et de référentiel professionnels explique une forme de déprofessionnalisation du métier. La profession a l'apparence d'une mosaïque de métier qui ne semble pas posséder un principe intégrateur. » (Monet, 2011, p. 34)*

Tel est le cas des kinésithérapeutes-ostéopathes, dont l'existence conduit, pour certains, à une fragilisation et à une fragmentation de l'identité du kinésithérapeute alors que pour d'autres elle représente une forme d'accomplissement et de valorisation professionnelle. On retrouve la même problématique avec le massage qui pour certains

constitue l'identité même du métier alors que pour d'autres elle nuit à l'image médicale de la profession.

Notre recherche s'inscrit pleinement dans ce contexte puisqu'elle étudie justement la manière dont le groupe des kinésithérapeutes exerçant la fasciathérapie s'articule avec le monde de la kinésithérapie. Nous circonscrivons ainsi notre réflexion théorique autour de la question du toucher et de son importance dans la définition de l'identité professionnelle. En effet, le toucher par ses différentes dimensions et formes qu'il prend en kinésithérapie (massage, thérapie manuelle, contact, ostéopathie, etc...) semble être à la fois un dénominateur commun et en même temps un vecteur de différenciation voire de division.

## **5. La fasciathérapie méthode Danis Bois et son identité objective**

Cette section n'a pas la vocation de mener une étude exhaustive sur le champ théorique et la pratique de la fasciathérapie méthode Danis Bois. La thématique de notre recherche est centrée sur les reconfigurations identitaires d'une population de kinésithérapeutes pratiquant la fasciathérapie. Nous avons donc fait le choix de mettre l'accent sur les spécificités identitaires de cette pratique au regard de son émergence socio-historique et de sa proximité avec l'ostéopathie et de son inscription actuelle dans le champ international de recherche sur le fascia. Comme nous l'avons relevé à maintes reprises, le statut professionnel de la fasciathérapie a subi une mutation importante d'autonomisation par rapport à la kinésithérapie. En effet, durant trente cinq ans, la fasciathérapie s'est développée harmonieusement dans le contexte de la kinésithérapie laissant la possibilité à des professionnels d'en revendiquer l'exercice et de l'associer à leur identité. Depuis la parution d'un avis émis par le CNOMK signifiant que la fasciathérapie ne peut être considérée comme un titre, une qualification ou une spécificité de la kinésithérapie, les praticiens doivent reconfigurer leur appartenance identitaire. Nous verrons que cette quête identitaire s'appuie en grande partie sur la filiation avec l'ostéopathie dont elle est issue, sur le champ de recherche et de pratique internationale spécialisé dans le fascia (Fascia Research Society, Fascia Research Congress) et enfin sur les données scientifiques qui émergent des travaux de recherche récents justifiant en partie les intuitions et la connaissance empirique de D. Bois. Cette

mutation identitaire justifie pleinement le sens de cette recherche car elle vise à mieux comprendre les processus de reconfiguration identitaire mise en jeu chez les kinésithérapeutes pratiquant la fasciathérapie MDB.

Ces éléments contextuels font que la fasciathérapie et les professionnels qui l'exercent se retrouvent à un carrefour de leur histoire. Ils doivent ainsi composer avec une identité composite héritée de sa proximité avec l'ostéopathie et la kinésithérapie sans pour autant y trouver leur place. Elle doit également aujourd'hui tenir compte de cette nouvelle dynamique internationale qui peut constituer un moyen de se reconnaître au sein d'une identité collective de thérapeutes des fascias partageant des savoirs communs. Ce chapitre permet de faire un état des lieux de l'identité spécifique de la fasciathérapie au regard de ces identités héritée et partagée.

Dans un premier temps, nous dressons un état des lieux de la dynamique internationale collaborative qui s'organise autour du fascia et de sa thérapeutique qui constitue un cadre de référence nouveau pour la fasciathérapie. Dans un deuxième temps, nous présentons la fasciathérapie et son inscription historique dans le champ de l'ostéopathie et de la kinésithérapie puis nous développons les spécificités théoriques et pratiques de la fasciathérapie MDB (corps sensible et toucher de relation) qui constituent son identité. Pour terminer ce chapitre, nous mettons en lumière la dynamique de professionnalisation collective de la fasciathérapie (formation, regroupement associatif, recherche).

### **5.1 L'émergence d'un nouveau paradigme : un nouveau cadre d'identification de la fasciathérapie**

On voit apparaître depuis quelques années au niveau international, un véritable champ d'étude et de recherche sur le fascia et les thérapies du fascia, comme en témoigne l'évolution exponentielle depuis 30 ans du nombre de publications indexées sur les bases de données médicales : sur Ovid medline ou Scopus le nombre de publications comportant le terme fascia dans le titre est passé de 200 par an dans les années 1970 et 1980 à plus 1 000 en 2010 (Schleip R, Findley T-W., Chaiton L., Huijing P., 2012). Tous ces articles et publications portent sur le fascia lui-même et ses propriétés anatomiques et physiologiques, mais aussi sur les thérapeutiques qui impliquent ce tissu, qu'elles soient manuelles, chirurgicales ou instrumentales.



Cet engouement pour le fascia et son importance dans la santé et la thérapeutique a pris une nouvelle forme en 2007<sup>19</sup>, puisqu'un congrès international intitulé « *International Fascia Research Congress, Basic Science and Implications for Conventional and Complementary Health Care* »<sup>20</sup> a été créé pour accueillir, rassembler, coordonner et transmettre les données les plus actuelles de la recherche produites par des anatomistes, des physiologistes, des biologistes mais aussi des cliniciens et des praticiens. En 2007, un article fondateur définissait le point zéro de ce nouveau courant et déclarait ouverte une nouvelle discipline de recherche impliquant des chercheurs et des cliniciens : « *Un groupe diversifié de chercheurs veut créer une nouvelle discipline en réunissant des experts du fascia et du massage des tissus profonds* » (Grimm, 2007, p. 1234). Depuis, quatre éditions de ce congrès ont eu lieu (Boston, 2007 ; Amsterdam, 2009 ; Vancouver, 2012, Washington 2015) rassemblant de plus en plus de participants, de communications et de pays. En 2015, la 3<sup>ème</sup> édition (Fourth International Fascia Research Congress) a accueilli plus de 800 participants de 40 pays et plus de 150 communications.

Pour concrétiser cette nouvelle discipline, une Société savante internationale, intitulée *Fascia Research Society*, a été récemment créée. Elle est ouverte à toutes les personnes, étudiants, professionnels, écoles et organismes de recherche pour favoriser la diffusion, les échanges et les collaborations entre praticiens et chercheurs passionnés par le fascia et sa thérapeutique :

*« La société de Recherche sur le Fascia (FRS) a été créée pour faciliter, encourager et soutenir le dialogue et la collaboration entre cliniciens, chercheurs et universitaires, afin de faire avancer notre compréhension des propriétés et des fonctions du fascia »<sup>21</sup> (extrait du site Fascia Research Society).*

Des revues internationales publient régulièrement sur ce thème ou offrent dans leur revue une rubrique dédiée à la recherche sur le fascia et à ses applications cliniques (Journal of Bodywork and Movement Therapies<sup>22</sup>, International Journal of Therapeutic

---

<sup>19</sup> Site du 1<sup>er</sup> Congrès International de Recherche sur le Fascia : <http://www.fasciacongress.org/2007/>

<sup>20</sup> Sciences fondamentales et implications pour les traitements et soins de santé conventionnels et complémentaires

<sup>21</sup> Traduction française : « The Fascia Research Society (FRS) has been established to facilitate, encourage and support the dialogue and collaboration between clinicians, researchers and academicians, in order to further our understanding of the properties and functions of fasciae. » <http://fasciaresearchsociety.org/>

<sup>22</sup> <http://www.bodyworkmovementtherapies.com/>

Massage and Bodywork : Research, Education and Practice<sup>23</sup>). Un manuel complet fait actuellement référence et comporte des centaines d'articles et de recherches sur le fascia<sup>24</sup>.

La fasciathérapie MDB fait progressivement son entrée dans cette communauté internationale des thérapies du fascia avec une participation constante et croissante :

- En 2007, présentation d'un poster : Fasciatherapy combined with pulsology touch induces changes in blood turbulence potentially beneficial for vascular endothelium, Quéré, N., Noël E., d'Alessio P. (2007) ;
- En 2009, présentation d'un poster lors du post-congrès : Arterial Blood Turbulences turned into Laminar Flow after Fasciatherapy Danis Bois Method with Pulsology Touch Treatment, Payrau B., Noël E., Quere N., Bois D. ;
- En 2012, présentation d'un poster : The influence of a single fasciatherapy treatment (Danis Bois method) on the muscle strength of young sportmen with a subacute ankle sprain. P.Roosen, P.Rosier, P.Sercu, K.Vanden Borre, R. De Ridder, N. Mahieu ;
- En 2015, quatre communications (2 présentations orales et 2 posters) et un workshop : Fasciatherapy, Reflexology, Hypnos, Music Therapy in stress management, Payrau B., Quéré N., Payrau M.C., Breton E. (présentation orale) ; The Psychotonic Touch of Fasciatherapy Dbm : practical methodology, perceptual and relational outcomes, and impacts on clinical practice. Courraud C., Lieutaud A., Bois D. (présentation orale) ; Fasciatherapy Danis Bois Method and the physical and psychological recovery of elite athletes. Rosier P. (poster) ; A combination of qualitative and quantitative approaches to evaluate the effect of Dbm Fasciatherapy on the pain of patients suffering from Fibromyalgia. Dupuis C. (poster) ; Fasciatherapy, Danis Bois Method – Theory, research and practice. Courraud C. (Workshop).

Des publications dans les revues internationales spécialisées dans ce domaine commencent à voir le jour<sup>25</sup>. Cette appartenance de la fasciathérapie au champ

---

<sup>23</sup> <http://www.ijtmb.org/index.php/ijtmb/>

<sup>24</sup> Scheilp R, Findley T-W., Chaiton L., Huijing P. (2012) *Fascia, the tensional network ok the human boody*. Churchill Livinstone Elsevier

international des thérapies des fascias constitue une voie d'identification collective pour cette discipline et les professionnels qui l'exercent. Elle doit cependant trouver et revendiquer dans cette communauté sa propre identité.

### 5.1.1 Le fascia une identité de pratique

Cet élan international vise à démontrer l'importance de ce tissu anatomique dans le fonctionnement de l'être humain car jusqu'à maintenant en dehors de l'ostéopathie et des techniques comme le Rolfing ou la fasciathérapie, le fascia ne bénéficiait que de peu d'intérêt de la part de la science ou de la clinique médicale : « *Après plusieurs décennies de grande indifférence, cette « Cendrillon de la recherche orthopédique » est en train de trouver sa propre identité au sein de la recherche médicale.* » (Schleip, 2012, p. XV). Parmi les raisons invoquées pour expliquer cette mise à l'écart du fascia, il faut retenir que ce tissu était considéré comme gênant car ne permettant pas de distinguer nettement l'anatomie :

*« Une raison pour laquelle fascia n'a pas reçu toute l'attention des scientifiques dans les dernières décennies est que ce tissu est tellement omniprésent et interconnecté qu'il frustrer facilement l'ambition des chercheurs qui ont pour habitude de diviser en sous-unités, pour mieux classer et décrire séparément. Dans les planches anatomiques, le fascia est généralement éliminé, de sorte que le spectateur peut voir les organes, les nerfs et les vaisseaux, mais il ne parvient pas à observer le fascia, qui relie et sépare ces structures. »*<sup>26</sup> (About Fascia, Fascia Research Congress 2015).

La mise en lumière du rôle de ce tissu constitue une véritable rupture avec la conception que les professionnels de la santé et en particulier les masseurs-kinésithérapeutes ont du mouvement mais aussi du fonctionnement humain et de ses dysfonctionnements.

---

<sup>25</sup> Fasciatherapy combined with pulsology touch induces changes in blood turbulence potentially beneficial for vascular endothelium. Nadine Queré, Evelyne Noël, Anne Lieutaud, Patrizia d'Alessio. July 2009 *Journal of Bodywork and Movement Therapies* Vol. 13, Issue 3, Pages 239-245

Vascular Fasciatherapy Danis Bois Method: a Study on Mechanism Concerning the Supporting Point Applied on Arteries. Bernard Payrau, MD, Nadine Queré, PT, Danis Bois, PhD. Vol 4, No 4 (2011). *International Journal of Therapeutic massage and bodywork*

<sup>26</sup> Traduction française : « One reason why fascia has not received adequate scientific attention in the past decades is that this tissue is so pervasive and interconnected that it easily frustrates the common ambition of researchers to divide it into a discrete number of subunits, which can be classified and separately described. In anatomic displays, fascia is generally removed, so the viewer can see the organs nerves and vessels but fails to appreciate the fascia, which connects and separates these structures. »

Considéré par la médecine comme un tissu de remplissage ou de soutien aux appellations diverses (aponévrose, tissu conjonctif, tissu mou), le fascia est aujourd'hui en passe de retrouver toute la noblesse que les précurseurs de l'ostéopathie lui avaient attribué. Il devient même un « étendard » derrière lequel se regroupent et se retrouvent des praticiens et des professionnels en quête de reconnaissance et de compréhension de leur pratique. La définition proposée par les membres du Fascia Research Congress traduit bien ce changement de point de vue adopté par la science médicale au sujet de ce tissu :

*« Les fascias sont les tissus mous qui composent le tissu conjonctif omniprésent dans le corps humain. Ils forment une matrice continue en trois dimensions offrant un support structurel à tout l'organisme. Les fascias interpénètrent et entourent tous les organes, muscles, os et fibres nerveuses. Ils forment un environnement unique pour le fonctionnement des systèmes de notre organisme. Le champ de notre définition et de notre étude des fascias s'étend à tous les tissus conjonctifs fibreux et inclut les aponévroses, les ligaments, les tendons, les réticacula, les capsules articulaires, les membranes vasculaires et organiques, les méninges, le périoste et les fibres intra- et intermusculaires du myofascial. »<sup>27</sup> (International Fascia Research Congress).*

Cette définition a également le mérite d'attribuer au fascia une véritable identité tissulaire anatomique au même titre que les muscles, les organes, les os ou les articulations. Elle donne également une unité aux différentes pratiques du fascia et rend possible un langage commun entre tous les professionnels du fascia.

### 5.1.2 Émergence d'un nouveau paradigme

Cette dynamique internationale collaborative constitue un véritable corpus de connaissances qui pose les bases d'une véritable science des fascias, permettant l'élaboration d'un nouveau paradigme de référence pour les thérapies des fascias, et plus largement pour les thérapies manuelles et gestuelles. Elle inaugure également l'existence d'un groupement international de référence permettant d'accueillir et de favoriser la reconnaissance des praticiens et des chercheurs du monde entier qui intègrent spécifiquement le fascia dans leur approche thérapeutique.

---

<sup>27</sup> Traduction de la page « What About Fascia ? » extraite du site <http://fasciacongress.org/about.htm> : « Fascia is the soft tissue component of the connective tissue system that permeates the human body. It forms a whole-body continuous three-dimensional matrix of structural support. Fascia interpenetrates and surrounds all organs, muscles, bones and nerve fibers, creating a unique environment for body systems functioning. The scope of our definition of and interest in fascia extends to all fibrous connective tissues, including aponeuroses, ligaments, tendons, retinaculae, joint capsules, organ and vessel tunics, the epineurium, the meninges, the periosteum, and all the endomysial and intermuscular fibers of the myofasciae. »

L'ensemble des données scientifiques récoltées à ce jour constitue un champ disciplinaire nouveau qui donne aux techniques de thérapie des fascias et aux techniques d'ostéopathie ainsi qu'à la fasciathérapie une assise scientifique jusque-là insuffisante contribuant ainsi à renforcer l'identité professionnelle des praticiens. Les recherches sur le fascia viennent justifier scientifiquement des pratiques dont les principes théoriques et pratiques étaient jusqu'à ce jour élaborés sur la base de l'expérience clinique et de l'intuition de praticiens en avance sur leur temps (Still, Sutherland, Becker, Rolf, Bois). À ce propos, Chaitow souligne que la production nouvelle de connaissances importantes sur le fascia vient renforcer et confirmer les praticiens dans leur savoir-faire thérapeutique et constitue une valorisation de leur pratique qui les motive à se sensibiliser aux données issues de la science :

*« Une des surprises suite aux recherches actuelles sur le fascia (et il y en a énormément) est de constater que notre compréhension accrue des fonctions du fascia a peu changé la manière dont pratiquent les thérapeutes manuels - ou devraient faire. Au contraire, je crois, qu'une plus grande sensibilisation et compréhension des fascias aide la plupart des thérapeutes à faire ce qu'ils font déjà, de manière plus efficace, plutôt que de devoir réapprendre leurs compétences. »<sup>28</sup> (Chaitow, 2015).*

Il y a ainsi un sentiment que la science et la pratique s'enrichissent mutuellement et se complètent. On ne retrouve pas cette crainte ressentie par les kinésithérapeutes face aux exigences de l'Evidence Based Practice.

Notons également que ce champ d'investigation du fascia se situe dans une perspective intégrative puisqu'il favorise l'articulation entre médecine conventionnelle et médecine complémentaire. En effet, les recherches et les données sur les fascias répondent autant aux attentes des praticiens de la médecine conventionnelle qu'à celles des professionnels de la médecine non conventionnelle, comme cela est mentionné dans la page de présentation des fascias publié sur le site International Fascia Research Congress :

*« Les recherches internationales de plus en plus nombreuses sur le tissu fascial humain forment un corpus de connaissances intéressant un large public de professionnels impliqués dans les thérapies conventionnelles et alternatives, au service de patients souffrant de pathologies spécifiques ou de lésions du tissu fascial. »*

---

<sup>28</sup> « One of the surprising features resulting from current fascia research (and there is an awful lot of it) is how little our increased understanding of fascia's functions has changed what manual therapists actually do – or need to do. Rather, I believe, greater fascial awareness and understanding helps most therapists to do what they already do, more effectively, rather than having to relearn their skills. I have outlined a few examples of this here. »

Ces nouvelles connaissances contribuent à mieux comprendre les enjeux des différentes approches alternatives manuelles et gestuelles (Yoga, Pilates) : « *Les recherches récentes permettront d'approfondir la connaissance des mécanismes de nombreuses thérapies manuelles et de pratiques alternatives qui touchent, manipulent, pénètrent ou, plus largement, impliquent les fascias* ». <sup>29</sup> (International Fascia Research Congress, 2015). Cette perspective participe à dépasser les frontières séparant médecine conventionnelle et non conventionnelle.

Nous voyons ainsi certains praticiens en médecine physique conventionnelle dont Kwong (2014) adopter ces nouveaux savoirs scientifiques pour développer une autre compréhension des désordres musculo-squelettiques et procéder à une adaptation de leur traitement : « *Le Fascia est non seulement une structure, mais aussi un concept qui peut changer le point de vue sur la façon dont fonctionne le système musculo-squelettique* » <sup>30</sup> (p. 880-881). Cet auteur souligne l'intérêt que peut revêtir la fonction connective du système fascial pour aborder de façon globale et unifiée le système musculo-squelettique :

*« Les praticiens de médecine physique ont une occasion unique d'ajouter à la connaissance scientifique et clinique croissante le sujet du fascia, en particulier sur la façon dont ce réseau de tissu conjonctif peut s'appliquer en clinique aux troubles musculo-squelettiques. »* <sup>31</sup> (p. 875).

D'autres auteurs invitent également à poser un nouveau regard sur le système musculo-squelettique. Stecco (2004), par exemple, confirme le rôle majeur du fascia dans l'organisation et la coordination du mouvement et son implication dans les pathologies musculo-squelettiques. De par son implication dans ces pathologies, il convient d'agir sur les fascias afin de restaurer ses propriétés fonctionnelles affectées par les traumatismes, les efforts ou les stress. Ce chercheur en relevant les capacités uniques de réversibilité et d'adaptabilité du fascia sous l'effet du traitement manuel

---

<sup>29</sup> Traduction extraite de la page « What about fascia ? » du site <http://www.fasciacongress.org/about.htm> : « The expanding worldwide scientific research on the human fascial tissues forms a body of knowledge pertinent to a wide range of professionals engaged in conventional and CAM modalities who serve individuals afflicted with specific pathologies or injuries of fascial tissue. The latest research will further the mechanistic understanding of many manual therapies and CAM modalities which contact, mechanically manipulate, penetrate, or otherwise involve fascial tissues. »

<sup>30</sup> « Fascia is not only a structure but also a concept that can change one's perspective of how the musculoskeletal system functions. »

<sup>31</sup> « Physiatrists have a unique opportunity to add to the growing scientific and clinical knowledge about fascia, particularly about how this connective tissue network may apply clinically to musculoskeletal disorders. »

démontre l'importance d'aborder ce tissu dans le cadre de la thérapie ou de la rééducation du mouvement :

*« Le Fascia est le seul tissu qui modifie sa consistance en situation de stress (plasticité) et qui est capable de retrouver son élasticité lorsqu'il est soumis à la manipulation (malléabilité). Il coordonne les composants des unités motrices dans l'unité myofasciale et sert d'élément de connexion entre les articulations du corps. Le fascia et les muscles agissent comme grément qui garantit la verticalité de notre corps » (Stecco, 2004, cité par Findley, Chaudhry, Stecco, Roman, p. ).*

La connaissance du fascia et de ses différentes fonctions ouvre ainsi de nouvelles perspectives innovantes à la fois dans le traitement fonctionnel des douleurs, des pathologies musculo-squelettiques aiguës ou chroniques, du stress tissulaire et de l'inflammation et dans la rééducation proprioceptive et la réhabilitation du mouvement.

D'autres études démontrent ainsi l'implication du fascia dans les troubles musculo-squelettiques et notamment dans les lombalgies (Langevin, 2009, 2011, Tozzi, Bongiorno et Vitturini, 2010) ou encore dans la fibromyalgie (Liptan, 2010, Segarra, 2014, Dupuis, 2015).

L'évolution du regard scientifique sur le fascia a finalement conduit à faire évoluer les classifications des lésions musculaires : les lésions myoaponévrotiques (Bruchard, 2013) ou aponévrotiques (classification de Brasseur et Renoux, cité par Bruchard, 2015) ont remplacé les anciennes nomenclatures des lésions musculaires (Andrivet, 1970, Rodineau, 1990). On peut également évoquer l'implication majeure du fascia dans les mécanismes d'apparition des tendinopathies (Stecco, Cappellari A., Macchi V., Porzionato A., Morra A., Berizzi A., De Caro R., 2013).

S'il existe ainsi, un véritable consensus international autour du fascia on assiste surtout à l'élaboration d'une nouvelle approche du corps humain, de la physiologie, de la biomécanique et du mouvement. Certains auteurs (Simmons, Miller, Gemmel, 2010) avancent même l'idée que le fascia pourrait constituer un nouveau paradigme scientifique qui reconfigurera le champ des thérapies manuelles.

De nombreuses recherches sur le fascia (Findley, Chaudhry, Stecco, Roman, 2012 ; Willard, Vleeming, Schuenke, Danneels, Schleip, 2003, 2003a) ont par ailleurs confirmé la plupart des intuitions de D. Bois qui a été l'un des premiers à diffuser et à modéliser en France la fasciathérapie, thérapie manuelle ciblée sur le fascia. Dans ses premiers ouvrages (1984, 1985, 1995), D. Bois soulignait l'unité dynamique de fonction de ce tissu particulier :

*« Ainsi, l'être humain est une unité dynamique de fonction dont chaque partie est intégrée aux autres par cette membrane vivante qu'est le fascia ; ce dernier apparaît comme étant l'outil essentiel capable de transformer les individualités anatomiques en une unité fonctionnelle. C'est la raison pour laquelle une lésion ne peut jamais être isolée, localisée » (Bois, 1995, p. 39).*

Cette notion de continuité se retrouve aujourd'hui confirmée par la définition actuelle du fascia qui fait consensus au niveau international :

*« Le Fascia est le composant des tissus mous du tissu conjonctif système qui imprègne le corps humain formant un ensemble corps continu en trois dimensions de la matrice structurale de soutien (...). C'est une matrice viscoélastique qui enveloppe les muscles, les os et les organes formant un réseau continu à travers tout le corps »<sup>32</sup> (Findley, Chaudhry, Stecco, Roman, 2012, p. 67).*

La classification des fascias décrite dès 1984 par Bois (fascia superficiel, fascia aponévrotique, fascia axial profond, fascia dure-mérien)<sup>33</sup> est également très proche des descriptions anatomiques générales les plus récentes des fascias en quatre grands systèmes (superficiel, aponévrotique, méningé, viscéral) :

*« En utilisant un système de classification général, le système fascial est composé de quatre types fondamentaux. Le premier est le fascia panniculaire ou superficiel (Lancerotto et al., 2011) qui entoure le corps ; et le second est le fascia profond qui enveloppe le système musculo-squelettique. Ce dernier est également appelé fascia axial ou appendiculaire en raison de son emplacement (Willard, 2012). Le troisième est le fascia méningé qui entoure le système nerveux central ; et le quatrième est le fascia viscéral ou splanchnique qui tapisse les cavités du corps et les organes qu'elles contiennent. Ces couches fondamentales de fascia peuvent être considérées comme une série de tubes concentriques (Willard et al. 2011). »<sup>34</sup> (Willard, Vleeming, Schuenke, Danneels, Schleip, 2012, p. 3).*

La notion de « perturbation de la dynamique contractile élastique du fascia » a été également décrite dès 1990 par Bois pour expliquer l'effet d'un choc physique ou psycho émotionnel au niveau du fascia et inaugurer la pathologie : *« Plus précisément encore, nous pouvons dire que le fascia crée la lésion par sa crispation autonome, et que le périoste fixe la lésion par sa fonction d'amarrage de tous les fascias. » (Bois,*

---

<sup>32</sup> « Fascia is the soft tissue component of the connective tissue system that permeates the human body forming a whole body continuous three dimensional matrix of structural support (Fascia Research Congress 2007). It is a viscoelastic matrix which envelops muscles, bones and organs and is a continuous network throughout the body. »

<sup>33</sup> Bois D. (1984), Concepts fondamentaux de fasciathérapie et de pulsologie profonde, Editions Maloine

<sup>34</sup> « Using a generalized system of classification, the fascial system contains four fundamental types. First is pannicular or superficial (Lancerotto et al. 2011) fascia that surrounds the body; and second is deep or investing fascia surrounding the musculoskeletal system. This latter tissue has also been termed axial or appendicular fascia based on its location (Willard, 2012). Third is meningeal fascia investing the central nervous system; and fourth is visceral or splanchnic fascia investing the body cavities and their contained organs. These fundamental fascial layers can be envisioned as existing in a series of concentric tubes (Willard et al. 2011). »



1990, p. 45). Aujourd'hui les chercheurs évoquent l'existence d'une contractilité fasciale faisant du fascia un tissu vivant, actif et interconnecté avec le système nerveux (Schleip, 2003, 2003a). La présence de cellules contractiles (myofibroblastes) dans les tissus fasciaux sains et pathologiques (Findley, Schleip, 2007, Schleip, 2003, Schleip et al, 2005) témoigne de cette capacité d'adaptation du fascia aux contraintes internes et externes. Ainsi, on admet l'existence d'une contracture fasciale se produisant en dehors de toute contraction musculaire volontaire et rendant possible son implication dans certaines pathologies telles que les lombalgies et douleurs myofasciales.

La fasciathérapie MDB apporte également de son côté une contribution scientifique dans le cadre de cette dynamique de recherche internationale sur le fascia et notamment au niveau du lien entre le fascia et la vascularisation et leur incidence sur le stress (Bois, 1984, 1985, Quéré, 2004, 2010). Cette contribution a donné lieu à plusieurs publications dont deux ont été publiées dans des revues internationales et sont indexées sur la base de données biomédicale PubMed. La première étude<sup>35</sup> montre les effets positifs de la fasciathérapie sur le stress tissulaire et vasculaire (comparativement au massage et au repos) :

*« Nous avons validé l'hypothèse qu'il y a un lien direct entre le stress et l'altération de l'endothélium vasculaire sous l'effet des changements dans le flux sanguin. Nous avons établi que les effets du stress sur certaines parties du système vasculaire peuvent être inversés par une approche manuelle agissant sur l'artère, comme la fasciathérapie vasculaire. »*<sup>36</sup> (Quéré et al, 2009, p. 240).

Cette étude a fait l'objet d'une communication au premier congrès de recherche sur le fascia en 2007 (First Fascia Research Congress, Boston - Harvard Medical Center) par le Pr D'alessio.

La seconde étude<sup>37</sup> effectuée dans le prolongement de cette dernière aborde les mécanismes par lesquels les effets thérapeutiques de la fasciathérapie vasculaire (pulsologie) trouvent un substratum anatomo-physiologique. L'action sur le fascia

---

<sup>35</sup> Quéré N., Noël E, Lieutaud A. D'Alessio P. (2009), Fasciathérapie combinée avec la pulsologie induit des changements dans la turbulence sanguine potentiellement bénéfiques pour l'endothélium vasculaire. In Journal of Bodywork and Movement Therapy, doi:10.1016/j.jbmt.2008.06.012

<sup>36</sup> « We also validate the hypothesis that there is a direct link between stress and endothelial alteration through blood flow changes. Finally we establish that the effects of stress on the vascular target of stress can be reversed by a manual approach that addresses the artery in the way pulsotherapy does »

<sup>37</sup> Payrau B, Quere N., Bois D. (2011), Vascular fasciathérapie Danis Bois méthode : une étude sur le mécanisme de la pulsologie appliquée aux artères. In International Journal of Therapeutic Massage and Bodywork. Volume 4, Number 4, December 2011. Indexed in Medline

engendrerait ainsi de façon spécifique une modification de la tension des vaisseaux artériels. Cette recherche a fait l'objet d'un poster au 2<sup>ème</sup> congrès international de recherche sur le fascia en 2009 à Amsterdam (Second Fascia Research Congress, Vrije Universiteit, Amsterdam) et d'une publication dans une revue internationale indexée sur PubMed.

Nous trouvons également un apport scientifique sur le lien qui existerait entre le tonus du fascia et le tonus psychique (dénommé psychotonus Bois, 2006, Courraud, 2004, 2005, 2007, 2007a, Quéré, 2010). La fasciathérapie est une thérapie manuelle qui postule pour une unité du corps et de l'esprit. La notion de globalité anatomique et fonctionnelle a ainsi progressivement évolué pour s'étendre à celle de globalité ou d'unité corps-psychisme :

*« La conceptualisation de l'extension de la globalité physique et fonctionnelle à la dimension psychique est un processus qui s'est déroulé tout au long de l'histoire de la fasciathérapie et a trouvé un retentissement dans la pratique, en permettant au praticien d'offrir à son patient une prise en charge plus complète. » (Dutemple, 2012, p. 175).*

Ainsi, aujourd'hui, la fasciathérapie se définit plutôt, comme une thérapie centrée sur le patient car elle envisage davantage l'existence de cette interaction immédiate entre le corps et le psychisme à travers le psychotonus. Ce concept fait son entrée dans la communauté internationale puisqu'il a fait l'objet de quatre communications lors du 4<sup>ème</sup> international Fascia Research Congress (2015) et d'une publication dans l'ouvrage Fascia Research IV (Wearing, Schleip, Chaitow, Kingler, Findley, 2015). Ces publications montrent l'orientation actuelle de la fasciathérapie et son mode d'action spécifique sur l'interconnexion entre le fascia, le corps et le psychisme. Cela l'inscrit parmi les méthodes de traitement qui s'appuient sur les propriétés connectives du fascia et dont les effets portent plus particulièrement sur l'anxiété, les processus d'autorégulation somato-psychiques et sur les douleurs complexes impliquant des processus cognitifs et émotionnels.

La première étude présentée par Courraud et Lieutaud (Wearing et al, 2015, p. 327-328) est issue des premiers résultats de cette thèse et a été classée dans la catégorie « Nouvelles hypothèses sur le fascia ». Elle décrit le toucher psychotonique, sa méthodologie pratique (lenteur, point d'appui, neutralité-active), ses enjeux perceptifs et relationnels et ses impacts sur la pratique clinique chez une population de 238 masseurs-kinésithérapeutes. Les résultats montrent que ce toucher psychotonique est relativement facile à intégrer dans la pratique de la kinésithérapie (les dimensions perceptives étant

relativement plus faciles à intégrer que les dimensions relationnelles), qu'il améliore les différents secteurs de l'exercice professionnel (95% décrivent une amélioration de leur efficacité thérapeutique, 83% une amélioration de la relation avec le patient et 73% une amélioration de leurs compétences pédagogiques) et les différents domaines de prise en charge (96% décrivent une amélioration de la prise en charge de la douleur, 91% une amélioration de la prise en charge de la souffrance psychique et 84% une amélioration de la prise en charge de la qualité de vie et du bien-être du patient).

La seconde étude issue d'une thèse de doctorat en Sciences sociales de l'Université Fernando Pessoa réalisée par Rosier (2012) rapporte les effets de la fasciathérapie sur la récupération somato-psychique d'une population de 10 sportifs de haut-niveau (Wearing et al, 2015, p.186). Les résultats de l'analyse croisée des données qualitatives et quantitatives montrent un effet significativement positif des séances sur la douleur aiguë et chronique, la tension physique, la raideur musculaire mais aussi sur des dimensions psychologiques telles que les émotions, l'état intérieur, le niveau d'énergie et la tension mentale. Les analyses qualitatives ont permis de comprendre l'expérience subjective des participants sur le processus de récupération induit par les séances de fasciathérapie.

La troisième étude présentée par Dupuis (Wearing et al, 2015, p. 319) porte sur les effets de la fasciathérapie sur la douleur de patients souffrant de fibromyalgie (7 patients). Les résultats de l'analyse quantitative montre un effet non systématique sur la diminution de la douleur mais les analyses qualitatives rendent compte d'un impact positif sur l'état général (en particulier sur le sommeil, la fatigue, le comportement cognitif et social) et sur l'expérience du toucher psychotonique de la fasciathérapie (acceptation du toucher, atténuation des douleurs).

La quatrième étude présentée par B. Payrau (Wearing et al, 2015, p. 181) porte sur les effets de la fasciathérapie et d'autres approches non conventionnelles (réflexologie, hypnose, muscithérapie) sur la gestion du stress auprès d'une population de 315 patients à l'aide du questionnaire STAI<sup>38</sup>. Les résultats montrent une diminution significative de l'anxiété (score du STAI passant de 40,7 à 26,6,  $p > 0,0001$ ) après une séance de fasciathérapie de 40 minutes. Les effets de la fasciathérapie sont aussi

---

<sup>38</sup> State-Trait Anxiety Inventory

importants que ceux obtenus par l'hypnose et la réflexologie et plus importants que ceux obtenus par la musicothérapie et le groupe contrôle.

### 5.1.3 Différentes formes de thérapie manuelle des fascias

Ces découvertes sur le fascia intéressent les praticiens de ce tissu mais interpellent également les thérapeutes manuels qui ne s'intéressent pas directement à lui. Comme le souligne Chaitow (2015) toutes les techniques qui touchent ou mettent en mouvement le corps font intervenir de façon consciente ou inconsciente le fascia.

Dans une revue de littérature Simmonds et al considèrent comme admis qu'il existe deux formes de thérapie manuelle du fascia (Simmonds, Miller, Gemmel, 2010) :

- *Les thérapies manuelles dites « manipulatives » (joint-based)* forment un groupe de techniques communément utilisées par les chiropraticiens, les ostéopathes et les physiothérapeutes et qui consistent en des ajustements des articulations et des tissus mous environnants. Ces techniques sont caractérisées par l'application d'une vitesse élevée à faible amplitude (HVLA) grâce à une poussée ou un mouvement articulaire répétitif (mobilisations) ;
- *Les thérapies dites myofasciales encore appelées thérapie des « tissus mous » (« soft tissues »)* 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 appartient à ce courant des thérapeutiques du fascia avec qui elle partage des points communs mais aussi des spécificités.

Les auteurs de cette étude considèrent que le fascia peut être le « chaînon manquant » permettant d'expliquer les effets thérapeutiques de toutes les thérapies manuelles manuelles qu'elles soient manipulatives ou myofasciales. Ce chaînon manquant semble être une réaction biologique déclenchée par la manipulation du fascia : *« Il est proposé qu'un mécanisme biologiquement plausible peut générer une composante importante des effets observés de thérapies manuelles de toutes sortes, est*

*la stimulation thérapeutique du fascia sous ses diverses formes dans le corps. »*<sup>39</sup> (Simmons, Miller, Gemmel, 2010, p. 83). Notons que cette réaction expliquerait en partie les effets thérapeutiques constatés notamment sur la douleur et les troubles de la fonction par l'intermédiaire des fonctions nociceptives et proprioceptives de tous les fascias :

*« Le fascia (comme le tissu conjonctif en général y compris les enveloppes musculaires épi et péri-mysium) est biologiquement la source plausible de la nociception et de la mécanoréception qui est commune à toutes les thérapies manuelles. Les deux thérapies myofasciales et manipulatives stimulent le fascia dans ses différentes formes et à différents niveaux de profondeur. Dès qu'on exerce une pression sur la peau, les mécanorécepteurs des différentes couches vont être stimulés, initiant des réponses physiologiques et neurologiques complexes à la fois locales et globales »*<sup>40</sup> (Simmons, Miller, Gemmel, 2010, p. 90).

Ces propos vont dans le sens d'une explication neurobiologique manuelle qui rompt avec l'idée de l'action exclusivement mécanique attribuée aux différentes thérapies manuelles. Si pendant longtemps, les thérapeutes manuels ont considéré que leur pratique pouvait modifier la densité, le tonus, la viscosité ou la disposition des fascias par l'application d'une pression et d'une action manuelle, on s'oriente aujourd'hui vers une explication neurobiologique de cette action en particulier grâce aux travaux de Schleip (2003, 2003a). Selon cet auteur, la forme du fascia ne peut être modifiée par une action manuelle mais la main peut entraîner une auto-régulation locale et générale par activation du système nerveux central expliquant les sensations de relâchement perçues par le praticien :

*« Il semble plus probable que la manipulation ostéopathique des tissus mous stimule des mécanorécepteurs dans le ligament traité, qui ensuite induit une relaxation des fibres musculaires connectées (lisses ou striées) ; et cela est ressenti comme un "relâchement ligamentaire par le praticien." »* (Schleip, 2003a, p. 109).

Dans cette perspective, la thérapie manuelle a pour effet de stimuler l'activation de centres nerveux entraînant des processus d'auto-régulation interne locaux et

---

<sup>39</sup> « It is proposed that a biologically plausible mechanism which may generate a significant component of the observed effects of manual therapies of all descriptions, is the therapeutic stimulation of fascia in its various forms within the body. »

<sup>40</sup> « Fascia (as generalised connective tissue including its muscular wrappings as epi- and peri-mysium) is a biologically plausible source of nociception and mechanoreception which is common to all manual therapies. Both myofascial and manipulative therapies stimulate fascia in its various forms at varying tissue depths. As soon as any pressure is exerted on the skin, mechanoreceptors in the various layers will start to fire, initiating the complex physiological and neurological responses both locally and systemically. »

généraux engendrant un relâchement des fascias que le praticien peut percevoir manuellement.

Dans cette perspective, la dimension neurobiologique du fascia participe aux processus d'autorégulation mais cette vision ne rend pas compte du rôle sensoriel du fascia. En effet, c'est l'organe sensoriel le plus important de l'organisme par 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) et il est à ce titre impliqué dans les mécanismes de la douleur, dans la chémoception, la thermorégulation, la proprioception et l'intéroception :

*« Il semble que la fonction principale de ce réseau complexe de récepteurs tissulaires interstitiels est d'affiner la régulation du système nerveux et de la circulation sanguine selon les exigences locales, et que cela se fait via des liens très étroits avec le système nerveux autonome. »<sup>41</sup> (Schleip, 2003, p.17).*

Cette interaction fascia/système nerveux est reprise par des ostéopathes pour donner une explication scientifique et médicale de la lésion ostéopathique. C'est le cas de Renaudeau qui y voit :

*« De telles nouveautés, les liens peu connus jusqu'alors entre fascia et système nerveux, ne peuvent être ignorées, parce que réelles et concrètes, et aussi parce qu'elles redéfinissent la lésion ostéopathique, et réunissent les définitions existantes sous un nouvel éclairage. Elles touchent également de très près les définitions premières énoncées par Andrew Taylor Still. » (Renaudeau, 2012).*

Nous voyons que le fascia devient un tissu important dans les approches manuelles. En effet, indépendamment de l'explication neurobiologique, certaines études, dont celles de Chaitow (2013) montrent une implication de l'épaississement et de la densification du tissu conjonctif dans la dysfonction somatique entraînant des restrictions de glissement entre les différentes couches de fascia. Ce phénomène serait, selon cet auteur, à l'origine de la limitation des amplitudes articulaires et de la diminution de la souplesse tissulaire.

---

<sup>41</sup> « It seems that a major function of this intricate network of interstitial tissue receptors is to fine tune the nervous system's regulation of blood flow according to local demands, and that this is done via very close connections with the autonomic nervous system. »

Une revue de la littérature réalisée par Bordoni et Zanier, (2014) met l'accent sur le système fascial et ses propriétés (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) comme support d'explication des mécanismes d'action des différentes techniques ostéopathiques. Cette perspective invite à restaurer le glissement des différentes couches fasciales pour favoriser l'auto-régulation :

*« Le traitement ostéopathique du fascia implique plusieurs techniques, chacune visant à permettre aux différentes couches du système conjonctif à glisser sur l'autre, améliorant les afférences lors de dysfonctions »<sup>42</sup> (p. 1).*

Ces différentes données qui concernent la dimension neurobiologique du fascia (Schleip, 2003, 2003a), la qualité de l'épaisseur et la densité (Chaitow, 2013) ou l'intégrité des plans de glissement (Bordoni et Zanier, 2014) et qui sont mises par en avant par l'ostéopathie se retrouvent également dans la pratique de la fasciathérapie.

## **5.2 Une identité liée historiquement à l'ostéopathie et à la kinésithérapie**

Pour comprendre l'identité de la fasciathérapie MDB, nous rappelons le contexte dans lequel elle a émergé (identité héritée de l'ostéopathie) et s'est développée (ostéopathie et kinésithérapie) pour trouver son identité propre et sa spécificité dans le champ de la thérapie manuelle des fascias. Nous présentons également, Bois, fondateur de la fasciathérapie qui par sa démarche humaniste a orienté le développement de cette thérapeutique.

### **5.2.1 Une pratique associée à l'image et à l'exercice de la kinésithérapie**

La fasciathérapie est une pratique de thérapie manuelle qui fait partie du paysage de la kinésithérapie depuis maintenant plus de 30 ans. L'analyse des publications professionnelles montre à quel point la fasciathérapie est inscrite dans la kinésithérapie générant de ce fait une proximité identitaire entre la fasciathérapie et la kinésithérapie.

---

<sup>42</sup> « The osteopathic treatment of the fascia involves several techniques, each aimed at allowing the various layers of the connective system to slide over each other, improving the responses of the afferents in case of dysfunction »

Pour illustrer ce phénomène, voici quelques données recueillies depuis la création de la fasciathérapie en 1985 jusqu'à 2014.

On peut dater aux années 80 le développement de ces nouvelles thérapeutiques manuelles et on doit à cet effet, reconnaître la contribution essentielle de Bois à la diffusion et à la modélisation de la thérapie des fascias (Bois, 1984, 1985, 1989, 1990) et à l'élaboration d'un champ thérapeutique manuel conceptuel et pratique distinct de l'ostéopathie et adapté à l'exercice de la kinésithérapie. À partir d'une analyse de la revue professionnelle de kinésithérapie « Kiné Actualités »<sup>43</sup> effectuée sur la période 1982/1989 (Annexes 1 - Tableau 1) nous avons pu dater l'émergence de la fasciathérapie dans le champ de la kinésithérapie et constater que c'est d'abord sous le terme de *Gymnastique des fascias* (1982), de *Thérapie manuelle Originale des Fascias* et de *Techniques originales de fasciathérapie et de pulsologie* (1983) que la fasciathérapie fait son apparition dans le champ de la kinésithérapie<sup>44</sup>. Elle est à cette époque présentée comme une technique « ostéopathique » complémentaire à la kinésithérapie en raison de son approche exclusivement manuelle : « *La thérapie manuelle originale des fascias et de la pulsologie ou TMOFP s'inscrit dans le cadre de la kinésithérapie par son approche essentiellement manuelle* » (Bois, 1984a, p. 6).

Depuis 1985<sup>45</sup> date de la parution d'un premier ouvrage décrivant cette technique dans la littérature kinésithérapique, la fasciathérapie est devenue une approche enseignée dans le cadre de la formation continue des kinésithérapeutes par divers organismes de formation et une pratique régulièrement utilisée par les kinésithérapeutes dans leur exercice professionnel. Une enquête de pratique menée en 1998 dans le cadre de la préparation d'une conférence de consensus sur la prise en charge kinésithérapique de la lombalgie commanditée par l'Association Française de Recherche et d'Évaluation en Kinésithérapie (échantillon aléatoire non représentatif de 628 kinésithérapeutes) puis reprise en 2003 (sous la forme d'entretiens téléphoniques

---

<sup>43</sup> Revue hebdomadaire de kinésithérapie - [www.kineactu.com](http://www.kineactu.com)

<sup>44</sup> En 1982, on trouve dans les revues de KA n°1, 7, 12, l'apparition d'une formation en thérapie des fascias dans la kinésithérapie

En 1983, le terme formation de fasciathérapie-pulsologie est écrit dans KA n°43, 52 et un article sur kinésithérapie/ostéopathie/fasciathérapie donne les premières traces d'une thérapie fondée sur les fascias est réalisé dans le n°52

<sup>45</sup> Bois D. (1985), Fascias, sang, rythmes, complices dans les pathologies vasculaires, SPEK



auprès de 102 praticiens) illustre cet attrait pour cette approche (Trudelle, 2003). Cette enquête montre en effet que le nombre de masseurs-kinésithérapeutes ayant recours à la fasciathérapie à toutes les phases de la prise en charge de la lombalgie (aigüe, post-algique, stabilisée avec gêne) a été multiplié par 2 entre 1998 et 2003 (passant de 15 à 18% en 1998 à 33 à 37% en 2003 en fonction de la phase de traitement). La fasciathérapie est également citée dans le rapport édité par le Conseil National de l'Ordre des Masseurs Kinésithérapeutes (CNOMK, 2009, p. 118) que nous avons déjà évoqué, comme une des différentes « *modalité particulière d'exercice* » développée par les kinésithérapeutes interrogés<sup>46</sup>. Ces éléments indiquent clairement que la fasciathérapie est une technique et/ou méthode investie par des kinésithérapeutes qui en font un axe de développement de leur exercice professionnel.

Le syndicat professionnel « Objectif kiné », qui, de son côté fait de la création d'un acte exclusivement individuel une de ses revendications pour la valorisation et la promotion de l'exercice de la kinésithérapie, cite la fasciathérapie comme une des techniques spécifiques faisant partie de la profession et s'inscrivant pleinement dans cette politique :

*« Définition d'un acte exclusivement individuel, nécessitant une technique manuelle ou des méthodes spécifiques reconnues par la profession (exemples : Sohier, Mc Kenzie, Mézières, Thérapie manuelle, Thérapie manuelle neurodynamique, fascia thérapie, etc.), avec engagement du professionnel d'évaluer régulièrement son patient, assorti d'une méthodologie, répondant à un cahier des charges précis, tarifé en AMX XX, entre 20€ et 30€. »<sup>47</sup> (extrait du site Objectif Kiné).*

L'enquête-patients, menée par le site Kiné Skud<sup>48</sup> que nous avons précédemment évoqué et portant sur l'image que les patients ont de leur kinésithérapeute indique que 2% des patients interrogés disent connaître la fasciathérapie et l'associent à l'image du kinésithérapeute et à la pratique de la kinésithérapie :

*« Parmi les pratiques les plus connues, l'ostéopathie ressort nettement (30%) et reste associée aux compétences du métier pour 36% des personnes (contre un exercice exclusif pour 30% des patients). D'autres pratiques associées à l'image du masseur*

---

<sup>46</sup> Sondage en ligne réalisé en 2009 auprès d'une population de 3050 kinésithérapeutes soit 4,7% de la profession

<sup>47</sup> Site Objectif Kiné : <http://www.objectifkine.com/actions/compensation-de-la-degradation-des-conditions-de-travail/>

<sup>48</sup> Sondage réalisé auprès de 624 patients de masseur kinésithérapeutes entre le 2 août 2009 et le 10 juin 2010 par le site kinéskud : [www.kineskud.fr](http://www.kineskud.fr)

*kinésithérapeute ressortent comme sa compétence dans le milieu sportif (16%), la méthode Mézières (10%) ou la fasciathérapie (2%) » (Kiné Skud, 2010).*

On note également 24 articles sur la fasciathérapie méthode Danis Bois parus dans les différentes revues professionnelle et scientifique française depuis 2002 (Annexes 1 -Tableau 2 : Liste et dates des articles sur la fasciathérapie parues dans la presse professionnelle kinésithérapique). Les techniques de fasciathérapie sont également citées dans des ouvrages généraux de kinésithérapie comme une technique de kinésithérapie :

*« Technique utilisée en masso-kinésithérapie pour traiter le tissu conjonctif à ses différents niveaux d'organisation. C'est une technique passive, complémentaire des techniques de levée de tension musculaire, ayant pour but de redonner une mobilité de glissement à ce tissu d'enveloppe. L'approche se réfère à l'anatomie et à la biomécanique des tissus. Pour certains praticiens, l'approche est plus perceptive, basée sur un ressenti plus difficile à étayer ». (Barette, 2009, p. 249-250).*

Le propos de cet auteur aborde la fasciathérapie comme une technique agissant sur les différentes formes de tissu conjonctif. La fasciathérapie méthode Danis Bois envisage le traitement du fascia comme une méthode englobant les dimensions curatives, relationnelles, éducatives animées d'une philosophie d'inspiration phénoménologique.

Une recherche bibliographique récente (2015) sur KINEDOC<sup>49</sup>, base documentaire de la masso-kinésithérapie/physiothérapie francophone, donne un aperçu complémentaire des publications françaises dans le domaine de la thérapie des fascias : le mot clé « *fasciathérapie* » donne ainsi quarante-quatre résultats. Il faut noter que la majorité des publications référencées est constituée par des mémoires universitaires, des livres ou des articles professionnels portant sur la fasciathérapie méthode Danis Bois. Cette revue non exhaustive de la littérature professionnelle témoigne de l'intégration progressive et régulière des techniques de fasciathérapie dans la pratique de la kinésithérapie.

Ces informations témoignent d'une réelle socialisation de la fasciathérapie. Le terme *fasciathérapie* semble bien associé en France à l'image de la kinésithérapie tant du point de vue des patients que de celui des professionnels et d'une partie des représentants de la profession. Ces données contrastent avec l'avis du CNOMK évoqué plus haut et rendent compte de la complexité qui entoure l'exercice de la fasciathérapie.

---

<sup>49</sup> Recherche menée le 5 aout 2015 sur [www.kinedoc.org](http://www.kinedoc.org)

### 5.2.2 Une identité héritée de l'ostéopathie

En France, les thérapies des fascias les plus courantes (fasciathérapie MDB, fasciapulsologie, fasciapraxis) sont plutôt d'orientation « non-manipulatives », car issues de l'ostéopathie tissulaire développées par certains ostéopathes (Sutherland, Becker, Fryman). En France, elles présentent également la particularité d'avoir été élaborées par des kinésithérapeutes de formation ostéopathique, dont la volonté était d'inscrire ces approches dans le contexte légal de l'exercice de la kinésithérapie, qui à l'époque n'autorisait pas les techniques de manipulation articulaire ou vertébrale<sup>50</sup>.

La fasciathérapie méthode Danis Bois est ainsi une pratique dérivée de l'ostéopathie qui a été développée, sur la base des théories de Still fondateur de l'ostéopathie qui considérait que le fascia et le sang étaient les structures au sein desquelles s'organisait à bas bruit la pathologie :

*« La fasciathérapie et la pulsologie ont été fortement influencées par l'ostéopathie, et, notamment par la thèse stillienne “Dites où le flux sanguin est ralenti et je vous dirai où est la maladie” et “le fascia est l'endroit où il faut chercher la cause de la maladie”. » (Bois, 1985).*

Elle est également influencée par les travaux de Sutherland et de ses successeurs (Frymann, Becker) qui préconisent de faire appel à la force interne plutôt que d'utiliser des manipulations externes (Bois, 1984) :

*« (...) la notion de rythmes inhérents à l'organisme, émise par les Drs Sutherland, Becker, Frymann, offre une dimension holistique (relation corps/cosmos) à l'ostéopathie. C'est en cela qu'il existe des convergences évidentes entre l'ostéopathie et la TMOFP ». (Bois, 1984, p. 19).*

Les premiers concepts de fasciathérapie-pulsologie (Bois, 1984) sont ainsi très proches de ceux de l'ostéopathie :

*« Il faut dégager quatre grands concepts de cette approche du fascia dans le cadre de la TMOFP : l'être humain est une unité dynamique de fonction, l'activité rythmique involontaire de l'organisme est la condition de la vie et de la santé, la nécessité de préserver l'unité liquidienne régnant dans l'organisme, la nécessité impérative d'ouvrir les portes du système vasculaire » (Bois, 1984, p. 31).*

Toutefois, très rapidement, Bois se détache de l'ostéopathie en s'apercevant que sa pratique, au-delà de s'adresser aux structures physiques et anatomiques du corps concerne les patients dans leur unité somato-psychique : *« Avec l'ostéopathie, je soignais un organisme. Avec la fasciathérapie, je concernais la personne dans sa*

---

<sup>50</sup> Décret n°96-879 du 8 octobre 1996 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute – Article 7

*totalité somato-psychique* » (Bois, 2008, p. 9). Le fascia devient ainsi un moyen de lire et de traiter les empreintes des chocs physiques mais aussi psychiques subis par l'organisme :

*« Le fascia est véritablement le squelette psychique de l'individu, imprimant en lui tous les stress physiques ou émotionnels qu'il subit. Cela se traduit au niveau corporel par des crispations durables du fascia, créant des zones plus ou moins denses qui entravent sa mobilité. » (Bois, 1989, p. 85).*

Si la fasciathérapie est à l'origine proche de l'ostéopathie par son approche du fascia, de la vascularisation et par sa vocation à solliciter les capacités d'auto-régulation de l'organisme, elle s'en éloigne par deux aspects essentiels qui sont l'approche globale somatique et psychique du patient et le toucher relationnel :

*« En réalité, la fasciathérapie 'méthode Danis Bois' se distingue de la fasciathérapie classique par le fait qu'elle concerne la dimension somato-psychique de la personne de par son toucher relationnel très caractéristique. » (Rosier, 2013, p. 37).*

C'est dans ce contexte que la fasciathérapie s'est ensuite développée et a trouvé son identité au sein des thérapies manuelles ostéopathiques et kinésithérapiques.

La définition de la fasciathérapie s'est donc peu à peu imposée avec une évolution vers le champ des thérapies humanistes<sup>51</sup> qui placent le patient au centre de la démarche soignante fasciathérapie :

*« La fasciathérapie est une thérapie manuelle globale centrée sur le patient dont la visée est curative, relationnelle et éducative. Le geste thérapeutique associe une dimension clinique et relationnelle qui fait la spécificité de cette approche manuelle dans le champ des thérapies manuelles. Le kinésithérapeute trouve dans la fasciathérapie une approche globale qui s'adresse au fascia mais aussi à l'unité corps-psychisme. » (Courraud, Quéré, 2010, p.14).*

La fasciathérapie ne s'adresse ainsi plus seulement au fascia et à la pathologie mais s'adresse au patient en mobilisant ses ressources et ses potentialités pour le rendre actif et participatif au processus de santé. Elle ne s'identifie ainsi plus seulement par et à travers le fascia mais se définit par sa conception humaniste du soin.

Cette définition montre à quel point la fasciathérapie relève à la fois des sciences biomédicales et des sciences humaines. Elle est ainsi présentée aujourd'hui comme une approche qui rejoint les préoccupations de la kinésithérapie qui, comme nous l'avons

---

<sup>51</sup> Le terme humaniste développé plus particulièrement en psychologie et en éducation par C. Rogers et les psychologues humanistes américains renvoie à l'idée que le thérapeute crée par son attitude les conditions thérapeutiques pour que le patient accède à la totalité de son expérience et y trouve la réponse à sa problématique. Dans le domaine de la santé, la relation d'aide développée principalement dans le milieu infirmier est directement issue de la philosophie humaniste

évoqué, préconise le développement de pratiques éducatives au sein de l'approche curative et le développement d'un modèle global de santé :

*« La fasciathérapie s'inscrit pleinement dans le champ d'une kinésithérapie manuelle centrée sur le patient qui ne se substitue pas au patient mais qui au contraire sollicite sa participation active, perceptive, motrice et réflexive au traitement. La fasciathérapie est une thérapie manuelle qui mobilise les ressources et les capacités du patient pour faire face à la maladie. » (Courraud, Quéré, 2010, p.10).*

Au regard de l'évolution de la fasciathérapie, des identités de praticien différentes peuvent apparaître. Les praticiens les plus anciens ont été formés à une fasciathérapie à orientation plutôt curative alors que les plus jeunes ont vu leur formation être enrichie de cette dimension thérapeutico-éducative. Cela aura sans doute une influence sur notre enquête car nous avons interrogé une population de fasciathérapeutes ayant été formés à différentes époques.

Aujourd'hui, la fasciathérapie méthode Danis Bois ne peut pas se résumer à une technique mais ressemble plutôt à un système ou une méthode au sens où l'entendent Simmonds, Miller et Gemmell (2012) pour qui une méthode se repère par la possession d'une philosophie et d'une approche méthodologique diagnostique et thérapeutique caractéristique et distinctive.

### 5.2.3 Une identité marquée par son fondateur

Le terme fasciathérapie MDB renvoie à son fondateur, D. Bois qui comme nous l'avons évoqué a élaboré à partir de 1982, la fasciathérapie-pulsologie sur la base de son expérience de kinésithérapeute et d'ostéopathe. Au début des années 2000, il crée une nouvelle discipline, la somato-psychopédagogie<sup>52</sup> qui allie à la fois le domaine de la perception du corps et celui de l'apprentissage. Dans cette approche à vocation pédagogique, le corps n'est plus traité pour lui-même, mais devient une médiation privilégiée pour aborder la globalité de la personne, psyché comprise : *« La somato-psychopédagogie veut donc restaurer l'unité, le lien, entre psychisme et corps, entre pensée et ressenti, entre attention et action. »* (Bois, 2006, p. 10). Cette approche éducative va enrichir la fasciathérapie principalement dans son versant éducatif. De nombreux kinésithérapeutes formés à la fasciathérapie vont ainsi étudier la somato-

---

<sup>52</sup> Bois D. (2006). Le moi renouvelé, Introduction à la somato-psychopédagogie, Ed. Point d'appui

psychopédagogie pour s'enrichir de compétences et d'outils pratiques leur permettant de compléter leur offre de soins dans le domaine de la prévention et de l'accompagnement thérapeutico-éducatif des patients.

Dans la même période, il met au point la Psychopédagogie Perceptive, discipline fondamentale qui se définit comme une psychopédagogie du développement des potentialités humaines. Cette discipline repose sur le primat de la perception pour explorer les potentialités réflexives, comportementales, et relationnelles de l'être humain. En conséquence, les apports de la psychopédagogie perceptive éclairent les processus du déploiement de la potentialité humaine, à tous les âges de la vie.

Après avoir obtenu en 2007 un doctorat européen en Sciences de l'Éducation, il devient professeur cathédrique de l'Université Fernando Pessoa et directeur du Centre d'Étude et de Recherche Appliquée en Psychopédagogie Perceptive (CERAP) où il fonde avec son équipe de chercheurs le paradigme du Sensible qui tente de réhabiliter le corps sensible dans l'expérience et le développement des potentialités de la nature humaine : « *Notre projet fondamental est de contribuer à réhabiliter le corps sensible, en tant que dimension expérientielle et en tant que source de connaissances* » (Bois, Austry, 2007, p. 6) .

Depuis 2009, il se consacre principalement à la recherche et à l'enseignement universitaire. Son activité de recherche est tournée vers l'élaboration du paradigme du Sensible et en particulier vers les implications et les applications de ce modèle dans le domaine du soin et de la formation.

Sa biographie<sup>53</sup> relate un parcours de praticien et de chercheur, partagé entre les sciences médicales et les sciences humaines, qui permet de comprendre l'évolution de la fasciathérapie et son orientation humaniste. La fasciathérapie se situe en effet au carrefour du soin et de la formation en s'inscrivant dans un modèle global de santé qui place le patient au centre de l'approche soignante<sup>54</sup> (Bois, 2008) :

*« Le point commun à l'ensemble de mes activités se tient dans une conception résolument humaniste de l'accompagnement, de la formation et de la recherche, tournée vers le*

---

<sup>53</sup> Site personnel de D. Bois, <http://danis-bois.fr/> - page « Auto-biographie »

<sup>54</sup> Bois D., (2008). De la fasciathérapie à la somato-psychopédagogie : analyse biographique du processus d'émergence de nouvelles disciplines, in Réciprocités n°2, CERAP

*développement des potentialités de l'être, de la conscience et de la vie. (...) »<sup>55</sup> (extrait du site personnel de D. Bois).*

On se rend compte ainsi que si la fasciathérapie Méthode Danis Bois est à l'origine une thérapie manuelle du fascia, son identité s'est modifiée au fil du temps pour devenir une thérapie qui prend en compte le lien corps-psychisme puis une méthode pédagogique qui sollicite des processus d'apprentissage à médiation corporelle.

### **5.3 Caractéristiques et spécificités de la fasciathérapie MDB concernant la place du corps sensible et du toucher relation dans la construction identitaire**

Nous avons évoqué dans le chapitre consacré au nouveau paradigme du fascia les spécificités qui caractérisent la fasciathérapie MDB dans le contexte de la recherche internationale sur le fascia : son approche des fascias en phase avec les données récentes de la recherche et ses apports à travers son action sur la milieu vasculaire et sur la relation entre le corps et le psychisme. Ces éléments rendent compte des évolutions successives ayant conduit la fasciathérapie d'un paradigme thérapeutique à une approche plus globale centrée sur le patient.

Dans cette section, nous choisissons de présenter les caractéristiques spécifiques du corps et du toucher de la fasciathérapie et leur rôle dans la construction de l'identité professionnelle et personnelle. Ces éléments vont nous permettre de mettre en évidence les différences de point de vue sur ces deux piliers identitaires de la kinésithérapie (le toucher et le corps pouvant être considéré comme le « cœur de métier » de la kinésithérapie). Notre enquête interroge de façon précise les kinésithérapeutes sur leur expérience du toucher de fasciathérapie et sur le vécu du corps sensible (celui du patient et le leur) ainsi que la perception des enrichissements et des difficultés rencontrées au contact de cette expérience.

---

<sup>55</sup> <http://danis-bois.fr/> - page « présentation de Danis Bois »

### 5.3.1 La place du corps sensible et phénoménologique dans la fasciathérapie MDB

Tout comme l'ostéopathie, la fasciathérapie considère que le corps est vivant, qu'il est animé d'une force d'auto-régulation intrinsèque appelé force interne et qu'il est impliqué dans la soin : « *Notre corps tout entier doit s'unir au corps du malade et flotter rythmiquement avec lui* » (Duval, 1976, p. 60). L'ostéopathie de son côté considère ainsi que le corps a une conscience propre : « *(...) seuls les tissus savent. En eux se trouvent manifestée la connaissance absolue* » (Duval, 1976, p. 12). Ces principes contrastent avec ceux de la kinésithérapie qui réfutent l'existence d'une capacité du corps à s'autoréguler ou sa dimension holistique même si elle se revendique comme la seule pratique « *généraliste du corps* » (CNOMK, 2009) habilitée à explorer les différentes dimensions du corps (physique, social, culturel ou relationnel), qu'elle se définit comme une pratique basée sur le « corps à corps » et que les patients considèrent que ce « soin du corps » est un « soin de soi » (ONDPS, 2009, p. 13).

La fasciathérapie introduit de son côté le corps comme le primat de la relation à soi, aux autres, au monde et à sa santé. La thèse de doctorat<sup>56</sup> en Sciences de l'Éducation de Bois (2007) a proposé l'existence de différents statuts du corps (corps objet, corps sujet, corps sensible) et fait le lien entre enrichissement de la perception du corps et enrichissement de la perception de soi. Le corps sensible est ainsi défini comme un corps vivant à partir duquel une personne peut apprendre à mieux se percevoir et à relancer ses processus d'apprentissage :

*« Ainsi, quand nous parlons de corps sensible ou, plus précisément, de l'expérience du sensible, nous parlons d'un « corps de l'expérience, du corps considéré comme étant la caisse de résonance de toute expérience, qu'elle soit perceptive, affective, cognitive ou imaginaire. Une caisse de résonance capable tout à la fois de recevoir l'expérience et de la renvoyer au sujet qui la vit, la lui rendant palpable et donc accessible. » (Bois, 2007, p. 61).*

Cette notion de corps sensible est liée à la perception du mouvement interne qui en est la « perception fondatrice » (Bois, 2007) : « *Le contact avec le mouvement interne produit des changements intérieurs permanents, à travers lesquels on se découvre plus humain, plus proche de soi* » (Bois, 2006, p. 22). Ainsi ce mouvement interne est considéré à la fois comme une force d'autorégulation organique et psychique

---

<sup>56</sup> Bois D. (2007). *Le corps sensible et la transformation des représentations de l'adulte*. Université de Séville, Faculté des Sciences de l'éducation, Département didactique et organisation éducative



mais également comme l'expression de la dynamique d'actualisation et d'évolution du sujet.

Le corps sensible renvoie à une catégorie de vécus caractéristiques et reconnaissables rassemblés sous l'appellation de « spirale processuelle du rapport au corps sensible » (Bois, 2007). Ces différentes sensations corporelles sont susceptibles de reconfigurer le rapport de la personne à elle-même et de favoriser une prise de conscience de nouvelles manières d'être à soi : *« En effet, on découvre que ce qui peut être considéré comme une sensation corporelle est bien plus que cela, c'est une manière d'être à soi au contact du sensible, c'est une expérience vécue révélatrice de sens qui jusqu'alors nous avait échappé »* (Bois, 2007, p. 296). Ces différents vécus intérieurs renvoient simultanément à des perceptions physiques mais aussi à des dimensions identitaires (Figure 3) :

- la chaleur renvoie à une douceur, un sentiment de confiance, de sécurité de paix ;
- la profondeur renvoie à la sensation d'un contact avec la partie authentique de soi-même ;
- la globalité renvoie à la perception d'une unité anatomique et dynamique du corps, à une réunification du corps et du psychisme, à une sensation de contour identitaire et de relation avec l'environnement ;
- la présence renvoie à une sensation d'ancrage corporel associée à une présence à soi et aux autres plus équilibrée ;
- le sentiment d'existence.

Ces vécus spécifiques seront interrogés dans notre questionnaire car ils nous permettront de voir dans quelle mesure l'exercice de la fasciathérapie enrichit et modifie le rapport du praticien à son corps et au corps du patient.

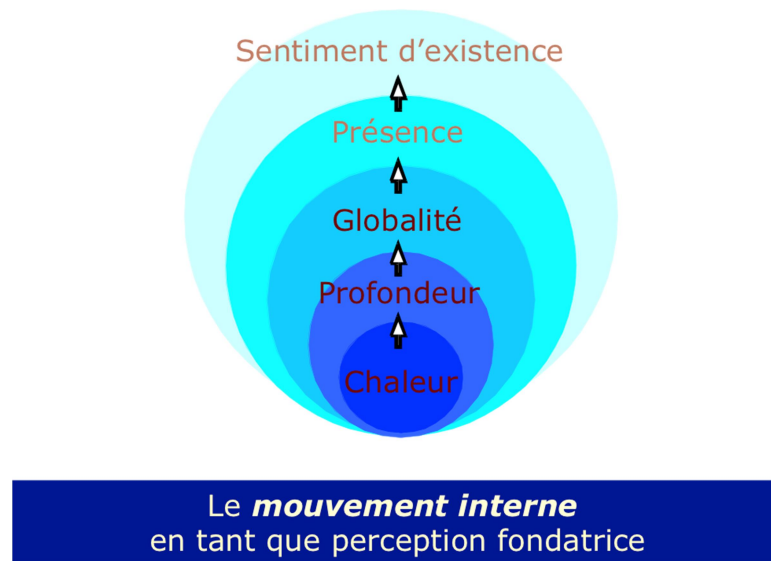


Figure 3 : La spirale processuelle du rapport au corps sensible (Bois, 2007)

Des recherches qualitatives menés auprès de patients suivis en fasciathérapie (Angibaud 2011, Bois, Bourhis, 2010, Bois et al, 2013, Courraud 2007, Duval 2010, Rosier, 2012) témoignent de l'intérêt de ces vécus et de ce type de ressenti corporel dans le développement de la santé perceptuelle et dans la découverte du corps comme lieu de ressource et d'actualisation des potentialités du patient, pour faire face à l'épreuve de la maladie. En sollicitant cette subjectivité corporelle, la fasciathérapie tend ainsi à s'inscrire dans le champ d'une éducation thérapeutique centrée sur le patient.

La perception de ce corps sensible est tout aussi essentielle pour le thérapeute qui prend appui sur ses perceptions internes pour capter les effets de son traitement manuel et adapter en temps réel son toucher :

*« Pour capter ces effets, le fasciathérapeute utilise une autre forme de perception que le tact, que nous appelons la perception du Sensible. En effet, le fasciathérapeute ne perçoit pas seulement avec ses mains, mais par la voie de son corps sensible. C'est avec tout son corps et dans son propre corps, qui fonctionne comme une caisse de résonance, qu'il capte les effets qui apparaissent chez patient. » (Rosier, 2012, p. 42).*

Des enquêtes qualitatives menées auprès d'étudiants en formation de somatopsychopédagogie et de fasciathérapie (Bois, 2007, Humpich, Le Floch-Humpich, 2009, Bourhis, 2012) ont montré l'importance de la découverte de ses sensations corporelles dans le développement de leur relation à eux-mêmes et à autrui ainsi que dans le déploiement de leurs habiletés perceptives manuelles.

Ainsi, nous avons introduit dans notre questionnaire une série de questions visant à interroger les participants à l'enquête sur le vécu de leur propre corps et du corps du patient en leur demandant ce qui, parmi les différents vécus du corps sensible, a été le plus nouveau et le plus enrichissant pour leur pratique professionnelle. Nous leur avons également demandé d'évaluer leur degré de difficulté ou de facilité à intégrer ces différentes facettes de l'expérience corporelle dans leur pratique professionnelle. De cette façon nous souhaitons identifier ce qui est le plus formateur mais aussi le plus facilitant ou le plus difficile pour cette population spécifique de kinésithérapeutes habitués à toucher et à utiliser leur corps dans leur exercice quotidien.

### 5.3.2 Fasciathérapie, toucher de relation et identité

Comme nous l'avons évoqué, le toucher constitue une dimension centrale de la kinésithérapie car il est le moyen privilégié d'instaurer un contact relationnel avec le patient. La dimension relationnelle du toucher se retrouve aussi dans l'ostéopathie, qui elle aussi, se définit comme une thérapie centrée sur le patient en raison de l'importance attribuée à la relation entre le praticien et son patient :

*« L'ostéopathie met l'accent sur le lien dynamique étroit qui existe entre ces facteurs et l'importance de la relation patient-praticien dans le processus thérapeutique. C'est une forme de thérapie centrée davantage sur le patient que sur la maladie. »<sup>57</sup> (Barry, Falissard, 2012, p. 17).*

Dans ce champ des pratiques manuelles, la fasciathérapie se caractérise, de son côté par le fait qu'elle fait appel dans un même geste à l'association d'un toucher symptomatique et d'un toucher de relation :

*« La fasciathérapie est une discipline qui repose sur un double paradigme : elle associe une prise en charge clinique de plaintes physiques des patients par des touchers symptomatiques à une prise en charge de toute la personne grâce au toucher de relation. Le toucher symptomatique repose sur une connaissance pointue de l'anatomie, de la physiologie et de la pathologie du système humain et sur un savoir-faire du kinésithérapeute/fasciathérapeute (...). En outre, le toucher de relation repose sur la capacité du thérapeute à entrer en relation avec sa propre intériorité et à installer, à partir de son intériorité, une relation avec le patient sur base d'une empathie, (...). La qualité humaine du praticien dans la relation à autrui devient donc tout aussi importante que sa technique, (...) ». (Rosier, 2012, p. 38).*

---

<sup>57</sup> « Benchmarks for Training in Osteopathy » (OMS 2010) traduits en Français par l'Union Fédérale Ostéopathes de France - [http://www.osteofrance.com/actualites/media/pdf/ufof\\_Rapport\\_OMS.pdf](http://www.osteofrance.com/actualites/media/pdf/ufof_Rapport_OMS.pdf)

La dimension relationnelle du toucher, associée à la prise en compte de la dimension subjective du corps dans la pratique de la fasciathérapie, ont eu pour effet d'orienter les kinésithérapeutes pratiquant cette approche vers des domaines de prise en charge qui nécessitent une approche globale et somato-psychique, tels que le traitement de la fibromyalgie, le champ de la santé mentale, l'accompagnement de la qualité de vie des patients ou l'activité sportive. Comme nous l'avons précédemment présenté, une étude exploratoire sur la fasciathérapie et la fibromyalgie (Dupuis, 2012) rend compte de l'action positive de la fasciathérapie sur la douleur pendant la séance, sur le sommeil et sur la gestion de la douleur. Une autre étude exploratoire sur les patients en soins palliatifs (Poirier-Coutensais, 2008) a également pu montrer des résultats encourageants sur la qualité de vie des patients (amélioration du sommeil, de l'anxiété, du stress principalement). Une thèse de doctorat de médecine (Devulder, 2008) a montré l'intérêt de la fasciathérapie et son intégration dans des programmes de prise en charge de patientes anorexiques orientées vers le développement de la « conscience corporelle » et du « sentiment de sécurité ». Enfin, des recherches sur la fasciathérapie et son application dans le domaine du sport ont montré l'impact de ce toucher sur les processus de récupération somato-psychique chez des sportifs de haut-niveau (Rosier, 2012) ou sur la mobilisation des ressources attentionnelles chez le golfeur (Lambert, 2013).

### 5.3.3 Le toucher de relation et ses différentes modalités

Nous ne développerons pas ici l'aspect symptomatique du toucher qui renvoie à des connaissances cliniques et anatomo-physiologiques qui ne seront pas interrogées dans cette recherche. Les techniques de fasciathérapie permettant d'agir sur les différents fascias (superficiels et profonds) articulaires, viscéraux et crâniens sont décrites de façon précise dans les différents ouvrages professionnels (Bois, 1984, 1985, 1990, Bourhis, 1999, 2005, Courraud, 1999, 2003, 2004, 2008, 2014, 2014a, Eschallier, 2005, Quéré, 2004).

Nous avons donc choisi de cibler notre rédaction sur la dimension relationnelle du toucher car elle constitue l'identité du toucher de la fasciathérapie :

*« Ce toucher de relation constitue le “toucher de base“ de la fasciathérapie : il permet d'entrer en relation avec le patient, de construire une relation et de se mettre à l'écoute des forces internes de l'organisme. Le toucher de relation constitue donc un moyen de se centrer sur le patient » (Courraud, 2007, p. 41).*

Lorsque nous parlons de toucher de relation (Austry, 2009, Austry, Berger, 2011, Bois, 2006, Courraud, 2007, 2007a, 2008a, 2009, Bourhis, 2007, 2012), nous faisons référence à un dialogue tissulaire ou langage non verbal qui s'établit entre le corps du patient et la main du thérapeute :

*« L'entretien tissulaire suscite la confiance du corps et devient pour le fasciathérapeute un moyen de rendre la parole au corps, d'entendre ce qu'il a à dire » (Courraud, 2008a, p. 183)<sup>58</sup>.*

Ce toucher écoute et répond à la demande profonde du corps donnant au geste thérapeutique sa justesse et sa singularité.

L'acquisition du toucher relationnel passe en premier lieu par un enrichissement des capacités perceptives manuelles. Le modèle des trois mains (main effectrice/main percevante/main sensible) qui rend compte de ce processus d'apprentissage évolutif du toucher a fait l'objet de plusieurs publications (Bourhis, 2007, 2012, Courraud, 2007, Rosier). Dans mon mémoire de mestrado en Psychopédagogie Perceptive (Courraud, 2007), j'ai ainsi établi un lien entre ce modèle et le niveau de présence et de qualité relationnelle du toucher :

*« Ainsi, la main effectrice demande avant tout un engagement technique, la main percevante recrute une qualité de présence plus attentionnée, la main sensible engage le praticien dans une implication plus totale sur la base d'une inter-réciprocité actuante » (Courraud, 2007, p. 64-65).*

Ce toucher relationnel recouvre un ensemble de modalités opératoires (suivi du mouvement interne tissulaire et point d'appui), posturales (capacité à s'intérioriser, à entrer dans la lenteur, neutralité active, réciprocité actuante, capacité à se laisser toucher) et perceptives (perception de la globalité, de la profondeur, de la demande du corps, de la modulation psychotonique) que le praticien doit apprendre et intégrer dans sa pratique :

- Le suivi dynamique interne tissulaire qui accompagne les différents mouvements du tissu (orientation, amplitude, vitesse, cadence, résistance, etc...) et le point d'appui qui consiste à stopper le tissu « *au bon endroit, au bon moment et avec la bonne pression* » sont les deux phases du traitement manuel. À travers ce toucher, le praticien écoute le mouvement tissulaire, l'accompagne et sollicite la force d'autorégulation interne (ou modulation psychotonique).

---

<sup>58</sup> « A entrevista tissular, ao suscitar a confiança do corpo, se torna para o fasciaterapeuta um meio de dar a palavra ao corpo, de ouvir o que ele tem para dizer. »

- La lenteur et l'attitude d'intériorisation du praticien (yeux fermés) favorisent la perception en temps réel des mouvements tissulaires qui varient et évoluent au fil du traitement ainsi que la capacité à adapter le geste thérapeutique à tout instant. Dans ces conditions dites « extraquotidiennes » (Bois, 2007), le praticien accède à une gamme de perceptions qui lui permettent de faire un bilan et d'évaluer les effets de son geste. Il devient ainsi capable de percevoir en même temps la zone qu'il traite et les parties du corps qui sont concernées par son geste via le jeu des fascias (perception de la globalité et de l'étendue tissulaire). Il peut également accéder à des sensations de profondeur, de volume et de mouvance interne. Ces sensations lui donnent la capacité d'écouter et de répondre à la demande silencieuse du corps.
- La posture relationnelle spécifique à ce toucher repose sur la maîtrise de la neutralité active et de la réciprocité actuante (Bois, 2006, Courraud, 2007, Bourhis, 2007, 2009, 2012). La neutralité active sollicite sans prédominance la capacité à laisser venir sous les mains les informations internes et à agir sur elles pour conduire le traitement. La réciprocité actuante implique de son côté que le praticien entre en résonance avec son propre corps et avec le corps du patient créant ainsi une forme d'empathie corporéisée.

La description de ces différentes modalités constitutives du toucher relationnel contraste avec le toucher kinésithérapique qui bien qu'étant considéré comme un mode privilégié de contact avec le patient ne nécessite pas un tel niveau d'intériorité, de présence ou d'implication. Elle met également à jour les défis que le kinésithérapeute doit dépasser pour assimiler le toucher de fasciathérapie.

#### 5.3.4 Impacts identitaires du toucher de relation

Dans sa thèse de doctorat, *Toucher manuel de relation sur le mode du Sensible et Intelligence sensorielle*, Bourhis constate, à partir d'une enquête qualitative menée auprès d'une population de somato-psychopédagogues (dont six masseurs-kinésithérapeutes formés à la fasciathérapie), l'impact existentiel et formateur de ce toucher de relation :

« (...) l'apprentissage du geste manuel technique engage de façon forte leur "manière d'être" (...). Plus encore, la sollicitation de leur implication dans le toucher est révélatrice de prises de conscience par rapport à leur profil psychologique, affectif et

*émotionnel, les obligeant à puiser dans leurs ressources internes, cognitives, émotionnelles et relationnelles » (Bourhis, 2012, p. 352).*

Le contact avec ce toucher relationnel impliquant fonctionne ainsi comme un prisme à travers lequel le praticien se dévoile, se découvre et se reconnaît :

*« Au-delà de la dimension technique des gestes faisant appel à une connaissance anatomo-physiologique précise, au-delà de leur enjeu thérapeutique, nous pourrions résumer la dynamique de découverte propre au cadre d'expérience de la relation d'aide manuelle à travers l'intitulé suivant : toucher pour connaître, être touché pour se reconnaître » (Bois, 2008, p. 101).*

Or cet aspect du toucher n'est pas familier du kinésithérapeute qui dans sa formation initiale n'est pas formé à la prise de conscience de son toucher et à la réflexion sur son action comme le montre la thèse de doctorat en philosophie de Samé (2009) interrogeant une population d'étudiants en kinésithérapie :

*« En n'ayant pas conscience que leurs mains ne sont pas des mains-outils, mais des mains-organes, des mains-conscience, ils perdent deux atouts : la connaissance de ce qui leur est extérieur, (le monde du toucher), et celle de ce qu'ils sont eux-mêmes. » (p. 167).*

L'acquisition du toucher de fasciathérapie s'inscrit pleinement dans cette perspective même s'il s'adresse à une population de praticiens ayant déjà une expérience professionnelle.

L'enquête menée par Bourhis (2012) nous renseigne sur la dimension formatrice de ce toucher de relation. Elle souligne ainsi que l'acquisition de ce toucher est à la fois mobilisateur de potentialités et en même temps révélateur de manières d'être et de comportements dans la relation.

Dans son analyse, Bourhis constate d'emblée que le suivi dynamique du mouvement interne tissulaire et le point d'appui manuel qui constituent le « savoir faire » de ce toucher sont indissociables du développement d'un « savoir-être » :

*« En réalité, si l'on se réfère aux témoignages, le « savoir faire » et le « savoir être » apparaissent entrelacés dans chacun des gestes proposés, et de la même façon, la posture et le geste technique semblent indissociables » (Bourhis, 2012, p. 317).*

Ces deux dimensions du toucher favorisent ainsi le développement de la capacité à percevoir des informations internes et à les discriminer, enrichissent la réciprocité, la qualité de présence et d'attention à soi et à l'autre ainsi que la justesse du toucher et la capacité à répondre à la demande du corps. On observe également un renforcement de la confiance en soi.

Ce mode de relation par le toucher est également susceptible de provoquer des difficultés tant pour les praticiens ayant une affinité avec l'empathie que pour ceux qui n'en ont pas. Il peut ainsi provoquer des prises de conscience de manières d'être dans la

relation comme le manque de confiance en soi, la tendance au contrôle, la difficulté à s'impliquer corporellement et psychiquement. Il révèle également des difficultés d'ordre attentionnelles : difficulté à percevoir simultanément des informations locales et globales, à se percevoir tout en percevant l'autre, à gérer la non prédominance entre agir et laisser agir et à assimiler des informations en perpétuel mouvement.

Le résultat global de cet apprentissage du toucher de relation est l'acquisition d'une intelligence sensorielle caractérisée par une aptitude à entrer en relation avec l'intelligence du corps (capacité à dialoguer avec le mouvement interne tissulaire), à mobiliser une intelligence perceptive et pré-réflexive (capacité à saisir les informations tissulaires immédiates, à les discriminer et à réajuster son toucher en temps réel) et à installer une relation de réciprocité (capacité à saisir ce qui se passe dans le corps du patient à travers la perception de ce qui se passe dans le propre corps du praticien).

Nous devons envisager que la pratique de la fasciathérapie en raison du toucher qu'elle convoque a un réel impact sur l'identité professionnelle (manière de réaliser le soin) mais aussi personnelle (prises de conscience de soi) du kinésithérapeute. Ce toucher joue ainsi probablement un rôle sur le développement des compétences relationnelles du kinésithérapeute, sur ses domaines d'intervention et son efficacité clinique mais aussi sur la perception de son métier (plaisir, satisfaction, motivation, valeur) et sur la perception de lui-même (conscience de soi, estime de soi, confiance en soi, relation aux autres). Il a probablement aussi une influence sur le mode de prise en charge du patient (individuel ou en groupe) et l'organisation de la séance (durée de la séance, conditions d'exercice).

Nous avons ainsi introduit dans notre questionnaire, sur le même modèle que l'expérience corporelle, une série de questions visant à interroger les enquêtés sur leur vécu de ce toucher. D'abord en leur demandant de citer les vécus les plus nouveaux et les plus enrichissants pour leur exercice professionnel puis en leur demandant d'évaluer leur degré de difficulté ou de facilité à intégrer les différentes modalités du toucher, précédemment décrites, dans leur pratique professionnelle. De cette façon nous souhaitons identifier ce qui est le plus formateur mais aussi le plus facilitant ou le plus difficile pour cette population spécifique de kinésithérapeutes habitués à toucher et à utiliser leur corps dans leur exercice quotidien.



### 5.3.5 La rééducation sensorielle et la biomécanique sensorielle : une méthodologie d'analyse et d'éducation du ressenti du geste

Pour terminer la présentation des caractéristiques de la fasciathérapie, soulignons que cette approche est une méthode mixte associant thérapie manuelle et thérapie gestuelle, à la manière de la masso-kinésithérapie qui se définit comme une thérapie du mouvement par le mouvement et le toucher. Nous avons peu développé l'aspect gestuel dans cette recherche car elle est le plus souvent présentée comme un complément de la thérapie manuelle. Ainsi nous avons seulement interrogé les enquêtés sur la part de leur activité consacrée à la rééducation. Toutefois, il nous paraît essentiel de présenter succinctement cette approche.

La rééducation sensorielle et la biomécanique sensorielle représentent la méthodologie pratique et le modèle d'analyse de la gestuelle utilisée par le praticien pour construire sa démarche éducative et rééducative. Cette approche s'inscrit dans la lignée d'une rééducation qui préfère au terme mouvement à connotation trop mécaniste et physiologique celui de gestuelle qui fait le lien entre mouvement, être humain et personnalité du patient :

*« Traiter le mouvement c'est être mécanicien, physicien ou simplement matérialiste. Traiter la gestuelle c'est considérer comment et pourquoi l'être humain bouge, c'est regarder la personne avant ses limites, c'est être avant tout réaliste » (Gedda, 2001, p. 4).*

Cette conception du geste ou de la gestualité impliquant la prise en compte du comportement moteur et du fonctionnement cognitif plutôt que le seul déplacement des segments dans l'espace rejoint les réflexions actuelles sur l'adéquation des modèles de rééducation avec les données actuelles de la science. On note ainsi que les modèles de rééducation centrés exclusivement sur la biomécanique sont amenés à évoluer pour intégrer de plus en plus le fonctionnement cognitif du patient et le contrôle moteur. L'effort cognitif est ainsi recommandé dans les exercices thérapeutiques proposés aux patients lombalgiques et douloureux chroniques, des études tendant à démontrer l'existence de liens entre lombalgie et déficits du contrôle moteur (les stratégies d'anticipation du mouvement semblent altérées) : *« Les lombalgies chroniques sont associées à un déficit des muscles moteurs du tronc se manifestant notamment par une altération des ajustements posturaux anticipateurs » (Fayt, 2010, p. 26).* On ne peut non plus exclure les données récentes sur le fascia qui comme nous l'avons évoqué joue un rôle central dans le fonctionnement musculaire, la coordination locale et globale du mouvement ainsi que dans la proprioception et la nociception. Certains auteurs

développent des manuels destinés aux professionnels de la rééducation et de la gymnastique tels que le Yoga ou la méthode Pilates pour expliquer que l'action sur le fascia peut expliquer certains effets thérapeutiques sur le corps et l'esprit (Myers, 2008, Stecco, 2014, Schleip, Baker, 2015). Un exemple d'application de la rééducation sensorielle auprès de patients lombalgiques a été décrit dans un mémoire de master en Psychopédagogie perceptive réalisé par P. Sercu, kinésithérapeute, ostéopathe et fasciathérapeute (2011) : on peut observer que la rééducation sensorielle a un effet bénéfique (diminution de la douleur, enrichissement de la perception du corps) auprès de patients souffrant de douleur aspécifique du dos.

Si l'on se réfère à la littérature (Berger, 1999, Bourhis, 1999, 2002, Noël, 2001, Leão, 2002, Bois, 2002, 2006, Courraud, 2002, Eschalié, 2010), la biomécanique sensorielle et la rééducation sensorielle sont présentées comme des modèles d'évaluation et de rééducation prenant en compte le rapport du patient à son mouvement et qui recrutent ses ressources perceptivo-cognitives (enrichissement des capacités attentionnelles et intentionnelles en lien avec l'action, accroissement de la conscience du geste et de l'unité sensori-motrice). Un premier article écrit par Bois (2002) mettait déjà en évidence l'importance de réduire la perception du mouvement et le pré-mouvement gestuel pour agir sur la représentation du mouvement et solliciter la plasticité cérébrale.

La rééducation sensorielle est ainsi d'abord une éducation de la conscience du geste ou de la perception du geste. Le but de ces techniques est d'amener le patient à poser son attention sur le geste et son déroulement, afin de prendre conscience de sa motricité, de sa tonicité, de ses postures et de ses habitudes : cette rééducation n'est pas normative mais plutôt formative. Elle repose sur des principes psychopédagogiques (auto-conscience, auto-évaluation, auto-régulation, autonomisation). Le patient apprend progressivement à ressentir le geste juste et à modifier consciemment ses postures et ses gestes. Cette forme de rééducation s'inscrit pleinement dans le champ de l'éducation à la santé, dans le domaine de la prise de conscience du corps, de la rééducation du schéma corporel et de l'image de soi.

La biomécanique sensorielle est un modèle d'analyse du mouvement qui prend en compte la dimension subjective du mouvement. Elle repose sur l'étude et la classification des mouvements selon leur cohérence articulaire, leur globalité et leur association en schèmes de mouvement. La biomécanique sensorielle est l'étude du

mouvement vécu et conscient, c'est une analyse du mouvement en 1<sup>ère</sup> personne qui s'inscrit dans la lignée des recherches portant sur le mouvement humain comme on le retrouve dans la danse et l'éducation somatique. La thèse de doctorat de Leao (2002) permet de comprendre le domaine dans lequel se situe ce courant du mouvement au carrefour de l'art, de l'expression et de la physiologie.

#### **5.4 La dynamique de professionnalisation de la fasciathérapie MDB**

Comme nous l'avons évoqué, la fasciathérapie MDB s'inscrit depuis son origine dans le champ de la formation continue professionnelle des masseurs-kinésithérapeutes bien que celle-ci soit remise en question depuis 2012 et l'avis du CNOMK. Elle n'est donc pas considérée comme un métier ni comme une profession ni comme une spécialisation voire une spécificité de la kinésithérapie. Toutefois, nous avons vu que la fasciathérapie possède son propre paradigme, une identité de pratique et des savoirs spécifiques lui donnant l'apparence d'une méthode plutôt que d'une technique. On peut ainsi estimer que la fasciathérapie MDB est dans une dynamique de professionnalisation bien que toujours en recherche de son identité professionnelle.

Cette partie permet d'objectiver les principaux « traits professionnels » qui caractérisent la fasciathérapie et son mouvement de professionnalisation à travers l'existence d'une association professionnelle, d'une formation spécialisée dans le domaine et d'une démarche d'évaluation scientifique. Rappelons en effet que la professionnalisation d'une activité (au sens fonctionnaliste) repose sur plusieurs points :

- une organisation de personnes qui se regroupent autour de pratiques communes et de cadre déontologique ;
- avoir une réelle spécialité en termes de pratiques et de paradigme ;
- proposer un service à la société répondant à une demande ou à un besoin ;
- se déclarer professionnel de cette activité et avoir une pratique et des règles de travail décidées ensemble ;
- s'appuyer sur des connaissances scientifiques et pas seulement sur des pratiques et théories empiriques ;
- gagner sa vie grâce à ce métier ;

Rappelons également que cette dynamique professionnalisation est une caractéristique des groupes qui cherchent à faire reconnaître leur identité professionnelle en s'organisant collectivement.

#### 5.4.1 L'évolution de la formation en fasciathérapie : professionnalisation et universitarisation

La formation à la fasciathérapie a subi des évolutions depuis sa création tant dans son appellation (intitulé des formations), que dans son contenu (durée et organisation), que dans sa reconnaissance (formation continue des masseurs-kinésithérapeutes) et son statut (universitarisation) (Tableau 6). Ces données sont importantes car elles correspondent à des époques différentes qui ont une influence sur la manière dont les kinésithérapeutes peuvent s'identifier.

Entre 1984 et 2000, la formation de fasciathérapie est à visée professionnelle et est réalisée par des formateurs indépendants. Il existe toutefois une unité des programmes et de la durée de formation qui se déroule sur 3 années qui comprend 6 stages par an. Cette formation délivre à l'époque le certificat de fasciathérapie MDB. Une formation « post gradué » de 2 années (comprenant 5 stages par an) portant sur des thèmes spécifiques (fasciathérapie du sport, gymnastique sensorielle, pathologies chroniques) est proposée et délivre le diplôme privé « Méthode Danis Bois » après réalisation d'un mémoire de fin d'études. Des stages d'approfondissement sont proposés pour continuer le perfectionnement et l'amélioration des connaissances et de la pratique.

À partir de 2000, la fasciathérapie MDB est enseignée au sein de l'organisme privé Point d'appui créé à partir du regroupement des différents formateurs indépendants. La formation de fasciathérapie prend un tournant puisqu'elle devient officiellement inscrite dans le champ de la « formation continue en masso-kinésithérapie ». Point d'appui est adhérent à la Charte de Qualité des Organismes de Formation en Kinésithérapie (aujourd'hui appelé Syndicat des Organismes de Formation Adhérents à la Charte - SOFAC) et les programmes font l'objet d'une prise en charge annuelle au titre du FIF-PL (cf chapitre 4.3.4). En 2002, la durée de la formation est diminuée et divisée en 2 cycles de 2 années comprenant 5 stages par an : le premier cycle est consacré à la fasciathérapie et le second à la pulsologie et à la rééducation sensorielle.

À partir de 2005, la formation de fasciathérapie délivre un Diplôme universitaire<sup>59</sup> grâce aux partenariats académiques signés par Point d'appui successivement avec l'Université Moderne de Lisbonne (UML-Portugal) en 2004 et avec l'Université

---

<sup>59</sup> Cursus universitaire libre de fasciathérapie

Fernando Pessoa de Porto (UFP-Portugal)<sup>60</sup> en 2008. La durée de la formation évolue et passe à 4 années, le diplôme universitaire de fasciathérapie est intégré à la formation et est délivré lors de la 4<sup>ème</sup> année après la rédaction d'un mémoire de fin d'études. Ces partenariats ont également pour conséquence d'ouvrir une passerelle universitaire aux kinésithérapeutes français vers des cursus de deuxième cycle : Mestrado en psychopédagogie perceptive<sup>61</sup> (programme de Master dans la nomenclature française), Mestrado en kinésithérapie sportive (3120 heures totales, soit 120 crédits ECTS) et Doctorat en Sciences Sociales option Psychopédagogie (180 crédits ECTS).

Ainsi, parmi les 482 kinésithérapeutes formés à la fasciathérapie au sein de Point d'appui depuis 2000<sup>62</sup>, 113 sont titulaires d'un Diplôme Universitaire de Fasciathérapie et 53 ont pu poursuivre leurs études vers le niveau Master 2 et doctorat<sup>63</sup>. Cette évolution vers l'universitarisation de la formation professionnelle semble être importante pour les kinésithérapeutes qui comme nous l'avons évoqué y trouvent un vecteur de valorisation et de reconnaissance de leur formation et de leur exercice (cf chapitre 4.3.3).

Tableau 6 : Synthèse des qualifications de fasciathérapie délivrées entre 1984 et 2002 (durée de formation/nombre de stages/nombre d'heures)

<b>Qualifications</b>	<b>Durée de la formation</b>	<b>Nombre de stages</b>	<b>Nombre d'heures</b>
Certificat de fasciathérapie (1984-2002)	3 années	18 stages	441
	2 années	10 stages	245
Diplôme Méthode Danis Bois (1984-2005)	5 années	24 stages	588
	4 années	20 stages	490
Diplôme Universitaire de fasciathérapie (2005-2012)	4 années	20 stages	490

Notre échantillon étant composé de professionnels ayant des qualifications différentes (Certificat, Diplôme privé, Diplômes Universitaires), nous pourrions voir le rôle joué par celles-ci sur la manière dont les kinésithérapeutes se définissent.

<sup>60</sup> Site de l'Université Fernando Pessoa : <http://www.ufp.pt/>

<sup>61</sup> Déclaration d'ouverture déposée le 15 janvier 2009 auprès du Ministère Portugais de la Science, de la Technologie et de l'Enseignement Supérieur.

<sup>62</sup> Chiffres 2011 Point d'appui : nombre de kinésithérapeutes formés depuis 2000 dont 50 MK "étrangers" (Suisse, Belgique et Espagne) et 36 médecins

<sup>63</sup> À noter que le premier DU de Fasciathérapie date de 2005 et le premier Master de Psychopédagogie Perceptive de 2004

Depuis 2012 la formation de fasciathérapie n'est plus enseignée par Point d'appui mais par sa filiale FasciaFormations-Pro, toutefois, notre enquête ne portant que sur la période où la formation était délivrée par Point d'appui, nous n'avons pas décrit les évolutions qui sont apparues après 2012.

#### 5.4.2 Existence d'une association professionnelle de kinésithérapeutes pratiquant la fasciathérapie

Les professionnels de la fasciathérapie MDB se sont regroupés depuis 1995 au sein de l'Association Nationale des Kinésithérapeutes-Fasciathérapeutes (ANKF)<sup>64</sup>. Ses membres sont, soit des masseur-kinésithérapeutes diplômés d'état, soit des médecins ayant validé leur cursus de formation en fasciathérapie MDB. L'adhésion à cette association n'étant pas obligatoire, elle ne rassemble donc pas tous les professionnels exerçant la fasciathérapie MDB. Ainsi, en 2012, cette association comprenait 211 membres actifs.

Cette association professionnelle s'est donnée plusieurs objectifs<sup>65</sup> : s'organiser autour de valeurs et de références communes et partagées, défendre et faire valoir son identité professionnelle au sein de la kinésithérapie, informer et communiquer auprès des autres professionnels et du public, mettre à disposition des praticiens les données les plus actuelles de la science, favoriser la recherche et participer à des groupes de réflexion ou d'intérêts. L'ANKF a ainsi organisé ou été partenaire de neuf congrès professionnels ou scientifiques depuis sa création :

- Thérapie et mouvement, 1<sup>er</sup> congrès international Méthode Danis Bois, Paris, 2001
- Congrès Européen de fasciathérapie, Stress, Douleur, Souffrance, 2005, Bruxelles
- Premières journées de communication scientifique sur la fasciathérapie, 2006, Ivry-sur-Seine
- 1<sup>er</sup> Symposium de fasciathérapie et kinésithérapie, 2010, Paris
- Fascia Congress Brussels 2012 – Research and therapeutic application, 2012, Bruxelles (Belgique)

---

<sup>64</sup> L'ANKF, association type loi de 1901, regroupe les professionnels de la fasciathérapie méthode Danis Bois qui veulent défendre et promouvoir la qualité de leur exercice

<sup>65</sup> Site ANKF : [www.ankf.fr](http://www.ankf.fr)

- Congrès des 20 ans de l'European College of Fasciotherapy, « La perception corporelle, une valeur ajoutée à la kinésithérapie » 2014, Bruxelles (Belgique)
- Congrès de l'ANKF, « Fascia, Sport et récupération », 2014 Paris (France)
- Partenaire du 4<sup>ème</sup> Congrès International de Recherche sur le Fascia, Basic Science and Implication for Conventional and Complementary Health Care, 2015, Washington (USA)
- Congrès des 20 ans de l'ANKF, 20 années de recherche et de pratique, 2015, Clermont-Ferrand (France).

Elle guide aussi les adhérents dans leur pratique professionnelle en mettant à disposition un guide d'exercice qui les informe sur les différentes façons d'exercer la fasciathérapie dans le contexte de la kinésithérapie (exercice conventionnel, non conventionnel, mixte) tout en leur laissant le libre-choix du mode d'exercice. Cette position ne permet pas de définir un profil-type d'exercice de la fasciathérapie mais plutôt des modes d'exercice spécifiques variés qui à ce jour restent peu connus. Une enquête interne à l'ANKF menée en 2004 indiquait à l'époque que 84% des adhérents exerçaient la fasciathérapie MDB dans le cadre de leur exercice conventionnel montrant ainsi que cette pratique était intégrée à la kinésithérapie conventionnelle. Cette recherche devrait nous en dire un peu plus sur l'évolution du mode de pratique, sa compatibilité avec l'exercice conventionnel et sur les éventuels changements opérés par les kinésithérapeutes dans leur cadre et mode d'exercice pour pratiquer la fasciathérapie (création de cabinet, exercice individuel ou en groupe, exercice hors convention, allongement de la séance, etc...).

L'existence de cette forme associative nous semble témoigner d'une volonté commune d'un certain nombre de praticiens de faire reconnaître leur exercice de la fasciathérapie dans le champ de la kinésithérapie. Plus encore, l'association des termes Kinésithérapeute et Fasciathérapeute dans l'intitulé de l'association est, selon nous, une forme de déclaration d'une nouvelle identité professionnelle. Nous pouvons ainsi considérer qu'il existe au sein de la population des kinésithérapeutes exerçant la fasciathérapie un groupe engagé dans une dynamique collective de reconnaissance de leur identité de fasciathérapeute. Nous estimons également qu'il existe probablement d'autres praticiens qui tout en exerçant la fasciathérapie ne sont pas impliqués dans cette reconnaissance personnelle et collective. Ces données nous ont incité à demander aux enquêtés d'indiquer comment ils se percevaient ou se présentaient professionnellement

en choisissant parmi trois propositions : kinésithérapeute, kinésithérapeute-fasciathérapeute ou fasciathérapeute. Nous avons également intégré dans notre questionnaire des questions sur la motivation à adhérer à l'association afin de déterminer le sens que celle-ci porte collectivement.

Il est à noter que ce modèle d'organisation de la fasciathérapie MDB (centres de formation et associations professionnels) existe également dans trois autres pays :

- en Belgique : la fasciathérapie MDB est dispensée par l'European College of Fasciotherapy (ECF<sup>66</sup>). La formation est intégrée à la formation continue des kinésithérapeutes et les kinésithérapeutes pratiquant la fasciathérapie sont organisés au sein d'une association professionnelle : De beroepsvereniging van Belgische en Nederlandse fasciatherapeuten methode Danis Bois, (BFmdb)<sup>67</sup>
- en Suisse : la fasciathérapie est dispensée par l'École Suisse de Fasciathérapie<sup>68</sup> qui bénéficie du label eduQua (label qualité des institutions de formations continues)<sup>69</sup>. La fasciathérapie est référencée par la fondation suisse pour les médecines complémentaires (asca)<sup>70</sup> et il existe une Association Suisse des Fasciathérapeutes<sup>71</sup>
- au Brésil : la fasciathérapie est dispensée par la structure Fasciaterapia, Educação perceptiva do movimento <sup>72</sup> qui est aussi l'association des professionnels exerçant cette pratique.

#### 5.4.3 Développement d'une dynamique de recherche et d'évaluation de la pratique

Dans le contexte de l'évolution de la kinésithérapie et face à l'exigence de développer une évaluation des pratiques professionnelles, le groupe des kinésithérapeutes exerçant la fasciathérapie s'est engagé dans une dynamique de recherche depuis 2004 grâce à la création du Centre d'Étude et de Recherche Appliquée en Psychopédagogie perceptive de l'Université Fernando Pessoa (CERAP/UFP) dont la

---

<sup>66</sup> Site European College of Fasciotherapy : [www.fascia.be](http://www.fascia.be)

<sup>67</sup> Site de l'association des fasciathérapeutes belges : <http://www.fascia.be/nl/beroepsvereniging/>

<sup>68</sup> Site École Suisse de Fasciathérapie : [www.fasciatherapie.ch](http://www.fasciatherapie.ch)

<sup>69</sup> [http://www.eduqua.ch/002alc\\_01\\_fr.htm](http://www.eduqua.ch/002alc_01_fr.htm)

<sup>70</sup> <http://www.asca.ch/Home.aspx>

<sup>71</sup> Site de l'Association Suisse des Fasciathérapeutes : <http://www.asfascia.ch/>

<sup>72</sup> Site : <http://www.fasciaterapiaepm.com/>



vocation est de mener des programmes de recherche dédiés à l'étude du développement des potentialités perceptives de l'être humain et à son application dans les domaines de l'éducation, du soin et de l'expressivité. Le CERAP est spécialisé dans l'étude de la subjectivité corporelle et privilégie l'utilisation de méthodologies qualitative et compréhensive d'inspiration phénoménologique. Le recours aux approches mixtes croisant méthodes qualitatives et quantitatives est également privilégié dans l'évaluation de la fasciathérapie.

Si comme nous l'avons évoqué, la promotion d'une recherche basée sur les preuves et calquée sur la recherche biomédicale et pharmaceutique est indispensable<sup>73</sup>, il n'en reste pas moins que la kinésithérapie n'est pas une science médicale stricte, et la validation des techniques telles que la thérapie manuelle qui relève autant d'un « savoir faire » que d'un « savoir-être », fait problème. Le récent rapport sur l'efficacité de la pratique ostéopathe illustre bien toutes les difficultés qu'il y a à mener des essais cliniques de qualité pour apporter les preuves de l'efficacité d'une technique : manque d'homogénéité des groupes et des patients inclus, variabilité des praticiens en terme de formation et d'expérience, impossibilité de double « insu » rendant difficile la validation de l'efficacité de l'ostéopathie sur des pathologies telles que la lombalgie ou la thérapie du nourrisson (Barry et Falissard, 2012).

Il est sans aucun doute probable que l'appui sur des méthodologies de recherche donnant place à la subjectivité est souhaitable, afin de faire ressortir la dimension qualitative du soin. Or il s'avère que la kinésithérapie actuelle privilégie la recherche clinique, sans doute, comme nous l'avons évoqué pour répondre à son ambition de reconnaissance de profession médicale :

*« Pour la kinésithérapie, la prise en compte de son efficacité se heurte, dans notre environnement actuel, aux priorités données à la recherche clinique. L'apologie du chiffre n'est pas toujours compatible avec la recherche liée au subjectif. Or le subjectif peut s'objectiver » (Matillon, 2002, p.6).*

La recherche qualitative en santé n'est pas encore développée dans la kinésithérapie française même si elle est citée comme une méthodologie qui a son intérêt dans la recherche en kinésithérapie :

---

<sup>73</sup> Le CNOMK préconisait dans son rapport le développement d'une « kinési-dynamie » à l'instar d'une recherche en « pharmaco-dynamie »

*« La recherche qualitative est importante pour la physiothérapie. Elle est aussi scientifique mais complémentaire à la recherche quantitative et est capable d'apporter une conceptualisation de la pratique professionnelle » (Schoeb, 2012, p. 91).*

D'autres chercheurs dans le domaine du massage et de la thérapie manuelle militent pour le développement des méthodologies de recherche qualitative ou mixte centrées sur le patient pour valider les aspects de la thérapeutique manuelle qui ne sont pas mesurables, mais qui sont tout aussi importants, comme le processus de traitement, les effets non spécifiques de l'expérience globale du patient, la relation "patient-praticien" ou encore les vécus des sujets à propos de leurs expériences de soin (Kanika et al, 2008).

Les recherches sur la fasciathérapie MDB menées dans le cadre du CERAP s'inscrivent dans cette perspective et ont pour objectif de comprendre les impacts et les spécificités de cette approche. Ainsi, les enquêtes qualitatives menées auprès des patients (Angibaud, 2011, Courraud, 2005, 2007, Duval, 2009, Sercu, 2011, Dupuis, 2011, Rosier 2013, Fellmann, 2013) ont pu mettre en évidence les effets non spécifiques et généraux de la fasciathérapie qui développe la perception de soi (sentiment d'existence), agit sur la sphère psychique (relâchement, diminution de l'anxiété et des tensions somato-psychiques, sentiment de bien-être), sur la douleur (diminution de la douleur physique et des tensions psychiques) et développe des compétences éducatives (changements du rapport à la santé, du regard sur soi, sur la maladie, et des attitudes et des comportements).

D'autres recherches portent sur la construction historique de certains concepts de la fasciathérapie et sur l'analyse de la pratique : le concept de fascia dans la fasciathérapie (Quéré 2010), l'évolution du concept de globalité (Dutemple, 2012) ou l'émergence et l'évolution du point d'appui (Marty, 2012) ou encore l'étude de la pratique de la fasciathérapie auprès de femmes enceintes (Barbier-Godard, 2013). Enfin, on relève également des recherches qui portent sur l'analyse de la pratique

Les praticiens de la fasciathérapie commencent ainsi à disposer d'un référentiel de pratique fondé sur la recherche leur permettant non seulement d'orienter leur pratique mais aussi de renforcer leur image et leur identité professionnelle. En développant une recherche jusqu'ici centrée sur le patient, la fasciathérapie se trouve aussi dans une situation marginale par rapport à la kinésithérapie, comme l'atteste l'avis du CNOMK qui ne retient pas ce type de recherche pour évaluer la scientificité d'une pratique.

Toutes ces informations nous amènent à considérer qu'il existe une identité collective de la fasciathérapie MDB. La fasciathérapie n'est pas une technique mais une méthode qui possède une philosophie du soin que l'on peut qualifier de centrée sur le patient, philosophie que l'on retrouve également dans la démarche de recherche. Elle possède également un savoir théorique et pratique spécialisé qui tout en étant en phase avec la recherche et l'évolution des connaissances sur le fascia se caractérise par la dimension relationnelle et globale somato-psychique du toucher. Elle rejoint ainsi la conception et l'idée d'une kinésithérapie qui valorise le toucher et la prise en charge individualisée du patient dans son exercice. Toutefois, le mode d'exercice, l'implication du corps et du toucher spécifiques de cette approche semblent pouvoir impacter l'identité professionnelle et personnelle du kinésithérapeute.

L'existence d'un groupe associatif, d'un corpus de connaissance et d'une dynamique de recherche sont l'expression d'une prise de conscience de l'importance de se regrouper pour construire un savoir et une pratique commune gage de professionnalisation et de professionnalisme de cette activité.

Cette partie théorique nous a permis de mieux comprendre l'identité professionnelle d'un point de vue général et les formes qu'elle peut prendre. Elle nous a également permis de mettre en évidence les différences d'identité entre la kinésithérapie que l'on peut ranger dans les professions et la fasciathérapie que l'on classe dans les activités. L'enquête va maintenant nous permettre de mieux comprendre l'articulation entre kinésithérapie du point de vue des pratiquants et mettre en évidence les impacts de la pratique de la fasciathérapie sur l'identité professionnelle d'une population de kinésithérapeutes exerçant cette méthode.



**Deuxième partie :**

**Champ épistémologique  
et pratique**

## **Chapitre III. Cadre épistémologique de l'étude**

### **1. Une recherche sociologique impliquée**

La conduite de cette recherche s'inscrit dans le cadre épistémologique de la sociologie, puisque son objet central est l'étude d'un groupe social. Le projet est de mener une enquête sur le groupe particulier des kinésithérapeutes-fasciathérapeutes afin d'en faire émerger les composantes et les caractéristiques cachées qui déterminent leur identité professionnelle. En étudiant de la sorte, au sein de la profession de kinésithérapeute, le groupe des praticiens qui se réunissent autour du générique « fasciathérapie », cette recherche se situe encore plus précisément dans le champ de la sociologie des professions. Au sein de ce domaine particulier, nous nous intéressons plus particulièrement au processus de professionnalisation du kinésithérapeute. En effet, notre intérêt est de documenter le contexte de mutation, de reconfiguration identitaire, qui peut surgir lorsque le kinésithérapeute intègre dans son métier et dans son cadre quotidien les acquis de sa formation de fasciathérapie. Ce processus de reconfiguration identitaire s'inscrit dans le processus global de tout individu qui engage une démarche de professionnalisation.

Pour mener à bien ce type de recherche en sociologie, l'outil d'investigation qui fait référence est l'enquête (Paugam, 2010, p.1). Cet outil méthodologique à visée de recherche est indispensable pour faire émerger le sens caché des conduites et des comportements sociaux :

*« Une enquête en sciences sociales doit se donner les moyens théoriques et méthodologiques de découvrir les logiques sociales, les régularités cachées derrière les conduites des individus » (Desanti et Cardon, 2010, p.16).*

Notre projet entre bien dans ce cadre puisque nous visons, à travers l'enquête, de mettre à jour les différentes dimensions, formes et caractéristiques de l'identité professionnelle des kinésithérapeutes exerçant la fasciathérapie. Les informations

collectées doivent nous permettre de saisir la réalité objective cachée derrière cette identité sociale reconnue.

L'enquête que nous allons mener porte sur un thème qui touche et habite le chercheur que je suis, puisque je suis moi-même formateur et praticien en fasciathérapie et que j'ai vécu le processus identitaire d'articulation de l'exercice de la fasciathérapie avec celui de la kinésithérapie. Cette recherche est donc conduite depuis un point de vue de sociologue et de chercheur impliqué, qui recherche dans son étude une meilleure compréhension du milieu dans lequel il vit et évolue :

*« Les sociologues ne choisissent jamais totalement par hasard les thèmes de leur recherche (...) Les sociologues projettent presque inévitablement une partie de d'eux-mêmes dans les recherches qu'ils mènent. Ils ne se distinguent pas en ce sens de l'homme ordinaire qui essaye de mettre ses actions en harmonie avec le monde qui l'entoure tout en essayant de mieux le comprendre » (Paugam, 2010, p.11).*

Enfin, cette recherche s'effectue sur le terrain de mon expérience professionnelle et s'inscrit dans mon questionnement personnel. Dès lors, je me trouve dans une situation où la familiarité et la proximité avec le terrain peuvent rendre la recherche délicate et paradoxale. La proximité donne accès à un ensemble de composantes expérientielles et en même temps elle ne me met pas à l'abri des enjeux individuels et des partis pris. Nous avons tiré parti de cette position enchevêtrée et trouvé la façon d'adopter un point de vue impartial en nous appuyant sur la proposition de démarche d'objectivation participante de Bourdieu (2003), dont les principes directeurs sont résumés par Paugam (2010) : *« Le principe consiste non seulement à considérer l'objet d'études avec distance, mais de pratiquer aussi une distanciation à l'égard de soi-même face à l'objet étudié »* (p.13). Il s'agit d'une sociologie de l'intérieur qui nécessite un examen préalable et permanent des prénotions, du sens commun et des représentations du chercheur.

## **2. L'importance du chiffre en sciences sociales**

La recherche en sciences sociales repose sur l'enquête auprès de personnes en vue de comprendre mieux, d'étudier ou d'identifier des faits sociaux. Pour faire émerger un fait social, il est nécessaire de s'appuyer sur le nombre et le chiffre : *« Il faut savoir qu'une science sociale a besoin de la mesure, du chiffrage, du pourcentage pour évaluer et apprécier le caractère significatif ou non d'un fait social »* (Desanti et

Cardon, 2010, p.50). Une enquête significative sur le plan social passe ainsi par la quantification et l'étude à grande échelle : « *L'objectivation sociologique et statistique met à jour l'intervention de facteurs sociaux qui ne sont pas perceptibles à la conscience des individus* » (De Singly, 2008, p.22).

La réussite d'une recherche en sociologie quantitative repose sur la maîtrise du chiffre tant dans la phase de construction du questionnaire que dans celle de l'analyse des données recueillies : « *Aujourd'hui, savoir lire et produire des chiffres est considéré comme une des compétences à posséder pour les étudiants en sciences sociales* » (De Singly, 2008, p.8). Les chiffres ont ainsi plusieurs vocations et leur production peut avoir plusieurs visées distinctes. Le chiffre en lui-même ne dit rien, tout dépend du but dans lequel on veut le recueillir et la façon dont on l'interprète. Cependant les chiffres en sciences sociales ont un objectif très clair : ils permettent d'objectiver ce qui fonde les comportements et les conduites des individus mais qui ne dépendent pas d'eux et qui échappent à leur conscience. Cette posture est héritée de la sociologie expérimentale qui considère qu'il faut traiter les faits sociaux comme des choses. Le fait social échappe au sujet qui ne peut qu'accéder à des représentations sociales. La réalité sociale est ainsi extérieure au sujet et c'est à travers les chiffres que cette réalité objective peut transparaître et dépasser l'opinion :

*« Les chiffres, un des moyens privilégiés d'obtenir ce "détachement", dissolvent par sommation les différences individuelles considérés comme secondaires, et ne conservent que les régularités statistiques, témoins de l'action des facteurs déterminants » (De Singly, 2008, p.16).*

Les chiffres donnent accès à la généralité et non au particulier. La force du nombre est significative de lois générales et excède le cas particulier qui lui ne dit rien du général.

Schématiquement, De Singly (2008) distingue deux types de chiffres : le chiffre « descriptif » et le chiffre « explicatif ». Le Tableau 7 ci-dessous, élaboré à partir de son ouvrage *Le questionnaire*, met en évidence que la différence se situe dans la fonction que prend le chiffre. Cette différence de fonction et de destination du chiffre met en lumière ce qui distingue une enquête d'opinion d'une enquête à visée de recherche. Pour cet auteur, enquête sociologique et sondage d'opinion se différencient dans le chemin de la production d'un chiffre à la recherche d'une majorité :

*« C'est sur cette production d'une opinion majoritaire que se séparent le plus enquête sociologique par questionnaire et sondage d'opinion. La première ne cherche pas en effet à produire le chiffre qui parle de lui-même, elle veut avant tout rendre compte d'une*



*activité ou d'une opinion en dévoilant les facteurs qui influencent sur celle-ci » (De Singly, 2008, p.14).*

Ainsi donc en science, le chiffre ne saurait avoir une fonction strictement descriptive.

Tableau 7 : Tableau récapitulatif de la fonction des chiffres dans une enquête, d'après De Singly (2010)

Chiffres descriptifs	Chiffres explicatifs
1. Dénombrer : être le plus précis possible Important pour quantifier des populations (remembrement, audimat) Pourquoi compter ? Quel usage est fait du comptage ? Neutralité impossible - risque d'enfermement statistique – Variabilité du chiffre pour un même objet (ex : manifestants)	1. Rôle de la statistique : mise en évidence des faits sociaux et des facteurs qui les déterminent Dissocier l'individuel et le subjectif du social Rendre compte de l'impact du fait social sur l'individu Isoler les causes qui expliquent le fait social
2. Sonder : obtenir une opinion, un vote Aligner sur le suffrage universel, référence au système démocratique Les sondages expriment la voie du peuple et du nombre	2. Objectiver : le monde social est un monde inconnu pour le chercheur Rechercher la cause efficiente qui produit le monde social Etudier les raisons qui déterminent les conduites sociales Trouver les raisons extérieures et non les raisons intérieures
3. La loi du nombre ou l'effet production de « gros chiffres » Accéder à ce que pense ou veut le peuple Ne révèle pas les tensions, les luttes qui sous-tendent la société	3. Choix de la méthode : le but est de produire de la connaissance Le questionnaire favorise l'explication des conduites, l'entretien leur compréhension (Choix théorique et épistémologique)

### 3. L'enquête par questionnaire

Le sociologue dispose de deux outils méthodologiques pour mener son enquête : le questionnaire et l'entretien compréhensif. Le questionnaire est considéré comme la méthode quantitative alors que l'entretien relève de la méthode qualitative. Retenons que les deux méthodes peuvent se compléter et se chevaucher, le choix de la méthode dépendant essentiellement de la question de recherche et de l'objet que l'on souhaite étudier : « *L'entretien "est un fait de parole", il recueille un discours construit par l'enquête là où le questionnaire est un instrument de mesure et de saisie des données* » (Cardon et Desanti, 2010, p. 49).

Le tableau ci-dessous (Tableau 8) permet de mieux saisir les objectifs de ces deux méthodes d'investigation, leur exigence singulière et leur différence. Elles peuvent d'ailleurs grâce à ces différences se révéler extrêmement complémentaires. L'essentiel

étant de bien cerner le type de données que l'on souhaite recueillir et de vérifier si l'on veut quantifier pour faire émerger des régularités ou approfondir pour mieux comprendre certaines dimensions sociales. Dans les deux types d'enquête, il est nécessaire de développer des compétences et des habiletés méthodologiques qui permettront d'obtenir des données de bonne qualité, répondant à la question de recherche :

*« Il convient (...) de rappeler que la pratique de la recherche, qui engage l'enquêteur "corps et âme" sur des terrains d'observation et d'acteurs, suppose des savoir être et des savoir-faire pour instaurer des conditions de confiance et encourager la participation des personnes enquêtées » (Cardon et Desanti, 2010, p. 51).*

Tableau 8 : Distinctions questionnaire/entretien en sciences sociales

Questionnaire	Entretien
Evaluer le caractère significatif ou non d'un fait social – définir des régularités	Approfondir les expériences individuelles et le sens de celles-ci pour les individus – entrer dans les logiques des conduites individuelles et les comprendre
Nécessite un grand nombre d'individus	Peut se faire sur un petit nombre
Rapidité, gain de temps	Donne le temps aux personnes de se livrer
Réponses déterminées à l'avance et quantifiées – portrait simplifié de la situation	Rend compte de la complexité du réel et des situations
Demande des moyens matériels importants	Exige des qualités relationnelles
Risque de réponses superficielles et convenues	Révèle le sens des actions et des conduites ainsi que l'influence

Le choix de l'outil de recueil de données repose également sur une sensibilité théorique : cherche-t-on à expliquer ou à comprendre ? En sciences sociales, si on veut expliquer des conduites, on va utiliser le questionnaire alors que si on souhaite comprendre ces conduites et les processus qui les sous-tendent, on va plutôt utiliser l'entretien approfondi. Pour De Singly, le questionnaire doit être retenu sur la base d'une cohérence théorique et épistémologique : *« Le questionnaire doit être retenu si les effets de certains facteurs sociaux doivent être repérés » (De Singly, 2008, p.20).*

L'enquête par questionnaire permet de faire émerger des régularités qui ne se perçoivent pas de façon spontanée et de dégager des facteurs sociaux explicatifs d'un fait social. De Singly reprenant Bourdieu et Passeron estime que

*« l'enquête a pour ambition, d'expliquer ce que les acteurs font par ce qu'ils sont et non ce qu'ils disent de ce qu'ils sont. L'enquête doit appréhender l'identité sociale de ces individus – origine sociale, position sociale, diplôme, situation familiale notamment – pour établir un rapport de causalité entre une pratique établie et le milieu étudié » (De Singly, 2008, p.19).*

Dans le cadre de notre recherche, l'enquête par questionnaire est justifiée comme le souligne Parisot (2010) par le fait que nous interrogeons un grand nombre de personnes et que nous souhaitons rassembler une grande quantité de formation de nature à la fois objective et subjective. Cette enquête quantitative va aider à mettre à jour les contours de l'identité professionnelle des fasciathérapeutes tout en relevant les différences avec le métier de kinésithérapeute. Cependant, une telle procédure ne permettra pas de pénétrer profondément certains aspects de l'identité professionnelle ni de saisir le sens profond que les individus donnent à leur identité professionnelle. Sur un tel projet, on pourrait considérer nécessaire d'étudier les dimensions objectives de l'identité par voie de questionnaire et d'étudier plus finement l'identité subjective par des séries d'entretiens individuels.

Mais De Singly estime que l'enquête par questionnaire peut dans certains cas permettre d'explorer le vécu et le « dedans » des individus et de ce fait basculer dans une dimension de recherche compréhensive :

*« Des questionnaires d'aujourd'hui démontrent qu'ils prennent (ou peuvent prendre) en considération la manière dont les individus vivent leur propre situation » (De Singly, 2008, p.23).*

Cette approche est plus rare surtout quand elle aborde les questions relatives à l'identité car si les sociologues maîtrisent parfaitement l'approche quantitative pour aborder les aspects objectifs de l'identité (sexe, état civil, profession, etc...), il est plus rare et plus complexe d'utiliser une telle approche pour accéder au point de vue des personnes sur leur identité : *« En effet, si la description fine des appartenances objectives de rôle et de statut relève du savoir-faire depuis longtemps éprouvé de la statistique publique, permettre aux personnes interrogées de donner sens à leurs appartenances et à certains événements de leur trajectoire personnelle en faisant appel à leur subjectivité est une tâche innovante » (Crenner, Donnat, Guérin-Pace, Houseaux et Ville, 2006, p. 8).*

Construire un questionnaire qui interroge les impacts de la fasciathérapie sur l'identité professionnelle me paraît relever d'un tel défi car cette situation particulière intéresse précisément notre étude puisque, en s'intéressant à une population qui n'a jamais été étudiée d'un point de vue sociologique, elle porte une visée au moins partiellement compréhensive et descriptive.

## Chapitre IV. Devis méthodologique

### 1. Le questionnaire d'enquête

Choisir de recourir au questionnaire dépend du type d'enquête que l'on veut mener. Une enquête explicative s'appuie sur des questions qui sont plutôt fermées et qui servent à vérifier des notions révélées par la pré-enquête. Une telle enquête est ainsi appelée car elle doit apporter des réponses à une hypothèse explicative.

Pour embrasser cette forme d'enquête, nous devons considérer le délicat problème de la question de notre recherche qui n'est pas de nature hypothético-déductive :

*« Les hypothèses sont des affirmations provisoires qui établissent un lien entre deux paramètres en précisant le sens de la liaison et qui peuvent être soumises à un teste empirique » (Fenneteau, 2007, p. 42).*

Une alternative existe, proposée par Fenneteau (2007) qui considère possible de conduire une enquête à visée exploratoire ou descriptive en utilisant des questionnaires. Il convient dans ce cas que l'enquête réponde à une question exploratoire et non une hypothèse affirmative : *« Lorsque l'étude est de nature exploratoire ou descriptive, les questions de recherche sont moins précises » (Ibid., p. 42).* C'est la position que nous avons adopté dans cette recherche. En effet, sachant qu'aucune donnée initiale n'existait sur la population étudiée, l'hypothèse d'« une reconfiguration identitaire du kinésithérapeute sous l'effet d'une pratique de la fasciathérapie » aurait été présomptueuse et scientifiquement infondée. En revanche, questionner l'existence d'une reconfiguration procède d'une exploration qui peut être conduite par voie de questionnaire.

Enfin, pour toutes ces raisons, le questionnaire de l'enquête ne peut pas être un questionnaire existant, mais doit être construit pour aborder toutes les dimensions caractéristiques de la population à décrire. Le défi de construire un questionnaire sans savoir les dimensions à renseigner est contourné par notre appartenance sociologique au monde étudié. Mais cette appartenance en soulève d'autres, notamment de retenir des

questions non discriminantes ou partisans. La procédure de construction du questionnaire est donc une étape clé de notre recherche.

### 1.1 La construction du questionnaire

La construction d'un questionnaire relève d'une démarche méthodique et progressive dont l'objectif est d'opérationnaliser la question et la problématique de recherche pour recueillir des réponses des participants à l'enquête : « *Rédiger un questionnaire consiste à traduire les questions de recherche en indicateur puis, dans un second temps, en questions qui seront posées aux enquêtés* » (Parizot, 2010, p. 99).

Une fois cette étape réalisée, la mise en forme du questionnaire et sa mise en place relèvent également d'une démarche procédurale chronologique (Parizot, 2010, Berthier, 2010, Ghiglione et Matalon, 2002) : dresser la liste des questions, définir le mode d'administration et choisir la forme des questions.

Un questionnaire comprend nécessairement deux parties :

- une partie concerne l'objet de recherche (*variable dépendante*) : dans mon questionnaire, cette partie est constituée de questions portant sur différentes dimensions interrogeant le thème de la reconfiguration identitaire ;
- une autre partie est consacrée aux déterminants sociaux (*variable indépendante*) : cette partie est composée des questions relatives aux données signalétiques, aux titres et aux informations professionnelles ou de contexte.

La dynamique d'élaboration du questionnaire a été réalisée en trois étapes.

Nous avons d'abord réalisé une **pré-enquête bibliographique** et théorique en vue d'approcher l'objet de recherche et rendre le questionnaire opérationnel et efficace. Nous avons en particulier étudié les différentes enquêtes sociales réalisées sur la population des kinésithérapeutes dont nous avons extrait des questions qui nous ont servi pour la partie consacrée aux indications sociologiques (spécificité de kinésithérapie, mode d'exercice professionnel, durée des séances, etc...). Une partie de cette démarche s'est également faite en analysant les travaux de fin d'études (mémoires de praticiens menant une réflexion sur leur pratique) effectués par les professionnels en formation. En prenant en compte notre propre expérience du problème, nous avons pu, à partir de ce matériau théorique et expérientiel, *dégager des concepts clés et des notions permettant d'étudier l'objet de recherche.*

Cela nous a permis ensuite d'identifier plusieurs dimensions ou thèmes pouvant nous renseigner sur la question des reconfigurations de l'identité professionnelle. Nous en avons déduit une *suite logique allant du concept à la dimension puis aux indicateurs pour élaborer des questions* parfaitement adaptées à notre population enquêtée et à notre question de recherche.

## 1.2 Thématiques du questionnaire

Les thématiques retenues pour le questionnaire ainsi que leurs déclinaisons en indicateurs donnant lieu aux questions sont synthétisés dans la Figure 4.

Ainsi les problématiques de reconfiguration de l'identité professionnelle peuvent être déclinées en quatre grandes thématiques : le profil professionnel, les dimensions du changement professionnel, de l'identification professionnelle et des enrichissements professionnels.

**Le profil professionnel** regroupe toutes les informations signalétiques permettant de caractériser le répondant du point de vue de sa pratique professionnelle. On y trouvera

- les informations signalétiques de sexe, âge, et région d'exercice,
- les informations d'ordre socio-professionnelles sur la qualification en kinésithérapie et en fasciathérapie (diplômes et titres, formations, motivation, régime d'exercice professionnel, spécificités de pratique, participation à la vie professionnelle),
- les informations permettant de caractériser une pratique de fasciathérapie (part de l'activité, modalités d'application, nombre et durée des séances, forme de pratique, association à d'autres techniques, mode de consultation des patients)

**Les dimensions du changement professionnel** regroupent des informations relatives au cadre et conditions d'exercice (modalités d'exercice, nombre de patients, durée des séances, changement de la prise en charge, prise en charge dans des domaines nouveaux), à la patientèle (évolution du nombre de patients, changement de la patientèle, type de nouveaux patients) et aux difficultés rencontrées (liées au cadre d'exercice et aux spécificités d'exercice de la fasciathérapie)

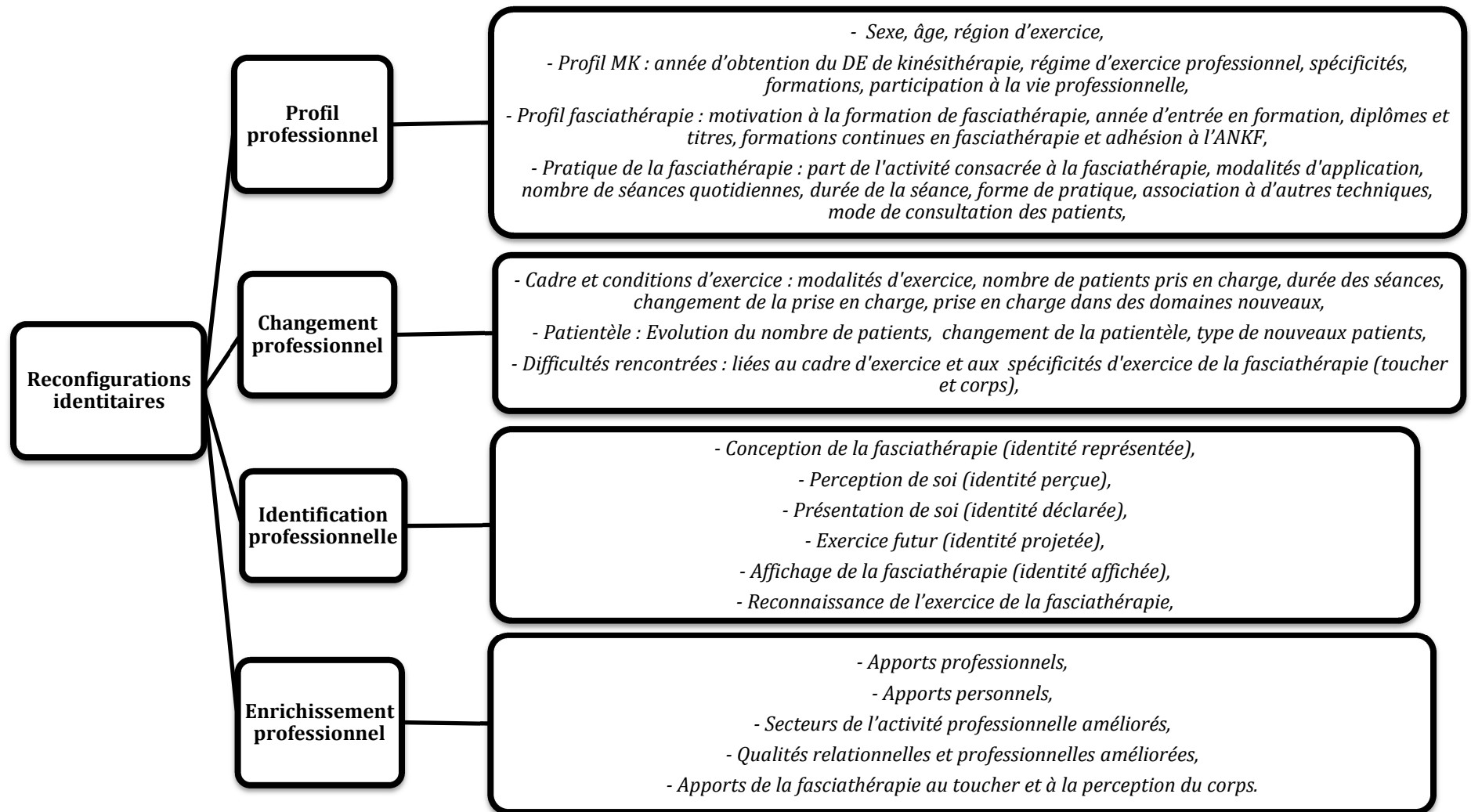


Figure 4 : Organisation générale du questionnaire (thèmes et indicateurs)

Celles concernant **l'identification professionnelle** regroupent des informations relatives à la conception de la fasciathérapie (identité représentée), la perception de soi (identité perçue), la présentation de soi (identité déclarée), l'exercice futur envisagé (identité projetée), l'affichage de la fasciathérapie (identité affichée) et la reconnaissance de l'exercice de la fasciathérapie.

Et enfin, les dimensions renseignant les **enrichissements professionnels**, telles que les apports professionnels et personnels, les secteurs de l'activité améliorés, les qualités personnelles et professionnelles améliorées, et les apports de la fasciathérapie au toucher et à la perception du corps

### **1.3 Organisation et présentation générale du questionnaire**

Le questionnaire peut être consulté en annexe (Annexes 2 : Le questionnaire mis en ligne). Il contient des questions préliminaires ayant servi de filtre pour l'inclusion des répondants (voir Chapitre IV.2 population étudiée et population cible). Nous ne les avons pas inclus dans la présentation du questionnaire qui suit mais elles sont consultables en annexe (Annexes 2 : Le questionnaire mis en ligne).

### **1.4 Présentation du questionnaire**

Il n'est pas strictement organisé en fonction de l'organisation thématique telle qu'elle est présentée ci-dessus. L'ordre des questions a été choisi pour que le questionnaire soit fluide avec des questions qui se suivent pour respecter une logique et une cohérence. Le tableau de la structure du questionnaire, placé en annexe (Annexes 2 : Structuration générale du questionnaire et distribution des questions) permet toutefois de voir comment les questions renvoient aux différentes dimensions interrogées et à leurs indicateurs. Le questionnaire est donc organisé comme suit :

- La première partie concerne les données signalétiques des participants et porte l'intitulé « Identification de la population des kinésithérapeutes-fasciathérapeutes - Activité de kinésithérapie et mode d'exercice - De la kinésithérapie à la fasciathérapie »
- Les 3 autres parties concernent l'objet de recherche par lui-même et sont intitulées respectivement « Changements de la perception et de l'organisation du monde professionnel générés par l'exercice de la fasciathérapie (partie 2) », « Impacts de



l'exercice de la fasciathérapie sur la qualité de la vie professionnelle, personnelle et sociale (partie 3) », « Compétences et qualités professionnelles générées par l'exercice de la fasciathérapie (partie 4) ».

Le questionnaire comprend 72 questions réparties comme suit selon leur type :

- 29 questions à choix unique ou multiple ;
- 20 questions dont les réponses nécessitent une estimation de grandeur sur une échelle ;
- 6 questions nécessitant un classement hiérarchique des réponses ;
- 6 questions qui nécessitent une réponse chiffrée telle que l'âge ou les années de diplôme ;
- 2 questions mixtes demandant une réponse textuelle et chiffrée ;
- 9 questions textuelles ayant pour objectif de nous renseigner sur des domaines qui nous sont moins familiers et sur lesquels nous voulons avoir plus d'informations comme les pathologies sur lesquelles la fasciathérapie est perçue comme ayant apporté une amélioration. Il aurait été impossible de lister toutes les possibilités de réponse. Nous avons limité ce genre de questions ouvertes et nous avons limité le texte des réponses par des consignes et en ne sollicitant pas l'opinion des individus mais en demandant des réponses simples et précises sur des thèmes n'invitant pas au discours.

### **1.5 Les échelles de réponse utilisées**

L'instrument de mesure de prédilection en psychométrie pour les questions interrogeant un degré d'adhésion à une proposition est l'échelle de Likert, qui est une échelle de jugement créée par Rensis Likert pour quantifier les attitudes des personnes. Son avantage est d'être additive, si bien qu'on peut en analyser les résultats comme une variable quantitative.

L'échelle de Likert de référence code de 1 à 5 un degré d'adhésion à des affirmations présentées sous la forme ordonnée de 'Pas du tout d'accord', 'Pas d'accord', 'Ni en désaccord, ni d'accord', 'D'accord' ou 'Tout à fait d'accord'. Le codage peut être visible sur une échelle de 1 à 5 avec indication sémantique des deux extrêmes, ou simplement sémantique et c'est alors l'analyste qui effectue la codification des réponses. Etant impaire elle présente donc une plage intermédiaire à 3 dite neutre.

Lorsqu'on souhaite éviter les réponses neutre, on adaptera une variante paire de cette échelle en codant le degré d'adhésion de 1 à 4.

L'usage courant aujourd'hui de l'échelle de Likert propose des degrés d'adhésion de 4 à 7. Il est possible d'étendre les degrés d'adhésion à 10 (échelle de 1 à 10). Mais les avis des analystes convergent pour dire qu'au-delà de 7 degrés d'adhésion, les personnes semblent changer de mode de réponse, ce qui va nécessiter une méthode d'analyse adaptée, voire une recodification. Ainsi, une échelle en 10 degrés d'adhésion pourrait être résumée à 4 classes de réponses : un désaccord ou des valeurs très faibles pour les scores compris entre 1 et 5, une valeur faible à moyenne pour les scores compris entre 5 et 6, une valeur moyenne pour les scores de 7, puis des valeurs fortes pour des scores de 8 et plus.

Dans notre questionnaire, le nombre de questions interrogeant des degrés d'adhésion étant important, nous avons souhaité varier les modes de réponses afin de ne pas provoquer l'ennui et la routinisation des réponses et donc réduire les « effets de halo » (Thorndike, Nisbett, Barnieh, cités par Rosier, 2013). Nous avons donc utilisé des échelles de réponse à curseur compris entre 1 et 10.

### **1.6 Mode d'administration : questionnaire auto-administré par internet**

Nous avons opté pour une modalité de questionnaire auto-administré par internet : sa mise en ligne a été faite grâce à la collaboration d'un informaticien qui a choisi le logiciel et le format de la mise en forme des questions. Le questionnaire et la fonctionnalité de son administration en ligne ont été testés auprès de 10 collaborateurs afin d'évaluer le temps de remplissage et les fonctionnalités d'usage et de remplissage qui ont permis à la fois des ajustements dans la formulation des questions elles-mêmes (logique des réponses, formulation des questions, l'ordre de présentation) et dans certains aspects techniques du remplissage.

Nous avons fait le choix d'un questionnaire auto-administré parce qu'il donne pleinement la parole à la personne enquêtée sans interférence directe de l'interviewer et permet de garantir un anonymat total donc la confidentialité des réponses. Il présente également l'avantage de pouvoir être rempli selon les disponibilités des interrogés et dans un espace-temps relativement contrôlé, même avec des personnes géographiquement dispersées. Ce format d'administration est donc bien adapté à des

questionnaires un peu longs, car il permet de laisser les répondants gérer leur rythme de remplissage, tout en conservant une visibilité des réponses en temps réel.

Un mail d'invitation a été rédigé et une page d'introduction a été ajoutée au questionnaire pour accueillir et faciliter le remplissage (voir Annexes 2 : Mails d'invitation et relance). Les invitations ont été envoyées au fichier d'adresse mail qui avait été constitué (voir le chapitre choix de l'échantillon) à partir du 13 février 2013 et la date de fin de mise en ligne a été fixée au 15 avril 2013. Une phase de relance par mail a été réalisée en mars 2013. Cette relance a permis de récupérer 128 questionnaires complets supplémentaires.

L'administration en ligne a présenté quelques inconvénients : la gestion des adresses mails a demandé de nombreuses corrections et vérifications ; des problèmes techniques de remplissage ont été relayés vers l'informaticien qui a géré la mise en ligne du questionnaire (reconnexion après abandon, curseur de certaines questions numériques, changements de page, etc...) Ces difficultés techniques rencontrées par les répondants, associées à la longueur du questionnaire et à la possibilité de répondre en plusieurs fois peuvent en partie expliquer le nombre relativement important de réponses incomplètes (119 questionnaires inachevés, soit 26,6% des répondants).

Le logiciel utilisé pour la mise en ligne du questionnaire est Lime Survey, logiciel gratuit permettant de réaliser des questionnaires en ligne, sans publicité avec un design et une fonctionnalité qui nous ont paru satisfaisants.

## **2. Population étudiée et population cible : choix de l'échantillon et critères d'inclusion**

Cette partie constitue un moment crucial car le choix de la population et la méthode de construction de l'échantillon vont définir la portée sociale et scientifique de la recherche ainsi que sa validité interne et externe. La population que nous ciblons dans notre étude est la population des kinésithérapeutes formés à la fasciathérapie et qui la pratiquent. Nous avons opté pour une recherche exploratoire à partir d'un échantillon construit empiriquement à partir de deux bases de données. Nous avons défini des critères d'inclusion pour sélectionner la population qui nous semblait apte à répondre à notre questionnaire d'enquête.

## **2.1 Le choix de l'échantillon empirique**

Il s'agit d'une population relativement réduite, mais pour laquelle nous ne disposons pas d'un inventaire exhaustif. Il n'existe pas non plus d'études qui recensent les praticiens en fasciathérapie et comme nous l'avons évoqué, l'utilisation du terme fasciathérapie ou thérapie des fascias ne constitue pas un titre mais plutôt un champ de pratique partagé par des professionnels de santé ou non. Nous sommes donc bien dans la situation d'une population inconnue et difficilement identifiable, même si nous avons tenté d'en cerner les contours, en nous appuyant sur les fichiers du centre de formation en fasciathérapie, la société Point d'Appui, ainsi que sur ceux de l'Association Nationale des Kinésithérapeutes-Fasciathérapeutes (ANKF).

La représentativité de notre échantillon n'est pas assurée et il convient donc de constituer un échantillon empirique, méthode d'échantillonnage adaptée aux recherches exploratoires dont les populations sont inconnues :

*« En fait, plutôt que de partir d'une population bien connue pour construire un échantillon représentatif, on part de l'échantillon obtenu empiriquement et raisonné « au mieux » et on considère que cet échantillon est représentatif d'une population aux contours ignorés a priori » (Martin, p. 27, 2012).*

## **2.2 La construction de l'échantillon**

Notre procédure « empirique » de constitution de notre échantillon s'est appuyée sur les bases de données de l'ANKF et de la société Point d'Appui, qui, bien que n'étant pas exhaustives, étaient les seules sources d'informations susceptibles de nous fournir un groupe de professionnels partageant la même pratique et présentant les conditions d'expérience professionnelle de la fasciathérapie et de la kinésithérapie nécessaires pour pouvoir obtenir des réponses sur les domaines étudiés. L'analyse des fichiers de l'ANKF représente plutôt les kinésithérapeutes et médecins qui se déclarent professionnels de la fasciathérapie par leur adhésion à cette association. Il s'agit là d'une forme de déclaration de son identité professionnelle et un marqueur fort d'adhésion à un collectif professionnel. La base de données de la société Point d'Appui rassemble tous les individus formés à la fasciathérapie et qui, n'adhérant pas à l'ANKF, n'y sont pas nécessairement référencés. Une fusion des deux bases après traitement manuel, visant notamment à éliminer les non-kinésithérapeutes et nettoyer les adresses erronées ou en double, a permis de constituer notre échantillon définitif.

### **2.3 Les critères d'inclusion dans l'enquête**

Les critères d'inclusion et d'exclusion sont les suivants : nous avons retiré des deux bases les médecins et les individus ne possédant pas d'adresse mail. Nous avons choisi d'inclure tous les kinésithérapeutes ayant participé à une formation de fasciathérapie (qu'elle ait été ou non achevée) ainsi que tous les kinésithérapeutes en cours de formation (sauf ceux qui ont débuté leur formation en 2012). Au total et après avoir nettoyé les fichiers en enlevant les médecins et en éliminant également les individus ne possédant pas d'adresse mail, nous avons obtenu un échantillon de 446 individus à qui le questionnaire a été administré.

Nous n'avons pas stratifié l'échantillon en fonction de l'âge, du sexe ou d'autres caractéristiques afin de préserver le caractère exploratoire de l'enquête, l'objectif étant plutôt de cerner des changements et d'identifier des typologies plutôt que d'expliquer des comportements ou des attitudes.

Nous avons toutefois décidé de n'inclure dans cette enquête que les praticiens ayant réalisé au moins une année de formation afin de nous assurer de disposer d'une population bénéficiant d'une expérience conjointe de la kinésithérapie et de la fasciathérapie. Nous avons estimé que ce critère minimal de formation était nécessaire et indispensable pour que les participants aient eu suffisamment le temps d'expérimenter la fasciathérapie dans leur pratique de la kinésithérapie pour être en mesure de répondre à l'ensemble des parties de notre questionnaire et aux différents thèmes abordés. Pour sélectionner les répondants, nous avons rédigé des questions préliminaires au questionnaire demandant aux individus d'indiquer leur situation actuelle en fasciathérapie. Seuls ceux ayant indiqué avoir au moins réalisé une année de formation (même s'ils l'avaient interrompu) ont eu accès au questionnaire d'enquête. Ceux qui n'entraient pas dans ces critères d'inclusion et qui avaient interrompu leur formation au cours de leur première année de formation ont été redirigés vers des questions annexes les interrogeant sur les motifs de cette interruption, sur leur degré de satisfaction de la formation reçue et sur leur désir ou pas de reprendre cette formation. Ils ont ensuite reçu un mail d'information leur indiquant que leurs réponses ne correspondaient pas aux critères requis pour participer à l'enquête. En procédant ainsi, nous avons souhaité impliquer les individus ayant fait l'effort de répondre à l'invitation de participer. Les réponses recueillies n'ont pas été traitées dans cette recherche mais pourraient être utilisées dans le cadre d'une évaluation de la formation de fasciathérapie.

### 3. Présentation et classement des variables du questionnaire

Notre questionnaire a produit quatre natures de variables différentes : des variables nominales, ordinales, qualitatives textuelles et quantitatives ou numériques (Tableau 9).

Les six questions avec classement de type Likert (2.21, 4.5, 4.6a, 5.1, 5.3, 5.4) sont rangées dans les variables ordinales et les deux questions avec curseur (2.17 et 4.8) sont quant à elles rangées dans les variables numériques. Notons que les questions 1.7.a, 1.8.a, 1.11 et 2.8 donnent chacune deux variables ce qui explique que nous ayons 79 variables.

Tableau 9 : Classification des variables du questionnaire selon leur type

Type de variable	Variable nominale	Variable ordinale	Variable qualitative textuelle	Variable quantitative ou numérique
N° de la question	1.1, 1.3, 1.5, 1.5.a, 1.5.b, 1.6, 1.7, 1.8, 1.11, 1.12, 1.13, 1.14, 1.15, 1.17, 2.1, 2.2, 2.3, 2.7, 2.8, 2.10, 2.11, 2.13, 2.14, 2.16, 2.18, 2.20, 3.5, 4.6, 4.10	1.2, 1.9, 1.12.a, 1.18, 2.4, 2.5, 2.6, 2.9, 2.12, 2.15, 2.19, 2.21, 3.1, 3.2, 3.3, 3.4, 4.1, 4.2, 4.5, 4.6.a, 4.9, 5.1, 5.3, 5.4	1.5.c, 1.5.d, 1.5.e, 1.7.a, 1.8.a, 2.8, 2.16.a, 3.5.b, 4.3, 4.4, 4.7, 4.10.a	1.4, 1.7.a (2), 1.8.a (2), 1.10, 1.11, 1.13.a, 1.16, 2.17, 3.5a, 4.8, 5.2, 5.5
Total	29	24	12	14

Ces quatre types de variable sont traités et présentés de la manière suivante :

- les *variables nominales* sous forme de tableaux : les modalités de réponse sont classées selon leur fréquence, de la plus fréquente à la moins fréquente ;
- les *variables ordinales* sous formes de tableaux en respectant l'ordre de présentation des modalités de réponse aux questions. Dans l'analyse, nous faisons ressortir la modalité de réponse la plus fréquente, et opérons parfois des regroupements de modalités.
- les *variables quantitatives ou numériques* sont présentées avec un calcul de la moyenne et de l'écart-type.
- les *variables textuelles* sont également présentées sous forme de tableau présentant les réponses recueillies avec les effectifs et les pourcentages. Ces variables ont fait l'objet d'un recodage thématique (via le logiciel modalisa).

### **3.1 Traitement des variables qualitatives**

L'ensemble des variables qualitatives a été traité par la méthode des tris à plat avec des opérations de recodage pour regrouper des modalités de réponse afin d'en faciliter le traitement. Ces opérations ont été réalisées sur des réponses uniques et multiples. Pour les questions à réponses multiples, nous présentons les réponses par ordre décroissant des effectifs, le pourcentage sur les réponses et le pourcentage sur les répondants. Pour les réponses uniques, nous présentons les réponses avec les effectifs et les pourcentages sur les répondants.

Pour les réponses avec classement hiérarchique, nous présentons l'ensemble des réponses dans les tris plat mais nous nous réservons la possibilité de ne retenir que les premiers choix de réponse pour les analyses multivariées. Les résultats sont alors présentés avec les effectifs et les pourcentages sur les réponses et sur les répondants. Ghiglione et Matalon (1998) ont en effet constaté qu'il peut être suffisant de s'en tenir à l'analyse du premier choix dans les questions à classement hiérarchique :

*« On voit que l'analyse devient rapidement complexe, et les résultats difficilement interprétables. C'est pourquoi on voit souvent des résultats d'enquête qui se contentent de la première colonne, c'est-à-dire des attributions du rang 1. Autrement dit on se ramène au cas où l'on impose à chaque sujet de ne donner qu'une seule réponse. » (Ghiglione et Matalon, 1998, p. 215).*

### **3.2 Recodage des variables numériques**

La plupart des variables numériques a été recodée en variables qualitatives uniques ou multiples. Nous avons choisi de présenter les résultats concernant ces variables en utilisant la moyenne ainsi que les effectifs et les pourcentages pour chaque modalité. La moyenne nous donne une idée de la tendance des réponses (accord ou désaccord par exemple) et les pourcentages nous permettent de voir plus précisément la répartition des réponses par modalité. Pour les réponses recueillies avec une échelle de Likert nous présentons les réponses en respectant la graduation de l'échelle.

### **3.3 Traitement des variables textuelles**

Concernant les réponses textuelles, nous avons utilisé dans le logiciel Modalisa la fonction « Classement thématique » puis nous avons choisi de faire une analyse globale grâce à la fonction « Catégories pour l'ensemble du texte de la réponse ». De

cette façon nous avons pu créer des catégories et ainsi procéder à un classement de l'ensemble des réponses en les rangeant dans les catégories correspondantes.

Exemple : les réponses de la question ont été classées en x catégorie. Dans la catégorie « stress », nous avons rangé toutes les réponses qui contiennent ce terme, qu'elles parlent de gestion du stress, de sensation de stress ou de tensions de stress...

De cette façon nous avons pu procéder à une quantification des réponses par thèmes et recoder les réponses textuelles en variables à réponses multiples. Les questions textuelles sont ainsi présentées dans l'analyse sous la forme de tris à plat.

Tableau 10 : Exemple de tableau simple ou tri à plat d'une question textuelle recodée en question multiple

Question 4.7. : Précisez maintenant quelles formes de pathologies ou quelles demandes nouvelles de soin sont les plus fréquentes (type de problème aigu, de demande de prévention, de maladie chronique, etc...) :			
Réponses	Effectifs	% sur les réponses	% sur les répondants
Demande de soin de pathologies	136	38,3%%	57,9%
Demande de prise en charge du stress et du mal-être	80	22,5%	33,6%
Demande de traitement de la douleur	61	17,2%	25,6%
Demande de bien-être et d'accompagnement	43	12,1%	18,0%
Aucune	35	9,8%	4,1%
Total des réponses	355	100%	139,2%
Total des répondants	238	238	238

Après traitement, ces questions textuelles avec réponse libre ont tendance à se présenter comme des questions à choix multiple. Il apparaît au final tout aussi pertinent de proposer des réponses à choix multiple, en y ajoutant une modalité « autre réponse » si l'enquêteur n'est pas certain d'être exhaustif. Dans notre cas, nous avons choisi de prendre ce risque en raison du domaine interrogé. En effet, sur un certain nombre de questions (par exemple, les types de pathologie prises en charge par les répondants ou les demandes de soin nouvelles formulées par leurs patients) nous ne pouvions pas dresser une liste de toutes les réponses possibles. Nous avons alors choisi de présenter des exemples en espérant stimuler des réponses plus pertinentes.

Concernant les réponses textuelles relatives à la pratique de techniques ou de formations complémentaires (Q. 1.6, 1.7, 1.8) nous avons choisi de recoder les nombreuses réponses en thèmes circonscrivant les champs et domaines d'activité spécifique de la kinésithérapie. Nous avons ainsi choisi les thèmes suivants : thérapie



manuelle, massages, kinésithérapie appliquée, techniques non conventionnelles, ostéopathie, techniques posturales et gymniques.

Concernant les réponses relatives aux pathologies améliorées ou pas ainsi qu'aux nouvelles demandes de soin ou domaines d'activité nouveau exercés (Q.4.3, 4.4, 4.7, 4.10) nous les avons également recodés en thèmes comme suit : douleur, stress et mal-être, oncologie, bien-être, maladies chroniques, domaines de rééducation, etc... Le classement thématique autorise une lecture plus homogène des réponses aux questions et permet de comparer les différentes réponses recueillies.

### **3.4 Le logiciel de traitement des données, Modalisa**

Créé et développé par P. Chappot et J.-L. Van Impe, Modalisa est un logiciel de création d'enquêtes, de traitement, d'import et d'analyse de données qualitatives et quantitatives complètement autodidacte et facile à utiliser pour un non-expert des traitements statistiques, tout en étant assez performant (Kynos, 2012, 2012a, 2012b). Il a un rayonnement moins important dans le milieu universitaire que SPSS si bien que des logiciels généralistes comme Lime survey n'ont pas développé d'interface d'exportation directement compatible. Il nous a fallu développer une passerelle ASCII via Excel.

Pour assurer une qualité de travail, l'ensemble de cette étape de production et d'analyse des données s'est appuyée sur l'aide de deux autres co-chercheurs.

## **4. Plan d'analyse et Méthodes utilisées**

Nous avons suivi le plan de traitement classiquement admis en sociologie qui consiste à procéder en trois étapes successives d'analyse : « *Couramment, la sociologie a recours au tri à plat, au tri croisé et à l'analyse factorielle des correspondances* » (Desanti, Cardon, 2010, p. 103).

Le premier travail consiste à réaliser le tris à plat de toutes les réponses à chaque question. On passe ensuite à des tris croisés qui permettent de mettre en évidence (ou confirmer le choix initial) la ou les variables d'intérêt ainsi que les questions de l'enquête les plus liées à celle-ci. Dans notre cas, les variables d'intérêt initiales étaient les variables associées aux problématiques d'identité perçue, déclarée, représentée,

affichée et projetée. A la suite de cette étape d'analyse croisée, nous avons recentré notre intérêt sur la perception de soi. L'analyse des PEM<sup>74</sup> (voir plus loin) est un outil puissant pour repérer les variables discriminantes et les variables fortement liées entre elles.

L'étape suivante est l'analyse multivariée, qui débute notamment par la conduite d'une Analyse Factorielle des Correspondances (AFC) à vocation globalisante sur les variables d'intérêts et celles qui leur sont le plus liées. On revient ensuite à une analyse locale (notamment des PEM) pour vérifier la pertinence des résultats de l'analyse multivariée globale.

#### 4.1 Les tris à plat

Rappelons que les tris à plat constituent pour nous, la première étape de l'analyse des données et comme le décrit Berthier (2010) un temps à la fois de prise de contact avec les données recueillies, le profil de l'échantillon et de commencer à envisager la suite de l'analyse :

- repérer la distribution (en nombre) et la fréquence (pourcentage) des variables dans la population ;
- donner une idée générale de la population étudiée et de ses caractéristiques au regard des variables mobilisées ;
- servir de support pour faire une analyse croisée ou émettre des hypothèses.

La présentation que nous faisons d'une analyse en tri à plat se fera sous forme de tableaux simples (un par question ou variable) avec présentation des effectifs et des pourcentages.

Tableau 11 : Exemple type de présentation d'une variable sous la forme d'un tableau simple

Question Q.... :.....			
Réponses	Effectif	Fréquence ou % sur les réponses	Fréquence ou % sur les répondants
.....	...	%	%
.....	...	%	%
.....	...	%	%
Total	238	100%	%

<sup>74</sup> PEM : Pourcentage d'Écart Maximum

L'analyse des tris à plat nous permet de présenter notre échantillon et d'en dresser les principales caractéristiques de notre population. Cela permet également de repérer si les répondants ont opéré des modifications de leur identité professionnelle et de quelle manière ils ont opéré ces changements tant dans leur organisation professionnelle, que dans leur pratique ou dans la définition de leur statut au contact de leur exercice de la fasciathérapie.

#### **4.2 Les tris croisés et « profils de modalités »**

Les tris croisés sont le moment clé de l'analyse des données car ils vont permettre de croiser des variables entre elles afin de vérifier, de comprendre et d'isoler des relations entre des variables. Logiquement le tableau croisé encore appelé « tableau de contingence » est construit pour vérifier une hypothèse. Le tableau croisé présente donc au moins deux variables et permet de vérifier la dépendance ou l'indépendance entre elles. Le plus souvent, on essaie d'expliquer une variable (variable à expliquer) par une autre (variable explicative). Il est assorti, par Modalisa, d'un calcul statistique de PEM qui est une méthode de visualisation des corrélations deux à deux du Chi2 (voir plus loin dans le chapitre consacré à la présentation des tests statistiques employés, la présentation du PEM).

Pour y parvenir, il convient d'identifier une variable centrale ou d'intérêt qui va être successivement croisée avec les variables présentées dans les tris à plat. On change de variable d'intérêt pour explorer itérativement les différentes logiques d'attractivités entre les variables et les modalités.

La lecture des tableaux demande un peu d'apprentissage, mais s'avère d'usage assez simple. Un exemple est présenté ci-dessous. Une indication des effectifs et des pourcentages est donnée en colonne. Une coloration des cellules est proposée en fonction du degré de corrélation du Chi2 (PEM), qui exprime le degré d'attractions entre les cases, par colonnes et par lignes. En vert apparaissent les corrélations positives (PEM positif) et en bleu le degré d'absence de lien qui correspond à une forme de répulsion entre les modalités de réponse (PEM négatif). Dans le Tableau 12, on peut voir que 35,4% des personnes qui se disent fasciathérapeutes se présentent aussi comme fasciathérapeute alors que 10,5% de la population générale se présente comme fasciathérapeute. Il y a proportionnellement plus de gens qui se présentent comme fasciathérapeute parmi ceux qui se disent fasciathérapeute que dans la population totale.

On en déduit qu'il y a une attraction entre la modalité « se percevoir fasciathérapeute » et la modalité « se présenter comme fasciathérapeute ». Il y a donc un écart à l'indépendance entre ces deux modalités.

Tableau 12 : Exemple de présentation d'un tri croisé ou tableau de contingence

Q. 2.8. Comment vous présentez-vous professionnellement ?	Q. 2.7. Comment vous percevez-vous aujourd'hui ?							
	Comme un fasciathérapeute		Comme un kinésithérapeute		Comme un kinésithérapeute et un fasciathérapeute		Total	
	Eff.	%C	Eff.	%C	Eff.	%C	Eff.	%C
Autre	11	16,9%	2	10,0%	10	6,5%	23	9,7%
Comme un fasciathérapeute	23	35,4%	0	0	2	1,3%	25	10,5%
Comme un kinésithérapeute	1	1,5%	18	90,0%	31	20,3%	50	21,0%
Comme un kinésithérapeute-fasciathérapeute	30	46,2%	0	0	110	71,9%	140	58,8%
Total	65	100,0	20	100,0	153	100,0	238	100,0

Dans notre analyse, nous avons construit une série de tris croisés pour tenter de mieux comprendre les liens entre la manière dont les praticiens se définissent et se présentent, et leurs manières d'exercer, d'organiser leur cadre professionnel, ainsi que la manière dont ils ont modifié leur rapport au travail et perçu des changements dans leur vie professionnelle et personnelle. Nous avons également croisé cela avec les données socio-professionnelles en notre possession.

Une des fonctions particulières des tris croisés proposée par Modalisa est le « profil de modalités ». Il s'agit d'une méthode de croisement de certaines variables ou modalités choisies par l'enquêteur (variable d'intérêt) avec les autres modalités de l'enquête (il est possible d'en utiliser jusqu'à 200). La sélection peut porter sur les variables mais aussi sur les modalités de façon à ne retenir que les modalités qui méritent d'être croisées avec la variable d'intérêt et qui sont liées à la question de recherche. Le choix de la variable d'intérêt peut notamment s'appuyer sur les résultats d'une AFC. Les relations des modalités entre elles, variable par variable, sont testées deux à deux à l'aide du PEM mentionné plus haut.

### 4.3 Les analyses multivariées

Nous avons utilisé deux sortes d'analyses multivariées *descriptives*, l'Analyse Factorielle des Correspondances (AFC) et l'Analyse en Composantes Principales (ACP), et un outil d'analyse multivariée *explicative*, l'Analyse de Variance (ANOVA).

Les analyses multivariées ou multidimensionnelles sont utiles et pertinentes lorsqu'il s'agit de traiter un grand nombre de données et de modalités afin de mieux cerner les relations qu'elles entretiennent entre elles. Pour O. Martin (2012), ces méthodes présentent quatre intérêts :

- identifier les variables qui entretiennent des relations fortes entre elles et en même temps identifier celles qui s'opposent ou se repoussent ;
- avoir accès aux principes qui structurent les relations entre elles : définir la logique, les grandes lignes qui lient les modalités ;
- classer ou constituer des groupes et des profils à travers la mise en évidence de caractéristiques communes (attitudes, comportements, opinions) ;
- définir et expliquer une variable par une série d'autres variables.

Pour réaliser ce type d'analyse, il est toutefois nécessaire de définir ce que l'on cherche et de sélectionner les variables et modalités sur lesquelles on souhaite conduire un approfondissement d'analyse.

#### 4.3.1 Analyse Factorielle des Correspondances (AFC)

L'analyse factorielle permet, quand on dispose d'une population d'individus pour lesquelles on possède de nombreux renseignements concernant les opinions, les pratiques et le statut (sexe, âge, etc.), d'en donner une représentation géométrique, c'est-à-dire en utilisant un graphique qui permet de voir les rapprochements et les oppositions entre les modalités. Elle permet également de réduire un nombre important de variables qui entretiennent des relations entre elles en un plus petit nombre. Comme le souligne Martin, on cherche à avoir une représentation fiable des individus avec moins de variables en considérant que certaines nous indiquent la même dimension : « *On cherche à exprimer les variables (questions) issues de l'enquête grâce à un nombre minimal de nouvelles variables en partant de l'hypothèse que les variables empiriques entretiennent des relations entre elles (elles sont corrélées) et qu'elles sont donc redondantes* » (Martin, 2012, p. 104). Dans notre cas, nous avons utilisé l'AFC pour construire une variable à trois modalités (Kinésithérapeute, Kinésithérapeute et fasciathérapeute et fasciathérapeute) en combinant 7 variables qui nous renseignent toutes sur un aspect de l'identité professionnelle (identité perçue, déclarée, affichée, projetée et représentée). Nous avons émis l'hypothèse qu'elles étaient fortement liées entre elles et qu'elles pouvaient ainsi nous permettre de discriminer des profils

identitaires en mettant en relief les oppositions. Martin (2012) précise que ces variables issues de la lecture de l'AFC sont appelées « axes », « facteurs » ou « dimensions » car elles n'apparaissent pas directement mais émergent de l'opposition qu'entretiennent les modalités entre elles. L'analyse de l'AFC (carte factorielle, liste des contributions et liste des liens) favorise ainsi la conception théorique de ces variables synthétiques : en groupant les modalités liées entre elles on obtient des caractéristiques d'un type de répondant et en objectivant leurs oppositions on discrimine ces types de répondants. Ce mode de travail est moins fastidieux et moins aléatoire que la construction par calcul de score ou par combinaison « à la main ».

Nous avons utilisé l'Analyse Factorielle des Correspondances (AFC) en combinaison à deux autres outils statistiques : la classification hiérarchique par clusters et le profil de modalité.

L'analyse hiérarchique par clusterisation (appelée « typologie » par Modalisa) permet de classer et regrouper les individus selon la proximité de leurs réponses, sur les variables sélectionnées. La méthode dite ascendante hiérarchique que nous avons retenue permet de déterminer et construire le nombre optimal de classes en fonction des données disponibles. Les individus considérés comme distincts sont progressivement regroupés, étape par étape, formant les classes ou clusters finaux que Modalisa appelle « types ». Le nombre de clusters le plus pertinent est affiné pas à pas. Nous avons ensuite transformé ces clusters en modalités d'une nouvelle variable « calculée », comme s'il s'agissait d'une question à réponse unique ayant pour modalités de réponse les clusters ainsi définis. Si l'on prend cette nouvelle variable comme variable d'intérêt, il est possible d'en dresser un « profil de modalités » qui nous donnera les relations significatives (du point de vue du Chi<sup>2</sup>) aux modalités de toutes les variables avec lesquelles le profil sera construit. Cette démarche permet de tester la pertinence d'une typologie sur la population étudiée en créant des profils de modalités à partir des nouvelles questions créées » (Kynos, 2012).

Concernant la construction de ces typologies, il est parfois conseillé de réaliser plusieurs typologies différentes à partir de pools de variables différents afin d'obtenir des informations sur les relations entre ces différentes typologies :

*« il peut être plus intéressant de définir une première typologie à partir des seules opinions, une autre à partir des comportements, et ensuite d'étudier les relations entre ces deux typologies, ce qui permet de vérifier plus explicitement des hypothèses sur les relations entre ces catégories de variables » (Ghiglione et Mathalon, 1998, p. 287).*

Dans notre cas de figure, l'identité professionnelle peut être abordée par la construction de différentes typologies telles que le profil identitaire, le profil statutaire, le profil de pratique et le profil de changement, correspondant chacun à des regroupements différents de variables considérées comme déterminantes de ces profils. C'est la démarche que nous avons suivi pour explorer l'existence de profils de reconfiguration et vérifier l'existence de relations entre eux. En d'autres termes, vérifier l'existence de correspondances entre la manière de s'identifier (profils identitaires) et la manière de pratiquer (profils de pratique).

#### 4.3.2 Analyse en Composantes Principales (ACP)

L'Analyse en composantes principales ne s'utilise qu'avec des données numériques. Elle vise à déterminer des combinaisons décorréliées entre elles, de variables inter-corrélées. En d'autres termes, elle s'appuie sur un calcul de corrélations multiples (corrélations de Pearsons) pour définir les combinaisons de variables formant les familles de corrélation les plus élevées, qu'elle va représenter sur des axes regroupant chacun un pool de variables inter-corrélées. Ces axes étant par définition orthogonaux entre eux, ils sont donc non corrélés entre eux. Leur calcul et le fait qu'on puisse les présenter graphiquement permet de rendre visibles les familles et les degrés d'inter-corrélations entre les variables analysées : le long de l'axe 1 se retrouvent les inter-corrélations de variables les plus fortes ; le long de l'axe 2 les inter-corrélations un peu moins fortes etc. La construction des axes d'une ACP détermine des familles significatives de variables et leurs interactions. Elle permet de mettre en évidence et de visualiser la structure des dynamiques d'interactions entre les données analysées.

#### 4.3.3 Analyse de variance (ANOVA)

L'Analyse de variance (Analysis Of Variance) permet de tester la relation entre les modalités d'une variable qualitative (appelée facteur) et les réponses d'une variable quantitative continue, c'est-à-dire qu'elle permet de tester l'influence d'une variable qualitative sur les réponses d'une variable numérique. En comparant entre elles la moyenne des réponses numériques de chaque modalité de la variable qualitative, on effectue une comparaison d'échantillons par comparaison des moyennes. La comparaison des moyennes d'une ANOVA s'appuie sur la loi de Fisher et son calcul

fait donc appel au test éponyme. Le facteur est la variable explicative et la variable quantitative est la variable à expliquer.

L'ANOVA permet de comparer entre elles plusieurs moyennes observées en se basant sur une décomposition de la variance en une partie « explicable » (variance inter-groupes) et une « erreur » (variance globale intragroupe aussi appelée *variance résiduelle*).

Lorsque l'on calcule une ANOVA sur une seule variable qualitative, on parle d'ANOVA à un facteur. Une ANOVA à deux facteurs sera donc une ANOVA calculée sur deux variables qualitatives. Si l'on a plusieurs variables numériques à expliquer, on parle alors de MANOVA ou ANOVA multiples. Lorsque l'on a plusieurs variables qualitatives catégorielles explicatives et plusieurs variables numériques à expliquer, on fait alors appel à une analyse des covariances ou ANCOVA.

Avant toute ANOVA, MANOVA ou ANCOVA, il convient de vérifier la normalité de la distribution des variables quantitatives sur les différentes modalités qualitatives étudiées. Le test le plus courant est celui de Kolmogorov-Smirnov (voir plus loin)

#### **4.4 Tests statistiques utilisés**

Nous avons regroupé dans ce chapitre l'ensemble des tests statistiques utilisés dans notre recherche, comme dans une sorte de « boîte à outils », qui permet de revenir aisément aux fondamentaux de ces outils au moment de leur mise en œuvre et de l'interprétations des résultats obtenus.

Les tests que nous avons utilisés dans notre recherche sont le test du Chi<sup>2</sup> avec le PEM (pourcentage des écarts à la moyenne), les tests de corrélation numérique (Pearson) ou de rang (Spearman), le test de vérification de la normalité des données numériques (Kolmogorov-Smirnov) et les tests de comparaison des moyennes (Fisher et Student).

##### **4.4.1 Pourcentage d'Écart Maximum (PEM) et test du Khi 2**

Le Pourcentage d'Écart Maximum (PEM) est probablement le test statistique que nous avons le plus utilisé dans notre analyse. Mis au point par Cibois (1993, 2003,



2007), il permet de mettre en évidence, dans les tableaux croisés et dans les « profils de modalités » les attractions et les oppositions entre la variable d'intérêt et l'univers des modalités qui lui est associée. Le PEM est un indice de liaison entre les modalités d'un tableau de contingence, qui montre la force de liaison entre les modalités en ligne et en colonnes d'un tableau :

*« Par PEM il faut entendre Pourcentage de l'Ecart Maximum : il s'agit d'un indicateur d'attraction qui vaut pour l'ensemble du tableau (PEM global) ou pour une case du tableau (PEM local) » (Ibid., p.6).*

Le PEM est peu sensible aux variations des effectifs contrairement à l'écart à l'indépendance et au Khi2 par case (2 autres indices de mesure de l'attraction entre modalités). La significativité d'un calcul du PEM dépend de l'écart à l'indépendance des modalités croisées et de l'effectif des réponses étudiées. Le fait qu'il soit associé à un test de signification du Chi2, garantit contre le fait de repérer des liaisons fortes qui seraient insignifiantes du fait d'effectifs trop faibles. En mettant en évidence les attractions et les répulsions les plus fortes, il permet de repérer les variables et modalités discriminantes et les familles de modalités ayant les mêmes profils ou les mêmes styles de comportement (Cibois, 1993).

On constate empiriquement (Cibois, 1993, 2007) que les PEM intéressants se situent entre 10 et 50%. En dessous de 10% la liaison peut être le fait du hasard, au-dessus de 50% il y a redondance entre les questions. Le PEM est donc considéré comme significatif entre les valeurs 10% et 50% d'écart à l'indépendance.

#### 4.4.2 Tests de corrélations

Nous avons utilisé deux formes de calculs de corrélations : les corrélations de Pearson sur les données numériques quantitatives, et les corrélations de rang de Spearman pour les données semi-quantitatives ou les données numériques non « normales ».

#### 4.4.3 Autres tests numériques

Le test de normalité des variables numériques a été fait à l'aide du test d'hypothèse de Kolmogorov-Smirnov, qui teste l'hypothèse de non normalité. Ainsi lorsque la valeur de p est significative ( $p < 0,05$ ) la variable ne respecte pas la loi de normalité, tandis que si la valeur de p n'est pas significative ( $p > 0,05$ ) la variable ne peut pas être déclarée « non normale », elle est considérée « normale » par défaut.

Dans les analyses numériques, les comparaisons de moyennes n'ont pas toujours été conduites sous la forme d'ANOVA. Nous avons alors utilisé le test t de Student. Ce test appartient à la catégorie des tests paramétriques, c'est-à-dire applicable uniquement aux données numériques normales. Son usage le plus courant est utilisé pour tester l'égalité de l'espérance mathématique de deux variables dont on ne connaît pas la variance. S'intéressant ainsi à la variabilité des échantillons, le test t est centré autour de l'écart à la moyenne, un écart qui peut être positif ou négatif. Il est donc généralement utilisé pour comparer la moyenne d'un échantillon à une valeur attendue de cette moyenne. Il est également fréquemment utilisé pour mesurer une supériorité ou une infériorité quantitative.

## **5. Précisions sémantiques pour la lecture des analyses**

Pour la suite de l'analyse, nous choisissons d'appeler « répondants » les 238 participants ayant répondu complètement à l'ensemble du questionnaire. Les 196 personnes ayant incomplètement répondu au questionnaire ne sont pas traités ici et feront l'objet d'un traitement ultérieur.

Le terme « réponse » sera utilisé pour désigner les réponses produites par les répondants. Le terme « effectifs » désignera le nombre de réponses produites par les répondants pour chaque question et pour chaque modalité de réponse.

Le terme fréquence ou % désignera quant à lui le pourcentage des réponses calculé sur le total des réponses (% sur les réponses), des répondants (% sur les répondants soit 238) et parfois des interrogés (% sur les interrogés soit 446).

Nous allons ainsi avoir recours à plusieurs formes de pourcentages pour présenter nos résultats comme le propose le logiciel modalisa pour les questions qualitatives.

### **5.1 Pourcentage sur les interrogés**

Pour une question à réponses multiples, il s'agit du pourcentage réalisé sur l'ensemble des individus ayant répondu à l'enquête. La valeur totale du pourcentage sur les interrogés peut être inférieure, égale ou supérieure à 100% mais le nombre de

réponses, sur ce type de question, est généralement supérieur au nombre d'individus interrogés.

Les Sans-réponses sont incluses dans le pourcentage sur les interrogés. Ne pas confondre donc avec le % sur répondants.

## **5.2 Pourcentage sur les répondants**

Pour une question à réponses multiples, il s'agit du pourcentage réalisé sur le total des individus ayant fourni au moins une réponse.

La valeur totale du pourcentage sur les répondants est égale ou supérieure à 100% : chaque individu répondant à la question fournissant au minimum une réponse.

Les Sans-réponses sont exclues dans le pourcentage sur les répondants.

## **5.3 Pourcentage sur les réponses**

Pour une question à réponses multiples, il s'agit du pourcentage réalisé sur le total des réponses effectivement données. La valeur totale du pourcentage sur les réponses est 100%. Ce mode de % permet d'apprécier la fréquence des choix, pour chaque modalité de la question à réponses multiples.

## **5.4 Pourcentage sur les réponses ordonnées**

Pour une question à réponses multiples ordonnées, le pourcentage présente la proportion des choix de modalités effectués en première position (rang 1). Les rangs suivants (2, 3 ou 4) ne sont pas prises en compte dans ce pourcentage.

Le logiciel Modalisa nous donne la possibilité d'obtenir pour le rang 2 représentant la répartition en pourcentage des modalités ordonnées en seconde position.

Les résultats sont présentés sous forme de tableaux simples (un par question ou variable) présentant les effectifs (nombre de réponse) et les fréquences ou % (pourcentage des réponses). Ils sont consultables à l'annexe 3, section 1.



**Troisième partie :**  
**Résultats et discussion**

## **Chapitre V. Présentation des données recueillies et analyse descriptive de l'échantillon**

Cette partie présente une description simple de l'échantillon visant à mettre en évidence les traits généraux de la « population » étudiée afin de mieux la connaître. Rappelons que nous utilisons cet échantillon comme un prisme pour répondre à notre premier objectif de recherche : « Connaître et améliorer la représentation des kinésithérapeutes exerçant la fasciathérapie ». Nous allons pouvoir ainsi mieux connaître la population étudiée pour en avoir une représentation plus juste et plus fine.

Pour réaliser cette analyse descriptive nous nous sommes appuyés sur les données brutes collectées et nous avons utilisé la méthode des « tris à plat » qui donne un aperçu de la distribution et de la fréquence de l'ensemble des variables au sein de la population. Nous avons choisi de présenter cette analyse en quatre parties afin d'identifier quatre caractéristiques centrales pour notre recherche : les caractéristiques générales de la population au regard de la *population de référence* que constitue la population des kinésithérapeutes de France, les caractéristiques générales de l'exercice de la fasciathérapie, les caractéristiques des changements de l'exercice professionnel (incluant améliorations, enrichissements et impacts sur l'exercice) et la perception de l'articulation de la fasciathérapie avec la kinésithérapie.

Nous rappelons que cette connaissance de notre échantillon fait partie de nos objectifs de recherche puisque nous souhaitons à la fois connaître le profil général des kinésithérapeutes exerçant la fasciathérapie (au regard de la population de référence et de l'exercice de la fasciathérapie) et caractériser les formes et modalités de changements opérés autour de l'activité professionnelle. Nous avons choisi de présenter l'analyse descriptive par thématique (8) et de façon chronologique en partant de la présentation des caractéristiques générales de la population (au regard de la population de référence et de l'exercice de la fasciathérapie) pour ensuite aborder l'ensemble des changements et impacts de la fasciathérapie sur l'exercice professionnel et le masseur-kinésithérapeute et nous terminons par une présentation de la perception de l'articulation de la fasciathérapie avec la kinésithérapie. L'analyse descriptive suit donc le plan suivant :

- présentation des données recueillies ;
- caractéristiques générales de l'échantillon au regard de la population de référence ;
- caractéristiques générales de l'exercice de la fasciathérapie ;
- caractéristiques des changements de l'exercice professionnel ;
- caractéristiques des améliorations et enrichissements de l'exercice professionnel ;
- caractéristiques des impacts sur la vie professionnelle, personnelle et sur la santé ;
- perception de l'articulation de la fasciathérapie avec la kinésithérapie ;
- synthèse de l'analyse descriptive et retour à la question de recherche.

L'ensemble des données analysées dans ce chapitre est consultable en annexes (Annexes 3). Nous y avons inclus les tableaux simples issus des tris à plat et avons choisi de ne garder dans le texte que des représentations graphiques et des tableaux de synthèse qui viennent éclairer et faciliter la lecture. Pour guider le lecteur dans la lecture de cette analyse, nous avons inséré au début de chaque section thématique un tableau général de synthèse mettant en évidence les résultats les plus significatifs. Cela permet d'avoir un premier aperçu global des tendances qui se dégagent pour chaque thématique.

## **1. Présentation des données recueillies**

Sur les 446 invitations à participer à l'enquête, 357 personnes ont répondu au questionnaire ce qui nous donne un taux de réponse de 77,8%.<sup>75</sup> Ce taux élevé de réponse s'explique probablement par la nature même de l'enquête qui interrogeait une population sur sa propre pratique. Cela montre que le sujet intéresse les répondants et qu'ils vont probablement remplir le questionnaire avec attention et implication. Nous risquons fatalement d'obtenir des réponses partisans mais nous devrions également récolter des réponses de qualité étant donné que les questions portent directement sur des domaines qui les concerne et qu'ils connaissent parfaitement.

---

<sup>75</sup> Sur les 428 connexions au serveur, 71 n'ont pas abouti c'est-à-dire que le questionnaire n'a pas été débuté

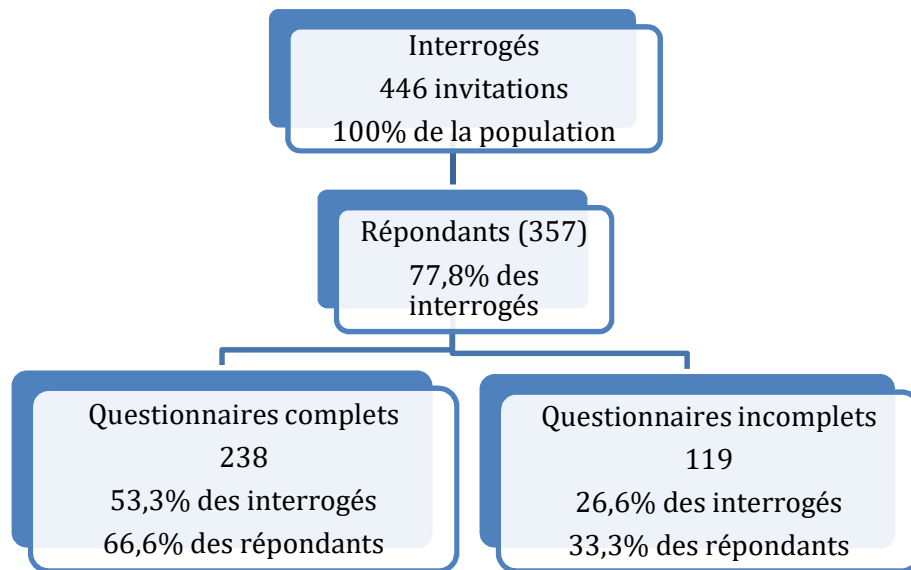


Figure 5 : Distribution des réponses au questionnaire

238 questionnaires ont été complètement remplis (soit 53,3% de la population interrogée et 66,6% des répondants) et 119 l'ont été de façon incomplète (soit 26,6% de la population interrogée et 33,3% des répondants), ainsi que représenté sur la Figure 5.

Une exploration rapide des 119 questionnaires incomplets a montré qu'une grande diversité de phénomènes pouvait expliquer l'arrêt du remplissage : des problèmes techniques, des difficultés liées au mode d'administration du questionnaire ou des problèmes de compréhension voire de non adhésion aux questions posées. Une investigation plus approfondie des raisons de ces interruptions ne nous a pas semblé pertinente pour notre étude et nous avons considéré que nous avons suffisamment de données à traiter avec les questionnaires complets. Si toutefois cette enquête devait être reconduite, une étude de ces questionnaires incomplets permettraient une amélioration du questionnaire (mode d'administration, organisation, formulation des questions et des modalités de réponse). L'analyse et les résultats de l'enquête présentés dans la suite du travail portent donc sur les 238 questionnaires entièrement remplis.



## 2. Caractéristiques générales au regard de la population de référence

L'échantillon étudié est constitué exclusivement de kinésithérapeutes exerçant la fasciathérapie. Nous proposons de présenter ses caractéristiques principales au regard de celles de la population des kinésithérapeutes que l'on nommera ici « *population de référence* », et dont les informations sont puisées dans diverses sources. Les critères de descriptions reprennent les variables habituellement renseignées, à savoir, le sexe, l'âge, la région d'exercice, le régime d'exercice professionnel, les spécificités déclarées, les formations réalisées, l'adhésion à des organisations professionnelles et l'année d'obtention du DE de kinésithérapie. Pour mémoire, la population totale des masseurs-kinésithérapeutes était estimée en 2013 à 77 778 (France et DOM-TOM) (DREES, 2013).

Le tableau ci-dessous (Tableau 13) présente une synthèse des données descriptives de l'échantillon comparées aux données du répertoire de la DREES (2013) et à d'autres sources complémentaires pour renseigner certaines informations (CNOMK, 2009 ; FFMKR, 2012 ; DSS, 2012). Un certain nombre de critères semblent identiques : la répartition géographique, la tranche d'âge dominante, l'exercice libéral en cabinet individuel. D'autres au contraire divergent et nous les analyserons. Quelques cases comparatives restent vides, car les informations n'ont pu être trouvées dans la littérature scientifique et professionnelle (comme la proportion de kinésithérapeutes exerçant sur le mode non conventionné). L'ensemble des tableaux est consultable en annexe (Annexes 3 : Caractéristiques générales de l'échantillon au regard de la population de référence)

Concernant l'âge de notre population, un questionnaire par tranche d'âge ne permet pas de donner avec précision un âge moyen. Nous notons tout de même que les moins de 30 ans et les plus de 60 ans sont moins représentés dans notre échantillon que dans la *population de référence*. Par ailleurs, si la tranche d'âge dominante est la même que celle de la *population de référence* (30-44 ans), la part qu'elle représente est plus forte dans notre échantillon. Si on cumule les tranches d'âge 30-44 ans et 45-59 ans, on constate qu'elles totalisent 85% de la population de nos répondants, tandis qu'elles ne représentent que 65,9% de la *population de référence* (DREES, 2013). Notre échantillon correspond donc à une population qui serait globalement plus âgée que la

population moyenne des kinésithérapeutes de France, avec à la fois moins de jeunes débutants mais aussi moins de personnes proches de la retraite.

Tableau 13 : Description comparée de l'échantillon étudiée et de la population de référence, d'après les données de notre enquête et les données brutes issues des enquêtes de la DREES\*, du CNOMK\*\*, de la FFMKR\*\*\* et du Rapport d'information Sénat 2012\*\*\*\*. (s.o. = sans objet ; n.r.= non renseigné)

Caractéristiques générales au regard de la kinésithérapie	Modalités	Typologie dominante	Echantillon (% des répondants ou moyenne et écart-type)	Groupe de référence (% donné par l'enquête)
	Sexe	Plutôt féminine	64.7%	49%*
	Âge	Tranche d'âge modale : 30 à 44 ans	44%	35,6%*
	Année d'obtention du DE de Kinésithérapie	Entre 1982 et 2004	1993 (+/- 11)	s.o.
	Répartition géographique	Île de France, Pays de Loire, Rhône Alpes, PACA	50,4%	43,7%*
	Mode d'exercice	Exerçant en libéral	92,4%	79%*
		Conventionné	70,2%	n.r.
		Non-conventionné	29,8%	n.r.
		Cabinet de groupe	47,9%	29%*
		En cabinet individuel	42%	47%*
	Déclaration d'une spécificité	81,1%	74%**	
Formation continue en kinésithérapie	Avant la fasciathérapie	60,5%	19,58% (libéraux) ***	
Participation à la vie professionnelle	Adhésion à des syndicats de kinésithérapie	12,6%	11,2% ****	

Avec un échantillon composé majoritairement de femmes (64,7% des répondants), notre population s'avère plus féminisée que la *population de référence*. Par comparaison, chez les kinésithérapeutes-ostéopathes, les femmes représentent 21,4% de la population soit environ 1 femme pour 4 hommes (DREES, 2013). Alors que la profession d'ostéopathe est historiquement et philosophiquement assez proche de la fasciathérapie, elle se révèle très largement masculine, tandis que le sexe ratio de la fasciathérapie est inverse (un homme pour deux femmes). Si la profession de kinésithérapie tend aujourd'hui vers la parité avec un sexe ratio équilibré (DREES, 2013), il semblerait donc que certaines pratiques relèvent de sensibilités plutôt féminines ou plutôt masculines, comme on le découvre avec la fasciathérapie ou l'ostéopathie.

La répartition géographique des individus de l'échantillon est conforme à celle de la *population de référence*, en ce sens que les quatre régions les plus représentées sont les mêmes. Notons juste que le trait est plus marqué dans notre échantillon (50,4% sur les quatre régions, contre 43,7% sur les mêmes régions dans la *population de référence*).

L'année moyenne d'obtention du diplôme de masseur-kinésithérapeute pour l'ensemble de l'échantillon est 1993 (+/- 11 ans), ce qui confère à notre population une ancienneté moyenne de 20 années (+/- 11 ans) d'exercice de la kinésithérapie. Ceci conforte notre analyse précédente d'une population constituée de non débutants (minimum 9 ans d'expérience, sous l'hypothèse qu'ils aient pratiqué la kinésithérapie dès l'obtention de leur diplôme).

Notre échantillon est composé presque exclusivement de professionnels libéraux (92,4% des répondants). Cette dominance est très largement supérieure à celle de la *population de référence* (79% des masseurs-kinésithérapeutes exercent en libéral). Ils exercent dans leur très large majorité de façon exclusivement conventionnelle (62,6% en tant que libéraux et 7,6% en tant que salariés, soit un total de 70,2%) mais on constate tout de même que 8,4% déclarent un exercice non-conventionné exclusif, et que 21,4% associent exercice conventionné et non-conventionné. Aucune information comparative n'a pu être obtenue sur la *population de référence*, si bien que l'on ne peut extrapoler à ce stade de tendance spécifique à notre population.

L'activité professionnelle s'exerce plus en cabinet de groupe (47,9%) qu'en cabinet individuel (42%). Par contraste, dans la *population de référence*, l'exercice en groupe est beaucoup moins développé (29%) que l'exercice individuel (47%). L'activité en institutions ou établissements privés ou publics représente à peine 10% dans notre échantillon (2,5% se déclarent en mixte et 7,6% sont en exercice associatif ou salarial) pour plus de 24% dans la *population de référence*. On peut en déduire que, par rapport à la *population de référence*, les kinésithérapeutes exerçant la fasciathérapie privilégieraient un exercice libéral au sein d'un cabinet de groupe.

Enfin, dans la déclaration qu'ils font de leur exercice, 81,1% des répondants déclarent exercer une ou plusieurs spécificités au sein de leur activité de kinésithérapie (18,9% disent ne pratiquer aucune des spécificités proposées). Ces chiffres sont à peine plus élevés que ceux de l'étude du CNOMK menée sur un échantillon de 3050 kinésithérapeutes de 15 départements (2009) qui indiquaient que 74% des masseurs-

kinésithérapeutes déclaraient avoir développé des « modalités particulières d'exercice » au sein de leur pratique. Notons que derrière ces spécificités revendiquées, les praticiens de notre échantillon déclarent avant tout une spécificité dans le champ de l'approche manuelle (70,2% des répondants) : thérapie manuelle (48,7% des réponses), drainage lymphatique manuel (39,5% des réponses), massages (18,1% des réponses), ostéopathie (11,8% des réponses) et méthode Mézières (7,6% des réponses). Parallèlement, 67,6% des répondants déclarent exercer dans des domaines spécifiques de la kinésithérapie appliquée tels que la rééducation respiratoire (37% des réponses), le traitement de la douleur (36,6% des réponses), la rééducation neurologique (26,9% des réponses), la kinésithérapie du sport (17% des réponses), la rééducation périnéale (16,8% des réponses), l'éducation à la santé (16% des réponses). Seuls 18,9% d'entre eux disent n'exercer aucune spécificité.

Pour terminer cette description générale, deux critères l'un relatif à l'implication dans le tissu associatif et syndical professionnel, l'autre relatif au parcours de formation professionnelle sont retenus. Concernant l'adhésion aux syndicats professionnels, les réponses de notre échantillon (12,6% disent adhérer à un syndicat) suivent la tendance nationale (11,2% de la *population de référence* adhère à un des deux syndicats représentatifs de la profession<sup>76</sup>). Concernant le parcours de formation, les réponses de notre échantillon montrent qu'une large proportion des répondants (60,5% soit 144 personnes) a suivi une ou plusieurs formations complémentaires avant de se former à la fasciathérapie. Les seules données de référence nationale dont nous disposons portent seulement sur les professionnels ayant fait appel au fond de la formation continue professionnelle (FIFPL et FCC), de sorte que n'apparaissent pas les professionnels formés en dehors de ce contexte. La différence entre notre ratio de formation (60,5%) et celui avancé par la FFMKR (19,58%) n'a dès lors pas de base fiable de comparaison. Ce chiffre de 60,5% de répondants ayant suivi une formation conforte le fait que notre population dispose d'une forte expertise professionnelle : 20 ans d'expérience de la kinésithérapie, l'appartenance à une tranche d'âge plutôt mature (entre 30 et 59 ans), 2/3 d'entre eux s'étant déjà formé à d'autres pratiques.

---

<sup>76</sup> Ces chiffres sont basés sur le nombre d'adhérents au deux syndicats représentatifs de la profession (FFMKR, 6,5% et UNSMKL, 4,7%). Ils sont légèrement plus importants si on inclue le syndicat Alizé qui compte 2366 adhérents

La Figure 6 illustre les champs dans lesquels ces répondants ont réalisé une ou plusieurs formations complémentaires avant celle de fasciathérapie. Les réponses textuelles des 144 personnes ayant indiqué avoir suivi au moins une formation ont été recodées en 5 classes<sup>77</sup> (techniques manuelles, kinésithérapie appliquée, techniques posturales et gymniques, approches non conventionnelles et autres). Le domaine des techniques manuelles est le plus fréquemment cité (46,2% des réponses) devant celui de la kinésithérapie appliquée (23,7% des réponses) ce qui est tout à fait conforme avec les réponses que les praticiens ont donné concernant la déclaration de spécificités.

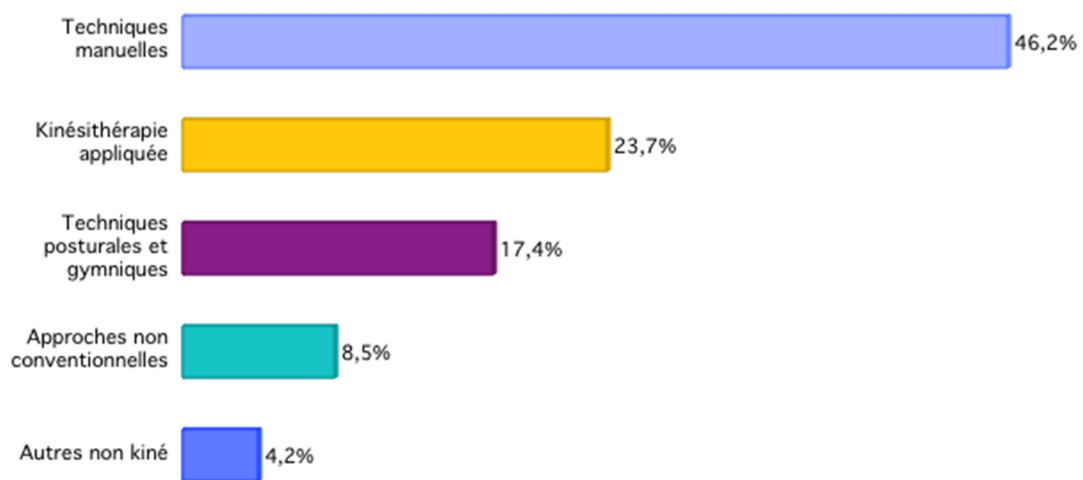


Figure 6 : Formation réalisées avant la fasciathérapie (pourcentage sur les réponses – 144 répondants soit 60,5% de l'échantillon)

### 3. Caractéristiques générales de l'exercice de la fasciathérapie

Cette partie prolonge la section précédente en présentant les variables qui rendent compte de la manière dont la fasciathérapie et son exercice s'associent et s'intègrent à l'exercice de la kinésithérapie. Il s'agit ici d'un premier niveau de lecture des données brutes, sans autre analyse statistique qu'un simple tri à plat des réponses collectées, à l'instar de la section précédente.

<sup>77</sup> Techniques manuelles : massages, ostéopathie, thérapie manuelle, DLM, etc.. ; Kinésithérapie appliquée : rééducation périnéale, respiratoire, physiothérapie ; Techniques posturales et gymniques : méthode Mézières, stretching, chaînes musculaires, etc... ; approches non conventionnelles : sophrologie, yoga, médecine chinoise, etc... ; autres : formations non liées à la santé

La présentation est structurée autour de trois grandes caractéristiques générales de l'échantillon : les caractéristiques propres aux praticiens (titre et qualification de fasciathérapie, adhésion à l'association professionnelle), les caractéristiques de la pratique (part de l'activité consacrée à l'exercice de la fasciathérapie, nombre de séances/jour, durée de la séance,...), les caractéristiques et représentations identitaires (perception et présentation professionnelle, affichage de la pratique de la fasciathérapie, représentations du statut de la fasciathérapie et de son exercice). Le tableau ci-dessous (Tableau 14) synthétise l'ensemble de ces caractéristiques et permet d'observer le profil global de l'échantillon concernant l'exercice de la fasciathérapie. L'ensemble des données brutes est consultable en annexe (Annexes 3 : Caractéristiques générales de l'exercice de la fasciathérapie).

Tableau 14 : Tableau synthétique des caractéristiques de l'échantillon au regard de la pratique de la fasciathérapie (données collectées sur un échantillon de 238 kinésithérapeutes ayant répondu à un questionnaire auto-administré)

	Catégorie de variable	Information dominante	% des répondants ou moyenne (écart-type)
Caractéristiques générales de l'exercice de la fasciathérapie	Caractéristiques des praticiens	Année moyenne d'entrée en formation	2001 (+/- 8)
		Formation terminée	79,4%
		Qualification professionnelle de fasciathérapie	87,4%
		Suit 1 à 3 formations complémentaires en fasciathérapie /an	50,4%
		Adhésion à l'ANKF	68,5%
		Année moyenne d'adhésion	2004 (+/- 6)
	Caractéristiques de la pratique de la fasciathérapie	Majeure à totalité de la pratique professionnelle	63%
		En remplacement de la séance de kinésithérapie	50,4%
		En dehors de la séance de kinésithérapie	45,4%
		Pratique de 5 à 10 séances voire plus/jour	58,4%
		Essentiellement comme une thérapie manuelle	79,5%
		Durée de la séance supérieure à 30 min	79,3%
		Technique exclusive sans recours à d'autres approches	73,1%
		% de la clientèle demandant à être traitée en fasciathérapie	57,2%
	Caractéristiques identitaires et représentationnelles	Souvent sur le conseil d'un autre patient	74%
		Perception de soi comme « kinésithérapeute et fasciathérapeute »	64,3%
		Présentation de soi comme « kinésithérapeute et fasciathérapeute »	58,8%
		Affichage de la fasciathérapie sur les espaces professionnels	63,4%
		Communication d'informations sur la fasciathérapie dans l'espace professionnel	76,1%
		Reconnaissance future souhaitée en tant que « kinésithérapeute spécialisé en fasciathérapie »	56,3%
		La fasciathérapie est partie intégrante de la profession de kinésithérapie	63%
	Exercer la fasciathérapie c'est pratiquer la kinésithérapie	62,2%	

### **3.1 Caractéristiques des praticiens**

Les caractéristiques statutaires des praticiens sont analysées en termes d'ancienneté, d'expertise professionnelle et d'implication associative.

#### **3.1.1 Ancienneté et expertise pratique**

Les kinésithérapeutes de ce groupe sont entrés en formation de fasciathérapie entre 1981 et 2012 (année moyenne 2001 +/- 8 ans). Comme ils peuvent appliquer la fasciathérapie dès le début de leur formation, nous considérons que l'année d'entrée en formation nous indique l'ancienneté dans la pratique. On peut donc considérer que nous avons un échantillon de kinésithérapeutes dont l'expérience moyenne de la fasciathérapie est, à la date de l'enquête (2013), de 12 années (+ ou - 8 années). Rappelons que l'ancienneté moyenne dans l'exercice de la kinésithérapie est de 20 ans. Notre population peut donc être considérée comme ayant assez largement intégré les concepts de la fasciathérapie au sein de sa pratique.

Notre population est par ailleurs très largement qualifiée puisque d'une part la majorité de l'échantillon (79,4%) a achevé sa formation de fasciathérapie et d'autre part, 87,4% est titulaire d'une qualification en fasciathérapie. Pour bien comprendre cela, il convient de se souvenir que la formation de fasciathérapie délivre des certifications correspondant à des niveaux d'acquisition. Les 12,6% n'ayant aucune certification comptent pour partie des personnes en cours de formation (17,9% des personnes interrogées) et des personnes ayant interrompu leur formation après la 1<sup>ère</sup> année (6,4% des personnes interrogées). Ils forment une catégorie intéressante de praticiens « sans qualification » qui se revendiquent tout de même d'une pratique de la fasciathérapie. Ils ne seront pas étudiés plus avant, mais ils illustrent le caractère impliqué de la population étudiée. Enfin, le fait que la moitié (50,4%) suit au moins une formation par an de perfectionnement en fasciathérapie conforte l'idée que notre population est experte de sa pratique.

#### **3.1.2 Implication associative**

L'adhésion à l'ANKF apparaît comme un critère d'implication professionnelle. 68,5% de l'échantillon déclare adhérer à l'ANKF depuis en moyenne 9 années. Par

ailleurs 11,3% des répondants n'adhèrent pas à l'ANKF au moment de l'enquête mais ont adhéré une fois par le passé, tandis que 20,2% n'ont jamais adhéré.

Une analyse de variance des scores à la question portant sur les valeurs et le sens que les praticiens attribuent à leur adhésion à l'ANKF (les répondants devaient renseigner le degré d'importance pour chaque proposition à l'aide d'une échelle numérique allant de 1 « pas important du tout » à 10 « très important ») nous montrent de façon significative ( $p=0.001$  au seuil de 5%) une hiérarchisation dans l'importance des motivations qui les poussent à adhérer à l'ANKF (voir Tableau 15) :

- l'appartenance à la fasciathérapie, la représentativité auprès des instances et le partage de valeurs communes sont significativement supérieurs à la moyenne générale. Nous les considérons donc comme les motifs d'adhésion les plus forts (score > 7 sur 10) ;
- la revendication d'une identité professionnelle de kinésithérapeute-fasciathérapeute coïncide avec la tendance moyenne des réponses ;
- l'amélioration de la visibilité professionnelle et le renforcement du statut de kinésithérapeute-fasciathérapeute sont un peu plus faibles que la tendance moyenne (scores < 7) mais restant largement reconnues (score > 6 sur 10). Elles ont sans doute une importance moindre dans l'adhésion à l'ANKF.

Tableau 15 : Analyse de variance des réponses portant sur les valeurs et le sens attribués à l'adhésion à l'ANKF sur une échelle numérique allant de 1 « pas important du tout » à 10 « très important ». (Test de Fisher significatif,  $p=0.001$ ). La significativité des écarts individuels à la moyenne est symbolisée par les signes « + » ou « - » (supérieur ou inférieur à la moyenne). Le nombre de signes répétés indique le nombre de fois où le seuil de significativité de 5% est dépassé, traduisant une forme de force de la significativité de l'écart. Le symbole « . » indique une absence de différence.

Modalité de réponses	Moyenne	Ecart-type	Significativité et sens de l'écart à la moyenne à 95%
Marquer mon appartenance à la fasciathérapie	7,5	2,62	+
Avoir une représentativité auprès des instances de la kinésithérapie et des pouvoirs publics	7,41	2,62	+
Faire partie d'un groupe professionnel qui partage des valeurs communes	7,64	2,51	++
Revendiquer mon identité professionnelle de kinésithérapeute fasciathérapeute	6,72	2,92	.
Améliorer ma visibilité professionnelle de kinésithérapeute-fasciathérapeute	6,24	2,79	--
Renforcer mon statut de kinésithérapeute fasciathérapeute	6,4	2,75	-
Score moyen	6,98		



La grande importance accordée aux notions d'appartenance, de partage et de représentativité nous montre clairement que les répondants manifestent plus un désir de s'inscrire dans une dynamique collective qu'une volonté de renforcer leur identité individuelle de fasciathérapeute (revendication, visibilité, statut).

### **3.2 Caractéristiques de la pratique de la fasciathérapie**

Cette partie regroupe les questions qui rendent compte de la pratique de la fasciathérapie au sein de l'exercice de la kinésithérapie. Elles sont présentées en deux sections :

- le mode d'exercice de la fasciathérapie qui regroupe la part de l'activité consacrée à la fasciathérapie, son mode d'application dans les séances de kinésithérapie et le nombre de séances réalisées quotidiennement ;
- le mode consultation des patients qui regroupe l'estimation par les praticiens de la fréquence des demandes des patients d'être traités en fasciathérapie ainsi que le mode de consultation ;

En interrogeant ainsi les praticiens sur le temps qu'ils consacrent à la fasciathérapie et la manière dont ils l'exercent nous pouvons avoir une idée du statut et du poids que la fasciathérapie prend dans l'exercice professionnel de la kinésithérapie. Elles nous renseignent par conséquent sur l'identité de la pratique de ces kinésithérapeutes tout en nous permettant de commencer à en identifier des variations et des nuances.

#### **3.2.1 Le mode d'exercice de la fasciathérapie**

Concernant la part de l'activité professionnelle consacrée à la fasciathérapie, on constate tout d'abord que notre population a largement intégré la fasciathérapie dans son exercice professionnel. En effet :

- 63% des répondants déclarent y consacrer la majeure partie voire la totalité de leur activité (35,3% y consacrent la majeure partie et 27,7% la totalité) ;
- 18,5% disent y consacrer la moitié de leur activité ;
- et 18,5% la moins grande (10,1%) voire la plus petite partie (8,4%).

Ces résultats nous montrent clairement que la fasciathérapie occupe quantitativement une place très importante de l'exercice de la kinésithérapie et donc de l'identité professionnelle du kinésithérapeute qui la pratique, puisque 81,5% des répondants y consacrent la moitié ou plus de leur activité professionnelle.

Concernant le mode d'exercice de la fasciathérapie, le tableau général présenté en introduction de ce chapitre (Tableau 14) indique que les répondants pratiquent la fasciathérapie principalement en remplacement (50,4%) ou en dehors (45,4%) de la séance de kinésithérapie. Or, il s'agit d'une question à réponses multiples (2 choix maximum) et son analyse approfondie révèle une activité bien plus diversifiée. Le Tableau 16 synthétisant une analyse des co-occurrences nous montre l'existence d'une activité unimodale, 41,5% des répondants ayant coché une seule des modalités proposées. Les modalités « en remplacement » ou « en dehors » de la séance de kinésithérapie étant largement dominantes (respectivement 20,6% et 13%) devant « au sein » (7,6%) et « en complément » (0,8%) de la séance (chiffres en gras dans le tableau).

Il en résulte que les 58,4% restant ont une activité bimodale dont la composition est détaillée dans le tableau 16 (encadré gras du tableau, sauf chiffres en gras). Les valeurs significatives indiquées (en vert dans le tableau) montrent une grande diversité d'association des modes d'exercice. Même si on peut s'attendre à ce que les modalités « en dehors » et « en remplacement » soient liées (11,3% de ceux qui disent pratiquer en dehors disent également pratiquer en remplacement de la séance), il apparaît que les combinaisons « au sein/en remplacement » et « au sein/en dehors » sont les plus fréquentes.

Tableau 16 : Distribution des réponses et des co-occurrences de réponses, à la question interrogeant les formes d'exercice de la fasciathérapie les plus fréquentes, par rapport à la séance de kinésithérapie. Les données sont exprimées en pourcentage des répondants (377 réponses pour 238 répondants). En vert, les liens significatifs entre co-occurrences (test PEM local).

Question 2.2 : Sous quelle forme exercez-vous le plus fréquemment la fasciathérapie ? 2 réponses maximum (% des répondants)							
	En dehors	En remplacement	En complément	Au sein	Réponses uniques	Réponses multiples	Réponses totales
En dehors	<b>13,0%</b>	11,3%	8,0%	13,0%	13,0%	32,4%	45,4%
En remplacement	11,3%	<b>20,6%</b>	3,8%	14,7%	20,6%	29,8%	50,4%
En complément	8,0%	3,8%	<b>0,8%</b>	7,6%	0,8%	19,3%	20,2%
Au sein	13,0%	14,7%	7,6%	<b>7,1%</b>	7,1%	35,3%	42,4%
Réponses uniques	13,0%	20,6%	0,8%	7,1%	41,6%		
Réponses multiples	32,4%	29,8%	19,3%	35,3%		116,8%	
Réponses totales	45,4%	50,4%	20,2%	42,4%			158,4%

La modalité « en complément » (la moins fréquemment citée) est également la moins associée aux autres modalités de pratique (seule l'association « en dehors/en complément » est significative). On observe au final, que lorsqu'elle est pratiquée de façon unimodale, la fasciathérapie s'exerce surtout distinctement de la séance de kinésithérapie (« en dehors » ou « en remplacement »), tandis que lorsqu'elle est pratiquée de façon bimodale, elle associe pratique distincte de la séance de kinésithérapie et pratique au sein de la séance de kinésithérapie. Ces résultats pourraient révéler l'existence de trois tendances d'exercice pouvant traduire des profils de praticien : des praticiens qui vont vers une pratique de la fasciathérapie exclusive, ceux qui vont vers une pratique inclusive et ceux qui associent les deux modes.

Une autre question interrogeait les praticiens sur le nombre de séances de fasciathérapie réalisées quotidiennement. Plus de la moitié des répondants (58,4%) déclarent pratiquer de 5 à 10 (pour 38,2% d'entre eux) voire plus de 10 séances par jour (20,2% pour les autres). Sur les 41,6% restant, 38,2% réalisent entre 1 et 5 séances par jour et 13,9% au moins 1 ou moins de 1 séance par jour. Ces résultats nous renseignent indirectement sur le statut que les praticiens attribuent à la fasciathérapie. Ainsi, on peut penser que les praticiens qui exercent plus de 5 séances par jour ont tendance à utiliser la fasciathérapie comme une technique de « référence » voire la technique « principale » alors que ceux qui réalisent moins de 5 séances par jour seraient plutôt enclin à l'utiliser comme un « adjuvant » de la kinésithérapie ou une technique complémentaire sans supériorité par rapport aux autres approches. On peut également envisager que le nombre de séances quotidiennes constitue un indicateur fort du degré de satisfaction des praticiens envers la fasciathérapie et son applicabilité dans les diverses situations professionnelles rencontrées.

### 3.2.2 La séance de fasciathérapie

Une large majorité (73,1%) des répondants déclare ne pas associer la fasciathérapie à d'autres techniques de kinésithérapie quand ils y ont recours. Ces chiffres nous indiquent clairement que la grande majorité d'entre eux pratiquent cette technique de façon exclusive sans que l'on puisse à ce stade connaître en identifier les raisons. Ces chiffres nous confirment clairement que certains praticiens considèrent la fasciathérapie comme une technique exclusive éventuellement distincte de la kinésithérapie et d'autres au contraire qui la considèrent comme une technique utilisable

dans un traitement de kinésithérapie. Ces deux attitudes constituent des indicateurs pertinents de l'existence de profils identitaires.

Une analyse textuelle des réponses des praticiens (Figure 7) qui ont indiqué avoir recours à d'autres techniques (26,9% soit 50 individus) nous indique que la grande majorité d'entre eux (59% des réponses) ont recours à des techniques manuelles complémentaires et dans une moindre mesure à des techniques posturales et gymniques (16% des réponses) et des méthodes issues de la psychothérapie (15% des réponses). Ces chiffres indiquant clairement qu'une partie des répondants ont besoin d'associer une autre technique manuelle voire une approche psychothérapique à la pratique de la fasciathérapie alors que la majorité d'entre eux n'expriment pas ce besoin.

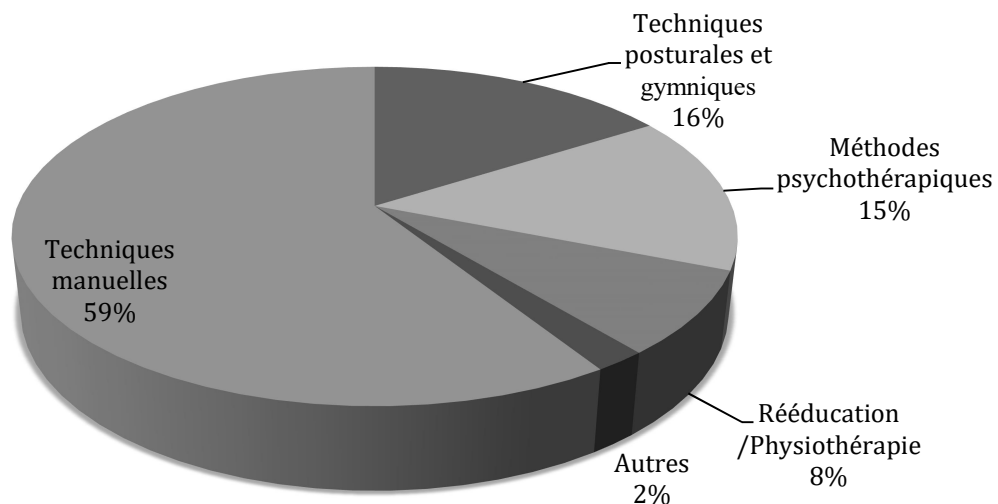


Figure 7 : Approches les plus fréquemment associées à la fasciathérapie (pourcentage sur les réponses – 50 répondants soit 26,9% de l'échantillon)

Concernant les différentes formes d'exercice de la fasciathérapie (thérapie manuelle, gestuelle, cours collectifs, stages), les répondants répondent de façon très forte qu'ils utilisent la fasciathérapie comme une thérapie manuelle (79,5%). De façon plus modérée, ils l'utilisent en thérapie gestuelle (15,9%) et rarement voire exceptionnellement dans le cadre de cours collectifs (3%) et d'animation de stages (1,7%). Ces chiffres confirment, comme nous l'avons déjà observé précédemment (voir paragraphe 2 de ce chapitre), que notre population se caractérise essentiellement par sa spécialisation en thérapie manuelle (déclaration de spécificités et de formations dans ce domaines) et qu'elle constitue en ce sens un groupe spécifique au sein de la population de référence.

Enfin, concernant la durée des séances de fasciathérapie, le Tableau 14 indique que 79,3% des répondants réalisent des séances de plus de 30 min, ce qui nous indique que notre échantillon pratique majoritairement des séances dont la durée est supérieure à celle définie conventionnellement (30 min passés auprès du patient). La lecture de la Figure 8 permet de noter que ce chiffre regroupe une large majorité de praticiens exerçant sur plus de 45 min par séance (54%), l'autre partie ayant recours à des séances de 30 à 45 min (26%). Seulement 20% ont recours à des durées d'une durée de moins de 30 min.

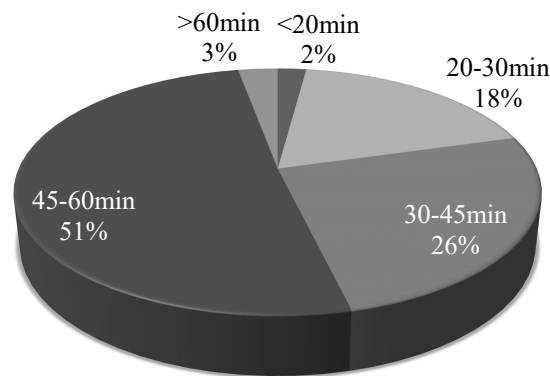


Figure 8 : La durée des séances de fasciathérapie telle qu'elle est pratiquée par les répondants (pourcentage des répondants par classe de durée).

### 3.2.3 Estimation de la demande des patients à être traité en fasciathérapie

D'après les réponses individuelles des praticiens sur leur estimation de la part de leur patientèle demandant à être traité spécifiquement en fasciathérapie, c'est en moyenne 57,18% (+/- 34%) de la patientèle qui exprimerait une telle demande. Cette valeur cache une forte amplitude dans les réponses comme on peut le voir sur le Tableau 17.

Tableau 17 : Distribution des répondants selon leur estimation de la part de leur patientèle demandant à être traitée spécifiquement en fasciathérapie.

Bornes (estimation de la part de la patientèle demandant de la fasciathérapie)	Effectifs (nombre de répondants)	Pourcentage des répondants
Tous les patients	48	20%
4 patients sur 5	36	15%
3 patients sur 5	44	18%
2 patients sur 5	35	15%
1 patient sur 5	35	15%
Moins de 1 patient sur 5	40	17%

On remarque d'emblée que 20% des praticiens déclarent que tous leurs patients demandent à être traités en fasciathérapie. Les regroupements présentés dans la Figure 9 nous permettent de mettre en évidence trois tendances équivalentes : les praticiens dont la grande majorité des patients (au moins 4 patients sur 5) demande à être traité en fasciathérapie (ils sont 35%), ceux dont une faible part de leur patientèle (de 0 à 1 patient sur 5) demande à être traité en fasciathérapie (ils sont 32%) et ceux pour qui 2 à 3 patients sur 5 demandent à être traités en fasciathérapie (ils sont 33%).

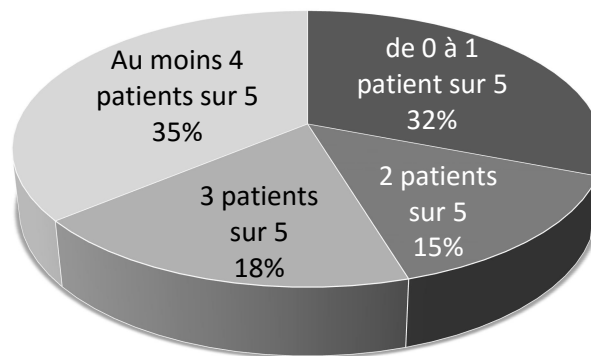


Figure 9 : Répartition des praticiens selon leur estimation de la part de leur patientèle demandant à être traitée spécifiquement en fasciathérapie (pourcentage des répondants)

Concernant les circonstances qui conduisent les patients à consulter spécifiquement en fasciathérapie, on a interrogé les praticiens sur 5 modalités : consultation en première intention, en dernier recours, suite à une information sur la fasciathérapie (presse ou autre), sur le conseil d'un autre patient, d'un confrère ou d'un médecin. Une analyse de variance nous indique que les réponses ne sont pas significativement différentes les unes des autres. Rien ne ressort donc spécifiquement. Notons cependant que la consultation en première intention ou en dernier recours constitue un motif de consultation non négligeable (30 à 40% des répondants disent que les patients les consultent souvent dans ce cadre, voir Figure 10).

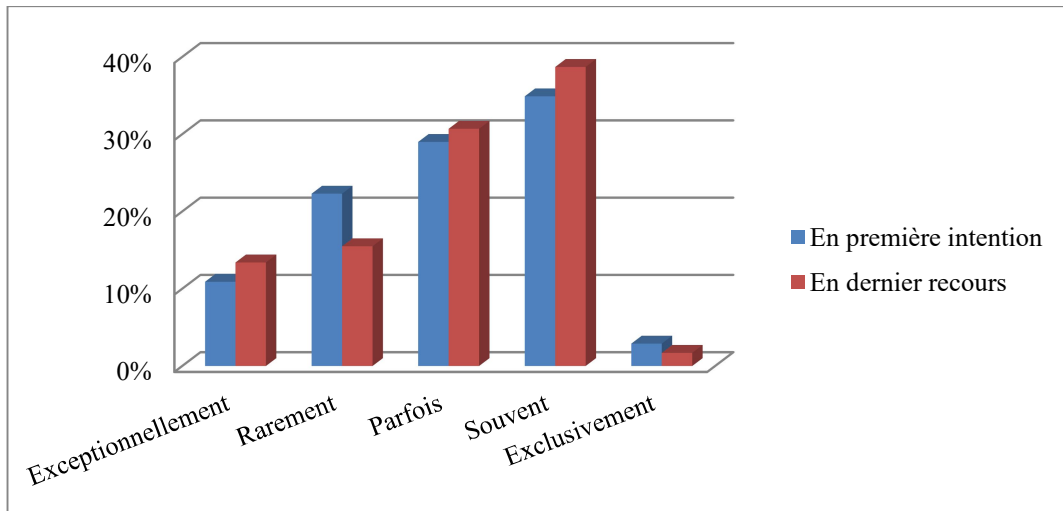


Figure 10 : Types de consultation des patients en fasciathérapie (pourcentage des répondants)

Par ailleurs, le mode de consultation le plus fréquent (Figure 11) est le conseil d'un autre patient (74% des répondants ont répondu « souvent ») comparativement à celui d'un médecin ou d'un confrère ou suite à une lecture d'information dans la presse ou sur des documents sur la fasciathérapie.

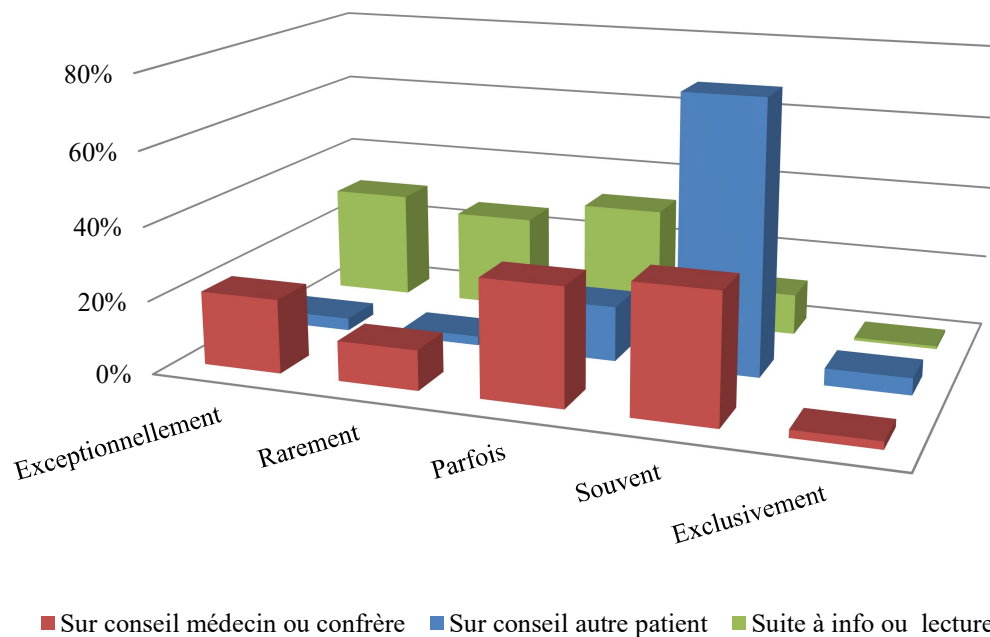


Figure 11 : Mode de consultation des patients en fasciathérapie (pourcentage des répondants)

### 3.3 Caractéristiques identitaires et représentationnelles

Cette partie nous permet de prendre connaissance de la manière dont les répondants ont articulé la fasciathérapie avec leur identité de kinésithérapeute. Nous avons choisi de présenter les résultats aux différentes questions portant sur la manière

dont ils se perçoivent, se présentent, affichent la fasciathérapie, se représentent la fasciathérapie et se perçoivent dans le futur en quatre thématiques permettant d'explorer la dimension subjective de l'identité professionnelle :

- *identité perçue* : comment ils se perçoivent professionnellement ;
- *identité déclarée* : comment ils se présentent professionnellement et affichent la fasciathérapie dans leur exercice professionnel ;
- *identité projetée* : comment ils se projettent dans le futur ;
- *identité représentée* : comment ils conçoivent l'exercice de la fasciathérapie au sein de leur pratique de kinésithérapeute.

Notre objectif est d'identifier dans quelle mesure et dans quelles proportions les répondants associent ou pas la fasciathérapie aux différents aspects de leur identité professionnelle (perception, déclaration, projection et représentation). Nous avons repris ces dimensions de l'identité dans notre analyse multivariée pour repérer s'il existe une cohérence ou une incohérence entre ces différentes dimensions et rechercher l'existence de profils identitaires au sein de notre échantillon.

### 3.3.1 Identité perçue

La question posée sur l'identité perçue offrait aux répondants trois modalités de réponses possibles : kinésithérapeute, kinésithérapeute-fasciathérapeute, fasciathérapeute. A la lecture des résultats, il apparaît que (voir Figure 12) :

- l'échantillon est composé pour plus des 2/3 (64,3% des répondants) de praticiens déclarant se percevoir comme kinésithérapeutes – fasciathérapeutes ;
- une faible proportion de l'échantillon (8,4%) se perçoit uniquement comme kinésithérapeute ;
- un petit tiers de l'échantillon (27,3%) dit se percevoir comme fasciathérapeute.

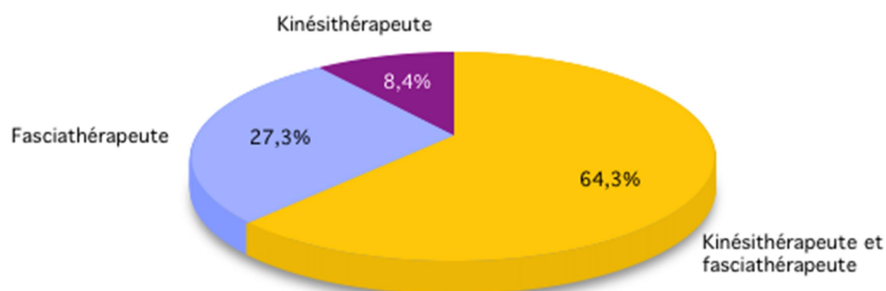


Figure 12 : Différents modes de perception de soi (pourcentage des répondants)



Notre population est donc majoritairement constituée d'individus ayant tendance à s'attribuer une double identité de kinésithérapeute et de fasciathérapeute. On remarque également le faible nombre de répondants qui disent se percevoir kinésithérapeute uniquement. Ainsi, on peut estimer que la quasi-totalité de l'échantillon (91,6%) associe en partie (kinésithérapeute-fasciathérapeute) ou totalement (fasciathérapeute) la fasciathérapie à son identité professionnelle. Cela indique une très forte influence de la pratique de la fasciathérapie sur la manière de s'identifier professionnellement. Ce très fort impact de la fasciathérapie sur l'identité perçue s'exprime aussi par le nombre relativement important de kinésithérapeutes qui ne se considèrent plus comme tel mais comme fasciathérapeute.

### 3.3.2 Identité déclarée

Cette identité est portée par les réponses à trois questions de l'enquête : la manière de se présenter professionnellement, l'apparition d'une mention de la fasciathérapie sur les supports et documents professionnels, la communication d'informations sur la fasciathérapie à l'intérieur du cabinet.

Concernant la manière de se présenter, il apparaît que 58,8% des répondants se présentent à la fois comme kinésithérapeute et fasciathérapeute alors que 10,5% se présentent comme fasciathérapeute et 21% comme kinésithérapeute. 9,7% se présentent sous une autre forme. Même si la question ouvre vers une présentation de soi autre que les trois modalités suggérées dans la perception de soi, la modalité la plus représentée reste celle combinant kinésithérapeute et fasciathérapeute. Par contre, contrairement à la perception de soi, on observe que le nombre de répondants se présentant comme kinésithérapeute est beaucoup plus élevé que le nombre de ceux se présentant uniquement comme fasciathérapeute. Il reste toutefois que la plus grande partie de la population (69,3% des répondants) associe la fasciathérapie à sa présentation professionnelle.

Concernant la façon dont les praticiens affichent et communiquent publiquement sur leur pratique de la fasciathérapie, on a interrogé les praticiens sur leur manière de faire apparaître la fasciathérapie au sein de leur espace professionnel (cabinet) et sur différents supports professionnel. Notre objectif était de voir si les praticiens communiquent leur identité de fasciathérapeute plutôt à l'intérieur de leur espace

professionnel ou plutôt en dehors. Il ressort que la communication d'informations dans l'espace professionnel est largement utilisée (88,6% des répondants affichent la fasciathérapie) tout comme l'affichage d'une mention de la fasciathérapie sur les supports professionnels (75,2% affichent la fasciathérapie) même si la fréquence des réponses est légèrement plus faible. Les praticiens communiqueraient ainsi plus facilement dans leur espace professionnel que dans l'espace public.

Notons qu'en matière d'affichage dans l'espace public (voir Figure 13), le support le plus utilisé est la carte de visite professionnelle (pour 47,9% des répondants) devant la plaque professionnelle (pour 34,4% des répondants) et les autres types de documents (pour 28,6% des répondants). Il convient de préciser que lorsque les praticiens font mention de la fasciathérapie sur une plaque professionnelle, il le font préférentiellement sur leur plaque de masseur-kinésithérapeute (pour 25,2% d'entre eux) et moins sur une plaque distincte (seuls 9,2% recourent à ce mode d'affichage).

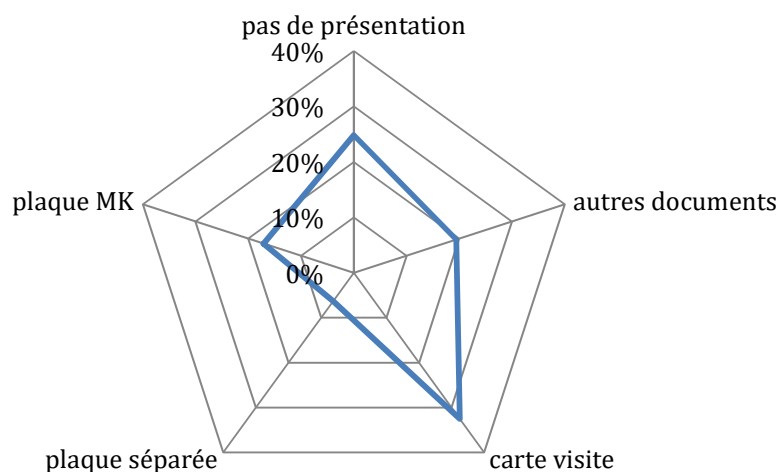


Figure 13 : Modes d'affichage de la mention fasciathérapie sur des supports professionnels (pourcentage des répondants, réponse à choix multiples)

En matière de communication dans l'espace professionnel (voir Figure 14), l'affichage en salle d'attente domine sur tous les autres modes (pour 55% des répondants), devant la plaquette de l'ANKF (pour 43,3% des répondants) et la mise à disposition d'articles (pour 41,6% des répondants). De façon moindre, la mise à disposition de livres (pour 25,6% des réponses) et la réalisation de plaquettes personnelles (pour 19,7% des réponses) constitue l'autre mode de diffusion utilisé.

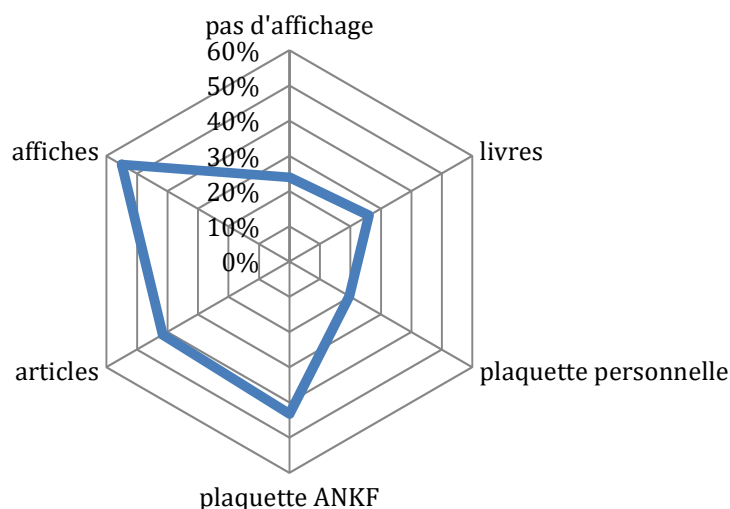


Figure 14 : Modes de communication d'informations sur la fasciathérapie dans l'espace professionnel (pourcentage des répondants, réponse à choix multiples)

Ces chiffres montrent que les praticiens rendent visibles leur exercice de la fasciathérapie et que celle-ci fait donc partie de leur exercice professionnel voire de leur identité professionnelle. On observera toutefois qu'une partie de la population n'affiche pas la fasciathérapie que ce soit dans l'espace public (24,8%) ou dans l'espace professionnel (11,4%) ce qui tendrait à confirmer l'existence d'un groupe de praticiens qui ne se perçoit ni ne se présente comme fasciathérapeute.

### 3.3.3 Identité projetée

Lorsqu'on interroge les enquêtés sur la manière dont ils conçoivent leur devenir professionnel, ainsi que mentionné plus haut, au tableau 14, la majorité d'entre eux (56,3%) déclare voir leur pratique évoluer vers le statut de kinésithérapeute spécialisé en fasciathérapie. Les données complémentaires sur cette question indiquent que 24,6% des répondants envisagent de devenir des fasciathérapeutes exclusifs alors qu'à l'opposé 18,9% se voient exercer la fasciathérapie dans le cadre de la kinésithérapie. Si on constate qu'une très large proportion des praticiens (81,1%) souhaite voir évoluer son statut professionnel vers une reconnaissance de son identité de fasciathérapeute, il reste qu'un certain nombre d'entre eux considèrent qu'elle doit rester ancrée dans la kinésithérapie. D'ailleurs ce nombre est plus élevé que celui de ceux qui se perçoivent aujourd'hui comme kinésithérapeute (8,4%). Il se pourrait ainsi qu'une partie des praticiens qui se perçoivent actuellement comme kinésithérapeute-fasciathérapeute ou

comme fasciathérapeute se voient exercer dans l'avenir la fasciathérapie dans le cadre de la kinésithérapie.

### 3.3.4 Identité représentée

Concernant la manière dont les répondants considèrent la fasciathérapie, ainsi que son exercice au sein de la kinésithérapie, le tableau général présenté en introduction de ce chapitre (Tableau 14) indique que 63% des interrogés considèrent qu'elle fait partie intégrante de la profession de kinésithérapie. En effet, elle est soit considérée comme une spécialisation de la kinésithérapie (31,9%), soit assimilée à une technique de kinésithérapie, en tant que compétence (21%) ou complément (10,1%) de la kinésithérapie. Il est important de souligner le nombre important de ceux qui voient la fasciathérapie comme une spécialité car ils semblent lui attribuer un statut identitaire que n'ont pas les deux autres modalités.

Il reste que 37% des répondants considèrent la fasciathérapie comme une profession et c'est la proportion qui domine sur toutes les autres. Ces résultats nous indiquent qu'un certain nombre de praticiens considèrent que la fasciathérapie et son exercice sont totalement distincts de la kinésithérapie. Cela est cohérent avec le fait que certains praticiens se disent fasciathérapeute même si leur nombre est moins important (27,3%). Il semble donc que certains praticiens considèrent la fasciathérapie comme une profession sans toutefois se dire professionnel de cette technique.

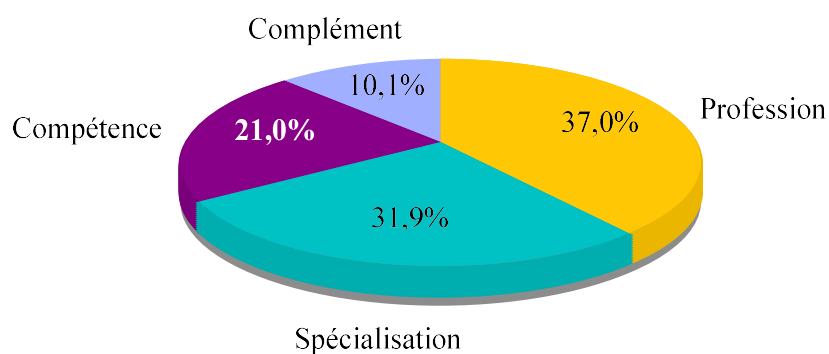


Figure 15 : Différentes conceptions de l'exercice de la fasciathérapie (pourcentage des répondants)

L'échantillon peut ainsi être divisé en trois types de répondants (chacun représentant environ 1/3) : ceux qui considèrent la fasciathérapie comme une pratique de la kinésithérapie sans différenciation (complément et compétence soit 31%), ceux

qui la considèrent comme une spécialisation (32%) et ceux qui la considèrent comme une profession (37%).

Pour compléter ce critère identitaire, l'analyse de la question interrogeant les praticiens sur leur conception de la pratique de la fasciathérapie montre que 62,2% sont d'accord (42,9% plutôt d'accord et 19,3% entièrement d'accord) pour dire qu'exercer la fasciathérapie revient à exercer de la kinésithérapie. Par voie de conséquence, 37,8% ne sont pas d'accord avec cette affirmation, 13% la récusant vigoureusement (pas d'accord du tout).

Ces chiffres confirment que la majorité de la population (soit un peu moins des 2/3) considère la fasciathérapie comme une pratique de kinésithérapie même si elle lui reconnaît des statuts variés et distincts (spécialité, compétence ou complément), la spécialisation étant la plus plébiscitée. À l'opposé, l'autre partie de la population (plus d'1/3) la considère avant tout comme une pratique qui n'est pas de la kinésithérapie et lui confère ainsi le statut de profession.

#### **4. Caractéristiques des changements de l'exercice professionnel attribués à la pratique de la fasciathérapie**

Cette partie de l'analyse descriptive rassemble les variables qui interrogent les répondants sur les changements qu'ils ont ou non opérés au sein de leur exercice professionnel pour exercer la fasciathérapie. Il s'agit toujours bien d'une lecture des données brutes collectées (tris à plat) à laquelle nous avons parfois ajouté des tris croisés pour mieux comprendre certains thèmes. L'ensemble des données est consultable en annexe (Annexes 3 : Caractéristiques des changements de l'exercice professionnel).

Les variables retenues sont présentées selon deux catégories :

- celles qui se rapportent aux changements des modalités de l'exercice professionnel : cadre d'exercice, mode de prise en charge et nombre de patient, durée de la séance ;
- celles qui se rapportent aux changements de la prise en charge du patient : orientation de la prise en charge, changement de la patientèle, nouvelles demandes de soin.

L'ensemble des résultats obtenus est récapitulé dans le Tableau 18 de synthèse.

Tableau 18 : Tableau synthétisant les différents changements rapportés par la population enquêtée

	Type de changement	Indicateurs	Modalités de réponse	% des répondants
Changements de l'exercice professionnel	Modalités d'exercice professionnel	Motivations au changement	Recherche d'efficacité thérapeutique	76,9%
			Prise en charge unité corps/psychisme	52,5%
			Recherche d'une thérapie manuelle globale	39,1%
			Développement personnel et professionnel	48,7%
		Modifications du cadre d'exercice professionnel (variables principales)	Création de cabinet	45,0%
			Passage du statut de remplaçant/salarié à celui de libéral	18,9%
			Passage vers un exercice non conventionnel	17,2%
		Modifications du nombre de patients pris en charge	Passage d'un cabinet de groupe à un cabinet individuel	13,4%
			Renforcement de la prise en charge d'un seul patient à la fois	82,8%
		Modifications de la durée des séances	Passage vers la prise en charge d'un seul patient à la fois	15,1%
			Allongement de la durée de la séance	50,8%
		Modification du nombre de patients	Pas de modification de la durée de la séance	47,5%
	Augmentation		47,9%	
	Prise en charge du patient	Orientation de la prise en charge du patient	Pas de changement	41,6%
			Prise en charge plus globale	83,6%
			Orientation plus pédagogique	45,0%
			Orientation plus psychologique	23,9%
		Changement de la patientèle	Nouveaux domaines de prise en charge	54,6%
Observation d'un changement			75,6%	
Maladies chroniques			38,3%	
Gestion du stress			27,8%	
Nouvelles demandes de soin		Problèmes aigus traumatiques	14,4%	
		Pathologies	57,9%	
	Stress et mal-être	33,6%		
		Douleur	25,6%	

#### 4.1 Motivations à la formation de fasciathérapie

Avant de présenter les changements opérés, nous tenons à rappeler ici les réponses à la question interrogeant des répondants sur leurs motivations à suivre la formation de fasciathérapie (Figure 16). Il s'agissait d'une question à réponses multiples, les répondants ayant la possibilité de formuler au maximum 3 réponses. Les résultats nous indiquent d'emblée que peu de professionnels se forment à la fasciathérapie pour changer de métier (seulement 1,7% des répondants a indiqué que cela a été décisif pour réaliser la formation). Malgré cela, il faut noter que la recherche d'épanouissement personnel (citée par 27,3% des répondants) et la quête d'une nouvelle

motivation professionnelle (citée par 21,4 % des répondants) semblent constituer des ressorts importants de l'engagement dans cette formation.

Pour compléter cette analyse des motivations, notons que l'amélioration de l'efficacité thérapeutique est la modalité qui semble vraiment décisive pour faire la formation puisque 76,9% des répondants ont cité cette modalité. Ils attendent également de cette formation une prise en charge de l'unité corps-psychisme (citée par 52,5% des répondants) sans pour autant y rechercher un outil de prise en charge de la psychologie du patient (citée seulement par 6,7% des répondants). Concernant leur approche manuelle ils semblent plutôt attirés par le développement de la dimension relationnelle de leur toucher (citée par 49,6% des répondants) que par la recherche d'une thérapie manuelle globale (citée par 39,1% des répondants).

Ces résultats montrent que notre population cherche surtout à renforcer son efficacité thérapeutique avec une tendance à rechercher une prise en compte de l'unité corps-psychisme et à développer la dimension relationnelle de leur toucher. On observera toutefois que près d'1/4 de la population déclare vouloir s'épanouir personnellement ou retrouver une nouvelle motivation sans pour autant vouloir changer de métier.

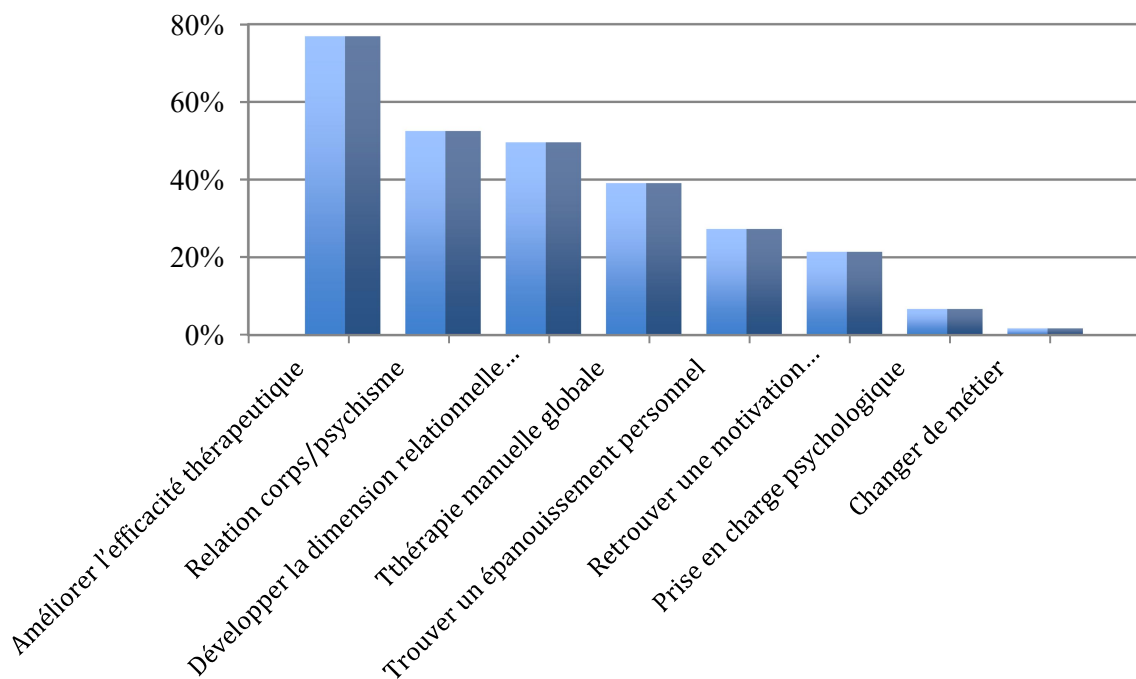


Figure 16 : Motivations pour la formation de fasciathérapie (pourcentage des répondants)

## 4.2 **Changement des modalités d'exercice professionnel**

Les changements des modalités de l'exercice professionnel sont caractérisés par quatre variables : la modification du cadre d'exercice (exercice individuel ou collectif, libéral ou salarié, conventionné ou non, etc...), du mode de prise en charge du patient (évolution du nombre de patient pris en charge à la fois), de la durée des séances (allongement ou diminution) et du nombre de patients (augmentation ou diminution).

### 4.2.1 Modification du cadre d'exercice

Concernant les modifications du cadre d'exercice, un tiers de la population (33,6% soit 80 répondants) déclare n'avoir opéré aucun changement dans leur mode d'exercice professionnel pour pouvoir exercer la fasciathérapie. Les deux autres tiers (66,4% soit 158 répondants) décrivent quant à eux des changements variés. Cela indique que la majorité des praticiens a procédé à des changements de leur cadre d'exercice en vue de pratiquer la fasciathérapie. Une lecture des réponses des 158 praticiens ayant indiqué avoir procédé à un changement nous permet d'identifier les formes les plus fréquentes de modification :

- 67,7% disent avoir créé leur propre cabinet ;
- 28,5% disent être passés d'une activité de remplacement ou d'assistantat à une activité indépendante et 19% d'une activité salariée à un exercice libéral ;
- 25,9% déclarent être passés d'un exercice conventionné à un exercice non-conventionné ;
- 20,3% disent être passés d'un exercice en groupe à un exercice individuel ;
- 10% ont reprise une clientèle existante, seulement 7% sont devenus remplaçants ou salariés et peu sont passés d'une activité non conventionnée à une activité conventionnée (3,2%)

Ces résultats nous indiquent que bien que la fasciathérapie n'incite pas systématiquement au changement du cadre d'exercice professionnel, elle semblerait toutefois favoriser fortement la création d'un cabinet et le passage vers un exercice libéral individuel et autonome. De façon moindre mais non négligeable elle pourrait également conduire vers un exercice non conventionnel.



#### 4.2.2 Modification du mode de prise en charge du patient

Concernant le mode de prise en charge du patient, la majorité de la population (97,9%) indique que l'exercice de la fasciathérapie a été l'occasion de conforter une pratique privilégiant la prise en charge individualisée du patient (82,8%) ou de passer d'une prise en charge de plusieurs patients à la fois à un seul patient à la fois (15,1%). Ces chiffres confirment que notre population se caractérise par une prise en charge individuelle du patient et que l'exercice de la fasciathérapie paraît bien adapté à cette forme d'exercice de la kinésithérapie. Elle ne semble en revanche pas compatible avec une prise en charge simultanée de plusieurs patients, ce mode de travail étant exceptionnel (2,1% des répondants).

#### 4.2.3 Modification de la durée des séances et du nombre de patients

Concernant le changement de la durée des séances, les réponses sont partagées. En effet, 50,8% des praticiens déclarent que l'exercice de la fasciathérapie a eu pour conséquence une augmentation de la durée de leurs séances, tandis que 47,5% disent n'avoir pas changé la durée des séances. Une très faible minorité des praticiens dit avoir diminué la durée des séances (1,7% des répondants).

On observe le même phénomène concernant l'évolution du nombre de patients : si l'exercice de la fasciathérapie semble plutôt entraîner une augmentation globale du nombre de patients (47,9%), une large proportion des praticiens indique ne pas avoir constaté de changement (41,6%). Notons également qu'une petite proportion (10,5%) dit que le nombre de leurs patients a diminué.

### 4.3 **Changements de l'orientation de l'exercice professionnel**

Ces changements de l'orientation de l'exercice professionnel sont renseignés par trois variables : le changement d'orientation de la prise en charge du patient, les nouveaux domaines de prise en charge, l'évolution de la patientèle et des demandes de soin.

#### 4.3.1 Le changement d'orientation de la prise en charge du patient

Concernant l'orientation de la prise en charge du patient, seuls 4,2% des répondants déclarent ne pas en avoir changé. Pour la quasi-totalité de l'échantillon, l'exercice de la fasciathérapie a donc été l'occasion de donner une nouvelle direction à son exercice professionnel. Ce changement va majoritairement dans le sens d'une prise en charge plus globale du patient (83,6% des répondants) mais aussi plus pédagogique (45,3% des répondants) et plus psychologique (23,9% des répondants). Notons la faible proportion de praticiens qui disent exercer dans une visée exclusivement thérapeutique (7,1% des répondants).

Pour approfondir la connaissance de ces changements, nous avons réalisé une analyse des co-occurrences synthétisées dans le Tableau 19. Celui-ci nous indique que la prise en charge plus globale du patient est la seule à être significativement liée (PEM local positif) aux autres modalités de réponse (évolution vers une prise en charge plus pédagogique, plus psychologique et thérapeutique). On observe également que l'association prise en charge globale du patient/orientation plus pédagogique de l'exercice est la plus fréquemment citée par les praticiens (21% des réponses). Nous pouvons en conclure que si l'exercice de la fasciathérapie conduit préférentiellement vers une prise en charge plus globale du patient cela est surtout associé à une orientation plus pédagogique.

Tableau 19 : Distribution des réponses et des co-occurrences des réponses à la question interrogeant les changements d'orientation de la prise en charge du patient attribués à l'exercice de la fasciathérapie. Les données sont exprimées en pourcentage des répondants (304 réponses pour 238 répondants). En vert, les liens significatifs entre co-occurrences (test PEM local).

Q. 2.18. Veuillez indiquer si l'exercice de la fasciathérapie a modifié l'orientation de votre prise en charge du patient						
	Pas changée	Plus globale	Plus psychologique	Plus pédagogique	Thérapeutique seule	Total
Pas changée						2,6%
Plus globale		17,4%	9,0%	21,0%	3,6%	51,0%
Plus psychologique		9,0%	0,2	5,1%	0,3%	14,6%
Plus pédagogique		21,0%	5,1%	1,3%		27,4%
Thérapeutique seule		3,6%	0,3%		0%	4,4%
Total	2,6%	51,0%	14,6%	27,4%	4,4%	100%

#### 4.3.2 Les nouveaux domaines de prise en charge

Concernant le Tableau 18 présenté en introduction indique qu'un peu plus de la moitié de la population (54,6% soit 130 répondants) déclare avoir développé une prise en charge dans des domaines nouveaux. Une analyse des réponses textuelles<sup>78</sup> de ces répondants indiquant les différents domaines dans lesquels ils ont développé une prise en charge nouvelle, nous fournit les résultats suivants : la pédiatrie et l'oncologie sont les plus fréquemment citées (29,2% des répondants) devant l'accompagnement de la grossesse et la pelvi-périnéologie (21,5% des répondants), le traitement du stress (20% des répondants), le sport (17,7%) et l'éducation du patient (12,3% des répondants). Ces résultats témoignent de la diversité des domaines de prise en charge développés et illustrent les possibilités d'application de la fasciathérapie dans les différents champs de la kinésithérapie. L'importance des réponses concernant la périnatalité (pédiatrie, accompagnement de la grossesse et pelvi-périnéologie) peut s'expliquer par le fait que la population est largement féminine et qu'une partie de l'échantillon bénéficie d'une formation dans ce domaine (18,8% ont ainsi déclaré avoir été formés dans ce domaine avant d'exercer la fasciathérapie). Le développement d'une prise en charge dans les domaines tels que l'oncologie ou le traitement du stress nous conduit à penser que l'exercice de la fasciathérapie favorise la prise en charge de la qualité de vie du patient et les troubles somatiques fonctionnels associés ou non à des troubles psychosociaux. Le développement dans le domaine du sport rend compte de l'applicabilité de la fasciathérapie dans des situations exigeant une efficacité thérapeutique et prévention. Ces différents domaines de prise en charge exigent des compétences thérapeutiques, mais aussi éducatives et relationnelles qui sont peut-être liés aux changements d'orientation de la prise en charge constatés précédemment (prise en charge plus globale et pédagogique).

#### 4.3.3 Évolution de la patientèle et des demandes de soin

Concernant les changements de la patientèle, le Tableau 18 introductif indique que les  $\frac{3}{4}$  de la population (75,6% des répondants soit 180 praticiens) a vu sa patientèle

---

<sup>78</sup> Les réponses textuelles données par les répondants concernant les nouveaux domaines d'exercice développés ont été recodées par thèmes correspondant aux différents champs d'exercice et de compétence du masseur-kinésithérapeute.

changer avec l'exercice de la fasciathérapie. Ce changement peut être précisé par l'analyse des questions demandant à ces praticiens dont la patientèle à changer d'indiquer parmi 6 propositions les types de nouveaux patients les plus fréquemment apportés par la fasciathérapie. Pour cette question avec classement, nous avons choisi comme pour l'ensemble des autres questions de ce type de présenter les résultats correspondant au choix 1 (ou réponses de rang 1).

Ce classement montre que les maladies chroniques (38,3% des répondants les classent en premier choix) sont les plus fréquemment cités devant la modalité gestion du stress (27,8% des répondants). Les demandes de soin pour des problèmes aigus traumatiques (14,4%), le bien-être (8,9%), les maladies graves (7,2%) ou la prévention (3,3%) sont beaucoup moins fréquentes.

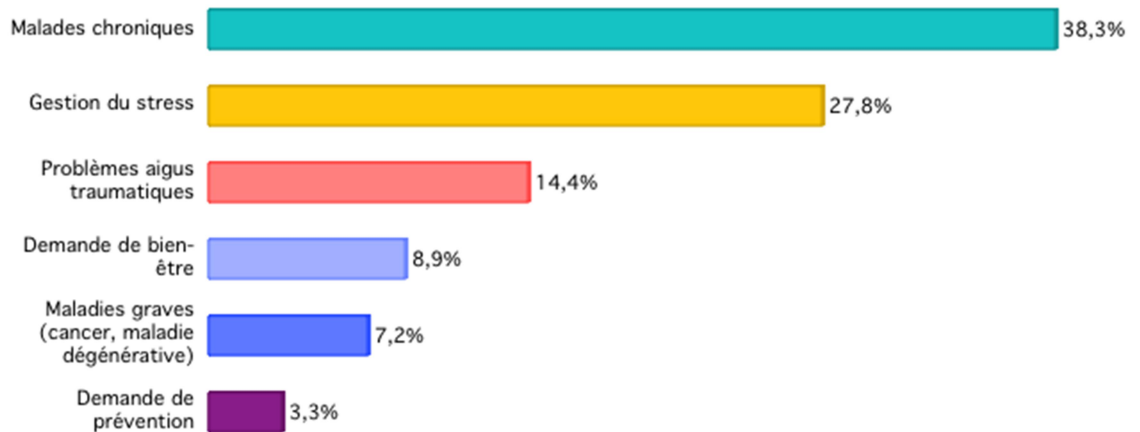


Figure 17 : Type de nouveaux patients apportés par la fasciathérapie (Choix 1 – pourcentage sur les répondants)

Ces résultats sont complétés par les réponses à la question demandant aux praticiens d'indiquer quelles pathologies ou quelles nouvelles demandes de soin étaient les plus fréquentes. La lecture des réponses textuelles nous que la prise en charge du stress (30,7% des répondants) et des pathologies chroniques (26,5% des répondants) sont les demandes les plus fréquentes formulées par les patients. Viennent ensuite de façon bien moins fréquente, la prise en charge de la douleur (16% des répondants), du cancer (11,3% des répondants), de la fibromyalgie (11,3% des répondants) et des lombalgies (10,1% des répondants). Cette question étant obligatoire, il faut noter que 14,3% des répondants ont indiqué ne recevoir aucune nouvelle demande de soin.

## **5. Caractéristiques des améliorations et des enrichissements de l'exercice professionnel**

Cette partie présente les apports de la fasciathérapie à l'exercice professionnel à travers les variables interrogeant les répondants sur les améliorations et les enrichissements qu'ils attribuent à la pratique de la fasciathérapie. L'ensemble des données recueillies est consultable en annexe (Annexes 3 : Caractéristiques des améliorations et des enrichissements de l'exercice professionnel).

Les variables retenues sont présentées selon les deux catégories suivantes :

- celles qui se rapportent aux améliorations de l'exercice professionnel : secteurs professionnels améliorés (efficacité thérapeutique, relation avec le patient, compétences pédagogiques), domaines de prise en charge (douleur, souffrance, pathologies aiguës et chroniques, qualité de vie) et pathologies améliorées ;
- celles qui se rapportent à l'enrichissement de l'exercice professionnel : qualités relationnelles, toucher et vécus du corps du patient et du propre corps du praticien.

De la sorte nous appréhendons deux voies différentes selon lesquelles nous pensons que les apports de la fasciathérapie se manifestent dans la pratique. Questionner les améliorations fait ressortir les impacts en termes d'efficacité et de performance sur la pratique clinique. Interroger les enrichissements permet de faire ressortir la dimension formative de la fasciathérapie, en faisant apparaître les habiletés les plus nouvelles et les plus enrichissantes constatées par les praticiens (qualités relationnelles, enrichissement du toucher et de la perception du corps).

L'ensemble des résultats obtenus est récapitulé dans le Tableau 20 de synthèse.

Tableau 20 : Tableau synthétisant les différents apports de la pratique de la fasciathérapie à l'exercice professionnel rapportés par la population enquêtée. (Réponses exprimées en pourcentage des répondants)

	Types d'apport	Variables	Modalités	Réponses
<b>Améliorations et enrichissement de l'exercice professionnel</b>	Améliorations au sein de l'exercice professionnel (scores $\geq 3$ )	Secteurs professionnels	Efficacité thérapeutique	94,9%
			Relation avec le patient	83,7%
			Compétence pédagogique	79,5%
		Domaines de prise en charge	Prise en charge de la douleur physique	95,8%
			Prise en charge bien-être et qualité de vie des patients	91,2%
		Pathologies	Pathologies du rachis	76,9%
			Pathologies musculo-squelettiques non rachidiennes	64,3%
			Pathologies crâniennes	62,6%
		Enrichissement de l'exercice professionnel (rang 1 du classement demandé)	Principales qualités relationnelles acquises ou développées	Présence
	Ecoute			16,4%
	Attention			14,7%
	Profondeur			13,4%
	Apports au toucher		Profondeur	41,2%
			Écoute et présence	15,5%
			Relation avec le patient	12,6%
	Apports au vécu du corps du patient		Unité corps-psychisme	18,9%
			Mouvement	16,4%
			Globalité	16,4%
	Apports au vécu du corps du praticien		Intériorité	20,2%
		Sentiment d'existence	15,5%	
Présence		12,2%		

## 5.1 Améliorations au sein l'exercice professionnel

Les améliorations apportées par la fasciathérapie au sein de la pratique professionnelle, sont analysées par variable, successivement, suivant l'ordre présenté dans le Tableau 20.

### 5.1.1 Secteurs professionnels améliorés

Comme l'indique le Tableau 20, les trois secteurs interrogés (efficacité thérapeutique, relation avec le patient, compétence pédagogique) sont tous nettement améliorés : la moyenne des scores attribués à chacun est respectivement 3.74, 3.14 et 3.04, c'est-à-dire au minimum « amélioration importante » (score $>3$ ). La proportion des praticiens ayant coché « amélioration importante » ou « amélioration très importante »

(scores 3 ou 4) est supérieure ou égale à 80% de la population interrogée, pour chacun de ces trois secteurs professionnels. Ce résultat est intéressant car il permet de vérifier que la fasciathérapie est une approche qui participe, comme elle l'annonce, à l'amélioration conjointe des compétences thérapeutiques, relationnelles et pédagogique au sein de la pratique. La variable ainsi interrogée renseigne une dimension générale de la fasciathérapie, contribuant à enrichir les connaissances des caractéristiques globales de cette pratique.

Notons que l'efficacité thérapeutique est la modalité de réponse ayant obtenu le score le plus élevé (très significativement supérieur aux deux autres,  $p < 0.001$  avec le test t de comparaison des moyennes). Le même test de comparaison des moyennes deux à deux place la « relation avec le patient » en dessous de l'efficacité thérapeutique, et la modalité « compétence pédagogique » est la plus basse des trois. Ce classement est confirmé par le test de comparaison de rang de Friedman ( $p < 0.001$ ).

### 5.1.2 Domaines de prise en charge améliorés

Comme pour le cas des secteurs professionnels, les domaines de prise en charge en kinésithérapie, qui ont été interrogés dans notre enquête, se révèlent tous nettement améliorés par la pratique de la fasciathérapie, puisque les réponses moyennes sont supérieures ou égales à 3 (amélioration importante, voir Tableau 21).

Tableau 21 : Tri à plat des améliorations constatées dans cinq 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)

Domaine de prise en charge	Moyenne	Ecart-type	Coef. de variation	IC
Douleur physique	3,31	0,55	0,17	0,07
Bien-être et qualité de vie	3,30	0,65	0,2	0,08
Souffrance psychique	3,23	0,73	0,23	0,09
Pathologies chroniques	3,17	0,64	0,2	0,08
Pathologies aiguës	3,06	0,68	0,22	0,09

Ainsi la fasciathérapie tendrait à s'appliquer de façon bénéfique dans tous les domaines interrogés. Toutefois, ces améliorations apparaissent hiérarchisées (test t) :

- Douleur physique ainsi que bien-être et qualité de vie ne sont pas significativement différentes l'une de l'autre, mais ont le score le plus élevé ( $p < 0.05$  avec souffrance psychique et  $p < 0.001$  avec pathologies aiguës et chroniques) ;

- La souffrance psychique est significativement supérieure à la pathologie aiguë ( $p < 0.001$ ), mais ne se distingue pas de la pathologie chronique ;
- La pathologie chronique est supérieure à la pathologie aiguë ( $p = 0.01$ ).

Ces résultats semblent indiquer que la pratique de la fasciathérapie produirait des améliorations plus importantes sur des dimensions de la pathologie (douleur, bien-être, souffrance) que sur les pathologies elles-mêmes. Il se pourrait donc que la fasciathérapie améliore plutôt la capacité du kinésithérapeute à se centrer plutôt sur le patient et son vécu de la maladie que sur la maladie elle-même.

### 5.1.3 Pathologies dont la prise en charge a été ou non améliorée

La prise en charge des pathologies a été questionnée sous deux angles, l'amélioration et l'absence d'amélioration. Les réponses étaient demandées sous forme de texte libre (avec obligation de réponse et la possibilité d'indiquer « aucune ») et ont été analysée de façon spécifique<sup>79</sup>.

- La totalité des répondants indique avoir constaté une amélioration sur au moins une pathologie (seule une personne a répondu n'avoir constaté aucune amélioration) ;
- Seulement la moitié d'entre eux (51,5%) par contre déclare une absence d'amélioration sur au moins une pathologie (48,5% de la population déclare « aucune » absence d'amélioration) ;
- Concernant les pathologies les plus améliorées, les plus fréquemment citées sont les céphalées (pour 46,2% des répondants) devant les troubles digestifs (37%), les cervicalgies (34,5%), le lumbago (31,9%), le stress (23,5%), les lombalgies (19,7%), les entorses (19,3%), les migraines (15,5%), les rachialgies (15,1%), la fibromyalgie (12,6%) et la douleur (11,8%).
- Les pathologies les moins améliorées, les plus fréquemment citées sont les tendinites (pour 8,4 % des répondants), les acouphènes (6,3%) et avec la même fréquence la fibromyalgie, le lumbago et la sciatique (4,2%). Il faut noter que les

---

<sup>79</sup> Les réponses textuelles à ces deux questions (Q.4.3 et Q.4.4) ont été recodées et le détail des différentes pathologies est présenté en annexe 2, section « caractéristiques des améliorations et des enrichissements de l'exercice professionnel », tableaux n°65 et 67. Il est nécessaire de rappeler que les termes entorses, lumbago, troubles digestifs et céphalées figuraient dans l'intitulé de la question à titre d'exemple pour faciliter le remplissage de cette question ouverte. Il se peut que les réponses aient été influencées par ces indications car on note une grande fréquence de réponses pour ces modalités.



tendinites (améliorées pour 7,1% des répondants) et les acouphènes (pour 2,5% d'entre eux) sont peu considérées comme ayant été améliorées. Au contraire de la fibromyalgie, du lumbago et de la sciatique qui ont été fréquemment citées comme ayant améliorés.

- La lecture de ces résultats nous confirme donc que la pratique de la fasciathérapie améliore globalement l'efficacité thérapeutique tout en nous donnant une idée des domaines dans lesquelles son apport est le plus important comme l'illustre le Tableau 22 qui synthétise les regroupements effectués à partir des réponses données par les répondants.

Tableau 22 : Secteurs pathologiques les plus et les moins améliorés les plus fréquemment cités (pourcentage des répondants)

<b>Pathologies</b>	<b>Améliorés</b>	<b>Non améliorés</b>
Rachidiennes	76,9%	13,9%
Musculo-squelettiques non rachidiennes	64,3%	26,1%
Crâniennes	62,6%	13%
Digestives	43,3%	0,4%
Syndromes douloureux	29%	6,9%
Mal-être et stress	23,5%	0%

Le tableau nous confirme la nette amélioration rapportée par les répondants dans chacun des domaines, le nombre de répondants estimant avoir constaté une amélioration est bien supérieur à celui ayant constaté une absence d'amélioration.

Une analyse plus fine des résultats concernant les pathologies les plus améliorées nous fournit les informations suivantes :

- Dans le champ de la pathologie vertébrale, les pathologies lombaires (lumbago, lombalgie, sciatique) sont les plus citées par les répondants (59,7%) devant les pathologies cervicales (cervicalgies, torticolis) qui elles sont citées par 29,9% des répondants. Les pathologies globales du rachis (rachialgies, hernie discale) citées par 16% des répondants et surtout les pathologies dorsales (dorsalgies, dorsalgo) citées par seulement 2,1% des répondants semblent ainsi moins améliorées ;
- Le champ des pathologies musculo-squelettiques non rachidiennes semble circonscrit à deux secteurs : celui des pathologies traumatiques et micro-traumatiques (pathologies musculaires, articulaires, tendinites et entorses) le plus fréquemment cité (par 41,6% des répondants), celui des pathologies du membre supérieur (capsulite, épicondylalgie, canal carpien, épaule douloureuse) moins fréquemment cité (par 22,7% des répondants) ;

- Dans le champ des pathologies crâniennes, les céphalées (46,2%), les migraines (15,5%) et les maux de tête en général (1,3%) sont largement plus cités (ils totalisent 63% des répondants) que les vertiges (4,6%), les acouphènes (2,5%), les névralgies faciale (1,7%) ou de Arnold (0,4%) et les sinusites (1,7%) qui sont largement moins citées ;
- Le domaine des pathologies viscérales est peu renseigné, les troubles digestifs (37% des répondants) et les pathologies viscérales (4,2% des répondants) sont les plus fréquemment cités sans plus de précision, seule la maladie de Crohn (0,8%) et la constipation (0,4%) ont été citées mais de façon très faible ;
- Dans le domaine des syndromes douloureux, la fibromyalgie (12,6% des répondants) et la douleur (11,8%) sont les plus fréquemment citées ;
- Enfin le secteur du stress n'a pas été plus renseigné car nous avons choisi de ne pas y associer d'autres termes tels que la fatigue, les troubles du sommeil et de l'attention voire la douleur qui peuvent être considérées comme des manifestations du stress ;

Ces résultats confirment que la pratique de la fasciathérapie renforce de façon importante les praticiens dans leur prise en charge des pathologies musculo-squelettiques qu'elles soient rachidiennes ou non rachidiennes avec toutefois une prévalence d'amélioration sur les pathologies lombaires. Elle semble également améliorer le traitement des pathologies fonctionnelles viscérales et crâniennes avec une efficacité semble-t-il plus grande sur les maux de tête et les troubles digestifs. Elle peut également améliorer la prise en charge de la douleur et de la fibromyalgie qui sont des pathologies complexes comme le stress qui lui aussi peut également être fortement amélioré.

Ces résultats tendent à confirmer les améliorations évoquées plus haut et en particulier l'amélioration de l'efficacité thérapeutique et de la prise en charge de la douleur. Les améliorations de la relation avec le patient et des compétences pédagogiques jouent sans doute aussi un rôle dans ces améliorations.

## **5.2 Enrichissement de l'exercice professionnel**

En complément des améliorations que nous venons de voir, nous abordons maintenant les enrichissements perçus par les praticiens au contact de la fasciathérapie.

Les questions concernaient les vécus et les qualités nouvellement acquis et les plus enrichissants pour la pratique professionnelle, à choisir parmi une liste de proposition.

Les réponses se présentant sous la forme d'une hiérarchisation des modalités proposées, nous avons choisi de nous concentrer uniquement sur les modalités classées en premier choix (c'est-à-dire considérées comme étant les plus positivement impactées). Nous avons opté pour cette démarche pour traiter les réponses aux questions sur les qualités relationnelles, le toucher et le vécu corporel.

### 5.2.1 Qualités relationnelles acquises ou développées

Les qualités relationnelles que les praticiens estiment avoir acquis ou le plus développé au contact de l'exercice de la fasciathérapie sont présentées en Figure 18.

Parmi les huit modalités proposées, la présence arrive en tête (29,4% des répondants la classent en premier choix) puis viennent l'écoute (16,4%), l'attention (14,7%) et la profondeur (13,4%). La confiance (8%), la douceur (6,7%), l'adaptabilité (6,3%) et la stabilité (5%) sont moins citées. Elles apparaissent un peu comme le dernier choix des répondants. Les trois premières modalités concernent assez directement une dimension de relation à autrui, tandis que les quatre dernières relèvent plus d'une relation que le praticien entretient avec lui-même au sein de la relation. La profondeur est, en ce sens, assez logiquement placée entre ces deux groupes, comme s'il s'agissait d'une modalité relationnelle intermédiaire ou mixte.

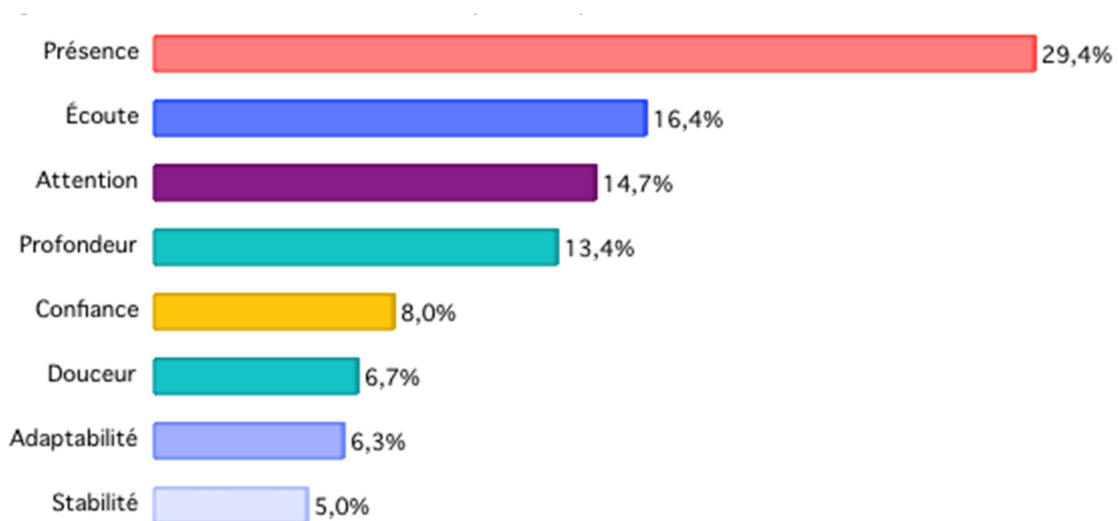


Figure 18 : Qualités relationnelles acquises ou développées avec l'exercice de la fasciathérapie (Choix 1). Pourcentage des répondants.

### 5.2.2 Enrichissement du toucher

Concernant l'enrichissement du toucher, dix modalités ont été soumises à l'appréciation des répondants, lesquels devaient retenir les 4 plus importantes pour eux, en les classant par ordre de préférence décroissante.

La Figure 19 présente les résultats du classement en premier choix. La profondeur y est citée de façon très dominante (41,2% des répondants la classe en premier choix). Viennent ensuite la capacité d'écoute et de présence (15,5%), la capacité d'entrer en relation avec le patient (12,6%) et la précision du geste thérapeutique (8,4%).

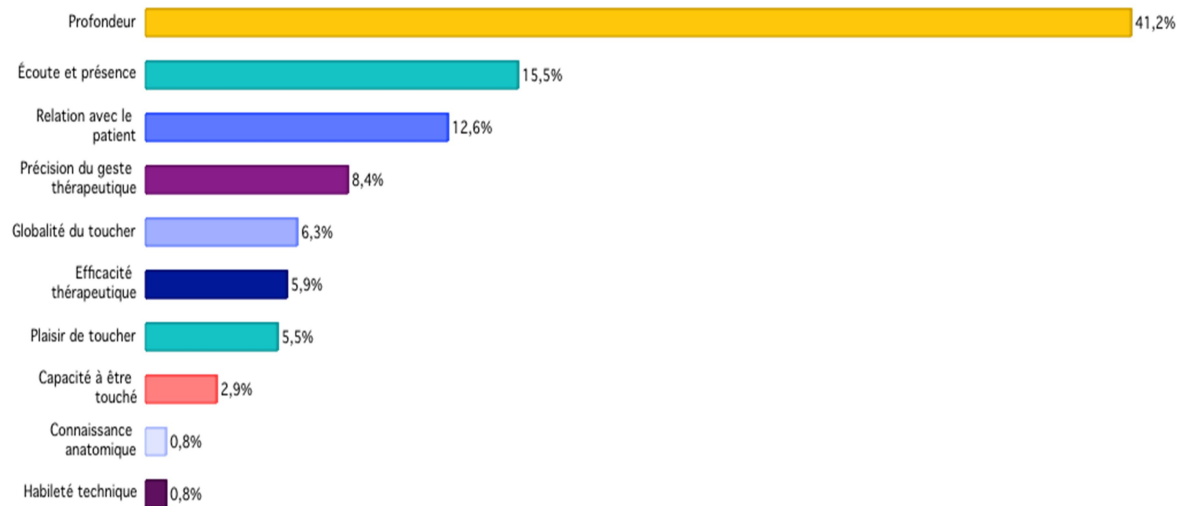


Figure 19 : Enrichissement du toucher (Choix 1). Pourcentage des répondants.

Ces résultats mettent en évidence l'importance de la profondeur en tant que nouveauté perceptive enrichissant la pratique. Elle pourrait constituer une spécificité du toucher de fasciathérapie, voire contribuer à la caractérisation identitaire de cette pratique. La pratique de la fasciathérapie semble également favoriser le développement ou l'enrichissement des dimensions relationnelles du toucher (écoute et présence, relation avec le patient) domaine qui, rappelons-le, a été cité comme une source de motivation à la formation de fasciathérapie (voir paragraphe 4.1 du présent chapitre). On constate également que l'écoute et la présence sont les deux qualités relationnelles ayant été précédemment citées comme les plus enrichies. 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.

### 5.2.3 Enrichissement du vécu corporel

Cette caractéristique a été interrogée à l'aide de deux variables, le vécu par le praticien du corps du patient et le vécu de son propre corps. Comme pour l'enrichissement du toucher, il a été demandé aux participants de choisir et d'ordonner de façon décroissante, parmi douze modalités proposées (les mêmes pour les deux variables), les quatre modalités qui leur semblaient les plus nouvelles et les plus enrichissantes pour leur pratique professionnelle.

**Concernant les vécus, par le praticien, du corps du patient** (Figure 20), les réponses sont réparties de façon plutôt homogène.

- La modalité unité corps/psychisme est la plus fréquemment citée (18,9% des répondants le citent en premier choix) devant le vécu du mouvement (16,4%), celui de la globalité (16%) et celui d'intériorité (14,3%) ;
- Le vécu de la profondeur, qui était si important pour le toucher, est ici moins cité (12,2%) ;
- Les modalités relation, implication, confiance, solidité, présence, sentiment d'existence et anatomie ne semblent pas être considérées comme ayant réellement contribué à enrichir la pratique professionnelle.

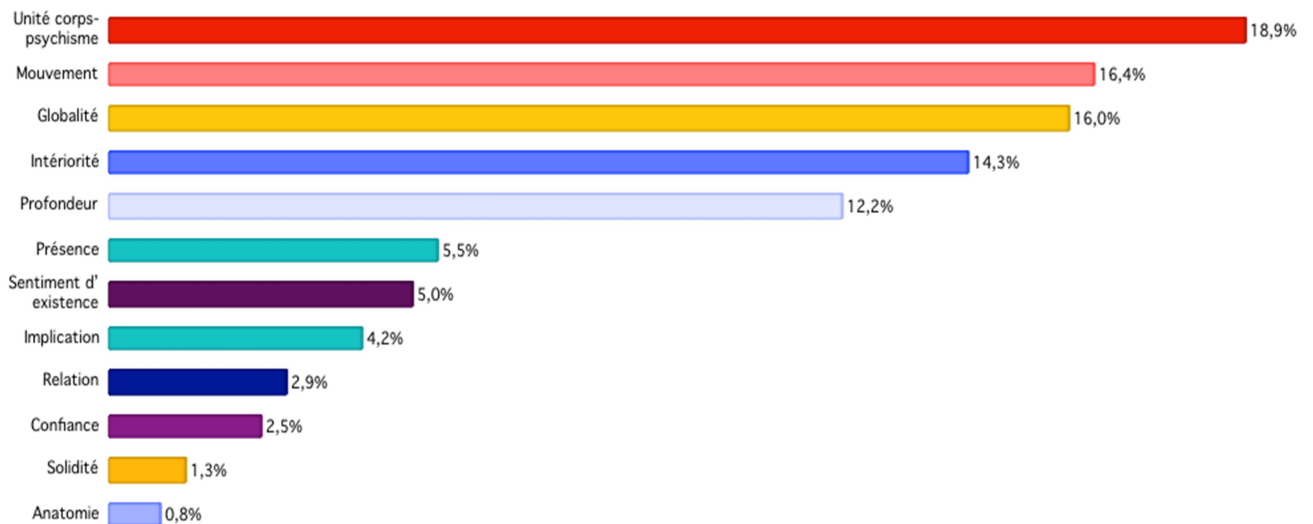


Figure 20 : Enrichissement du vécu du corps du patient (Choix 1). Pourcentage des répondants.

Il semble ainsi que les modalités organiques, faites de sensations et de perceptions d'unité, de globalité et d'animation interne dans le corps du patient soient considérées comme les plus nouvelles et les plus enrichissantes. Par contraste, les modalités relationnelles ou concernant les manières d'être semblent être moins nouvelles et enrichissantes pour la pratique.

**Concernant les vécus par les praticiens de leur propre corps** (Figure 21), les résultats sont différents et plus disparates.

- La perception d'une intériorité est la plus fréquemment citée en premier choix (20,2%) ;
- Viennent ensuite la découverte d'un sentiment d'existence (15,5%), et à égalité, la présence et de l'unité corps-psychisme (12,6%) ;
- Le mouvement est une modalité un peu intermédiaire (10,9%) ;
- Viennent ensuite, les modalités de globalité, profondeur, confiance et implication qui sont nettement moins citées ;
- Et enfin, solidité et relation qui sont les moins cités, si l'on exclut l'anatomie qui n'est jamais citée en premier choix.

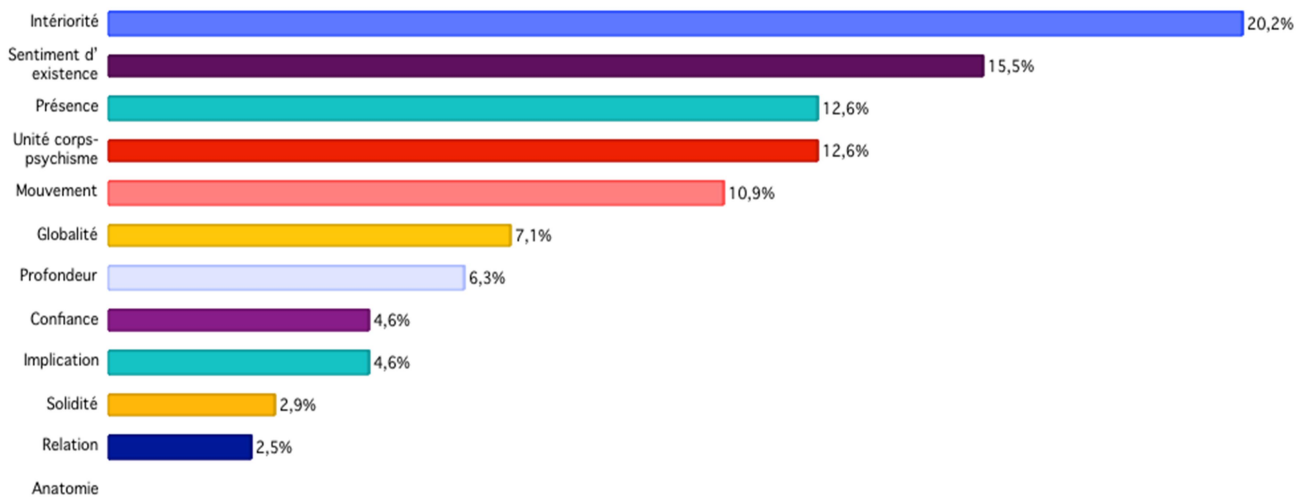


Figure 21 : Enrichissement du vécu de son propre corps par le praticien (Choix 1). Pourcentage de répondants.

Ces résultats indiquent que les vécus corporels du praticien contribueraient à enrichir la pratique professionnelle en faisant surtout découvrir et accéder à une dimension identitaire et existentielle articulée autour des vécus d'intériorité, de sentiment d'existence, de présence et d'unité corps-psychisme.

En synthèse, il faut noter que les modalités d'intériorité, d'unité corps-psychisme et de mouvement se retrouvent citées parmi les mieux classées dans les deux formes de vécu interrogé (le corps du patient et le corps du praticien). Elles nous semblent donc constituer le socle commun de ces deux expériences. On observe également que l'expérience que le praticien fait de son propre corps participe plutôt à la découverte de vécus de nature existentielle (sentiment d'existence, présence), tandis que

la perception du corps du patient fait plutôt découvrir des vécus de nature organique (globalité, profondeur). Il s'avère ainsi que ces deux types de vécu corporels spécifiques à la pratique de la fasciathérapie pourraient être complémentaires dans le développement et l'enrichissement perceptif et relationnel de la pratique.

## **6. Caractéristiques des impacts de la pratique de la fasciathérapie sur la vie professionnelle, personnelle et la santé**

Nous consacrons maintenant cette section à la présentation des différents impacts de la pratique de la fasciathérapie sur leur vie professionnelle (conception de l'exercice de la fasciathérapie, influence sur la vie professionnelle, implication dans la vie professionnelle et la formation) et leur vie personnelle (développement de capacités personnelles et sociales, impacts sur la santé). Les questions ont toutes été posées sous la forme d'une échelle de Likert interrogeant un degré d'accord aux propositions formulées (1 « pas du tout d'accord » 2 « plutôt pas d'accord », 3 « plutôt d'accord » et 4 « entièrement d'accord »), à l'exception des questions portant sur l'implication et les engagements dans la profession. Les principaux résultats sont rapportés dans le Tableau 23, l'ensemble des données étant consultable en annexe (Annexes 3 : Caractéristiques des impacts de la pratique de la fasciathérapie sur la vie professionnelle, personnelle et la santé).

Tableau 23 : Tableau illustrant les principaux impacts de la pratique de la fasciathérapie sur la vie professionnelle et personnelle. Sur les questions utilisant l'échelle de Likert, les pourcentages cumulent les réponses dont les scores sont supérieurs ou égaux à 3 (correspondant sémantiquement à « plutôt d'accord »).

Types d'impacts		Variable	Modalités	Réponses (% des répondants)
Vie professionnelle	Représentation de l'exercice de la fasciathérapie (score $\geq 3$ )	Représentation de l'exercice de la fasciathérapie (score $\geq 3$ )	Améliorer la pratique	95,8%
			Pratiquer une kinésithérapie qui me ressemble	95,8%
			Diversifier la pratique de la kinésithérapie	84,9%
			Donne du sens au métier	82,8%
		Influences de la fasciathérapie sur la vie professionnelle (score $\geq 3$ )	Plus de plaisir à pratiquer mon métier	94,6%
			Plus satisfait de mon travail	93,3%
	Influence sur l'implication socio-professionnelle	Adhésion à un syndicat professionnel	Avant la formation	19,7%
			Après la formation	12,6%
		Adhésion à une association professionnelle	Avant la formation	5,9%
			Après la formation	10,5%
		Formations complémentaires à la kinésithérapie	Avant la formation	60,5%
			Après ou au cours de la formation	35,3%
Vie personnelle	Développement de capacités personnelles et sociales (score $\geq 3$ )	Etre plus conscient de moi-même	89,5%	
		Capacité d'être en relation avec les autres	89,1%	
		Plus souple et plus adaptable aux situations	83,2%	
	Impacts sur la santé (score $\geq 3$ )	Outils pour gérer les tensions physiques et psychiques	90,4%	
		Plus calme et plus serein	84,1%	
		Outils pour résoudre les situations quotidiennes de stress	83,2%	

### 6.1 Représentation de la fasciathérapie au sein de la kinésithérapie

En interrogeant les praticiens sur leurs représentations de la fasciathérapie, notre projet était de déceler à travers les modalités de réponses privilégiées (sept étaient proposées) des indices de changement concernant le vécu de leur métier.

- Deux propositions reçoivent une adhésion très forte des répondants : 95,8% d'entre eux sont ainsi plutôt d'accord voire entièrement d'accord (score  $\geq 3$ ) pour dire que la fasciathérapie représente un moyen d'« améliorer leur pratique de kinésithérapeute » et de « pratiquer une kinésithérapie qui leur ressemble » ;
- La modalité « diversifier mon activité professionnelle » recueille 84,9% d'adhésion (score  $\geq 3$ ), tandis que « trouver le sens de mon métier » en recueille 82,8% ;



- Enfin, 80% des répondants considèrent que la fasciathérapie est l'occasion de vivre une passion (score  $\geq 3$ ) ;
- Une modalité recueille un fort taux de désaccord (score  $< 3$ ), « mieux gagner sa vie » (60,5%) ;
- La modalité « me différencier des autres kinésithérapeutes » est originale, en ce sens qu'elle recueille une relativement bonne adhésion (64,7% sont plutôt d'accord à entièrement d'accord avec cette proposition), alors que le score moyen qu'elle reçoit est de 2,66, ce qui la place sémantiquement en dessous du seuil d'accord donc entre plutôt d'accord et plutôt pas d'accord.

Une analyse de variance des scores attribués à chaque modalité indique que la moyenne globale des réponses se situe au-dessus de 3 (3,111) soit « plutôt en accord » avec toutes les propositions et confirme le classement du degré d'accord envers ces sept modalités (voir Tableau 24). Les modalités « améliorer ma pratique de kinésithérapie », « pratiquer une kinésithérapie qui me ressemble » et « trouver le sens de mon métier de kinésithérapeute » sont plus élevées que la moyenne indiquant de façon significative un degré d'accord plus fort. À l'inverse, les modalités « me différencier des autres kinésithérapeutes » et « mieux gagner ma vie » sont significativement inférieures à cette moyenne, ce qui les positionne sémantiquement entre « plutôt d'accord » et « plutôt pas d'accord », « mieux gagner ma vie » étant plus proche de 2 donc de « plutôt pas d'accord ».

Deux polarités de modalité se distinguent ainsi significativement autour de la moyenne faisant apparaître la représentation générale que les répondants se font de la pratique de la fasciathérapie :

- Ils sont d'accord pour dire que la fasciathérapie est pour eux un moyen d'améliorer leur pratique de kinésithérapeute, qu'elle leur permet de pratiquer une kinésithérapie qui leur ressemble et qu'elle leur permet de trouver le sens de leur métier.
- En revanche, ils sont en désaccord avec le fait de dire que la fasciathérapie serait un moyen de mieux gagner leur vie ou de se distinguer de leurs confrères kinésithérapeutes.

Tableau 24 : Analyse de variance des réponses concernant les représentations de la pratique de la fasciathérapie (Test de Fisher significatif,  $p=0.001$ ). La significativité des écarts individuels à la moyenne est symbolisée par les signes « + » ou « - » (supérieur ou inférieur à la moyenne). Le nombre de signes répétés indique le nombre de fois où le seuil de significativité de 5% est

dépassé, traduisant une forme de force de la significativité de l'écart. Le symbole « . » indique une absence de différence.

	Moyenne	Degré de significativité et sens des écarts à la moyenne
Améliorer ma pratique de kinésithérapie	3,58	+++++
Pratiquer une kinésithérapie qui me ressemble	3,563	+++++
Trouver le sens de mon métier de kinésithérapeute	3,319	++
Diversifier mon activité professionnelle	3,21	.
Vivre une passion	3,126	.
Me différencier des autres kinésithérapeutes	2,66	---
Mieux gagner ma vie	2,319	-----
Moyenne générale des scores	3,111	

Les deux autres modalités (« vivre une passion » et « diversifier mon activité professionnelle ») se fondent dans la valeur moyenne globale des réponses. Une Analyse en Composantes Principale (Figure 22) permet de préciser les affinités de ces modalités entre elles.

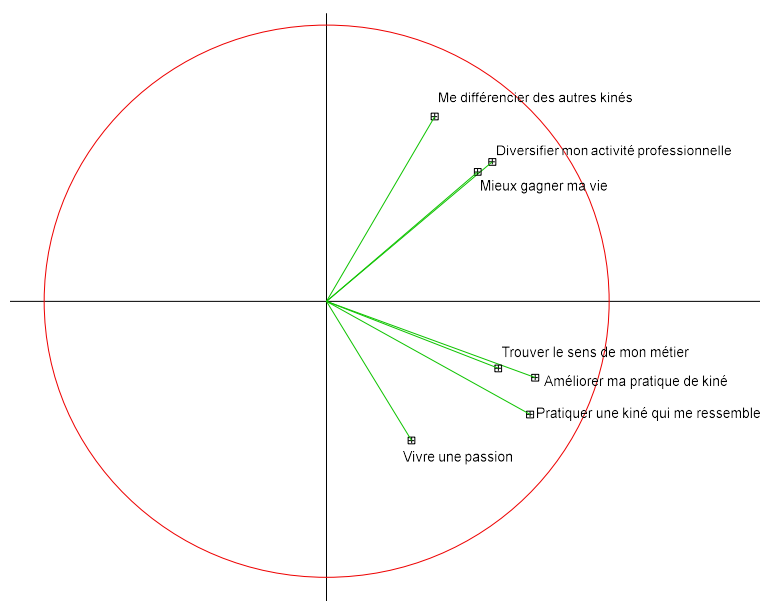


Figure 22 : Analyse en composantes principales des scores attribués aux modalités de réponses à la question portant sur les représentations de la fasciathérapie au sein de la kinésithérapie (53.98% d'explication de la variabilité totale sur les deux premiers axes).

Sur la Figure 22, on peut voir que l'axe 2 (axe vertical), oppose deux groupes de modalités, qui sont par ailleurs quasiment orthogonales entre elles. Les modalités sont donc distribuées en deux groupes indépendants l'un de l'autre, reflétant l'existence de deux familles distinctes de répondants :

- d'un côté ceux qui considèrent que l'exercice de la fasciathérapie améliore leur pratique, leur permet de trouver le sens de leur métier et de pratiquer

une kinésithérapie qui leur ressemble. Ils auraient également une certaine affinité avec le fait que la fasciathérapie permet de vivre une passion ;

- de l'autre côté, ceux qui voient dans la fasciathérapie un moyen de se différencier de leurs confrères, de diversifier leur activité et de mieux gagner leur vie.

Ces informations supplémentaires issues de cette ACP viennent préciser la polarisation des répondants mise en évidence par l'analyse de variance tout en contribuant à mieux situer la position des modalités « vivre une passion » et « diversifier mon activité professionnelle » par rapport aux deux polarités. Au final, les polarités semblent bien marquées par des oppositions identitaires : ainsi, « améliorer ma pratique » s'oppose à « diversifier mon activité », « me différencier des autres kinésithérapeutes » s'oppose à « pratiquer une kinésithérapie qui me ressemble » et « mieux gagner ma vie » s'oppose à « vivre une passion ».

## 6.2 Impacts sur le vécu professionnel

En interrogeant les praticiens sur l'influence que l'exercice de la fasciathérapie a eu sur leur vie professionnelle, notre projet était de déceler, à travers les modalités de réponses privilégiées (huit modalités étaient proposées), des indices de changement ou de renforcement concernant leur engagement professionnel, leur position professionnelle et la considération qu'ils portent à leur travail :

- Deux modalités (« plus de plaisir à pratiquer » et « plus de satisfaction au travail ») semblent largement plébiscitées puisqu'elles recueillent respectivement l'adhésion de 94,6% et 93,3% des répondants (score  $\geq 3$ ) ;
- Vient ensuite la modalité « nouvelle motivation » (89,1%), suivie de deux modalités classées *ex aequo* (« plus de valeur au travail » et « découvrir quel kinésithérapeute je souhaite être ») avec 87,4% des répondants qui les approuvent (score  $\geq 3$ ) ;
- Enfin, 82,8% des répondants se sentent « plus investis et plus impliqués dans leur travail » (score  $\geq 3$ ) ;
- Arrivent en dernier deux modalités moins soutenues : « une nouvelle vocation » (69%) et « trouver sa place dans la kinésithérapie » (68%) (score  $\geq 3$ ).

L'analyse de variance conduite sur les scores attribués à ces modalités<sup>80</sup> (tableau 25) indique que la moyenne globale des réponses se situe au-dessus de 3 (3,169) soit « plutôt en accord » avec toutes les propositions. On constate toutefois que les moyennes des modalités « plus de plaisir à pratiquer », « plus de valeur à mon travail », « nouvelle motivation » et « découvrir quel kinésithérapeute je souhaitais être » sont globalement plus élevées que la moyenne générale indiquant de façon significative un degré d'accord plus fort. A l'inverse les moyennes des modalités « vocation » et « trouver ma place » sont significativement inférieures à cette moyenne bien que leur valeur soit à peine en-dessous de 3, ce qui les positionne sémantiquement entre « plutôt d'accord » et « plutôt pas d'accord ».

Tableau 25 : Analyse de variance des réponses concernant les influences de la fasciathérapie sur la vie professionnelle (Test de Fisher significatif,  $p=0.001$ ). La significativité des écarts individuels à la moyenne est symbolisée par les signes « + » ou « - » (supérieur ou inférieur à la moyenne). Le nombre de signes répétés indique le nombre de fois où le seuil de significativité de 5% est dépassé, traduisant une forme de force de la significativité de l'écart. Le symbole « . » indique une absence de différence.

<b>Modalités</b>	<b>Moyenne</b>	<b>Degré de significativité et sens des écarts à la moyenne</b>
Plus de plaisir à pratiquer	3,45	+++
Une nouvelle motivation	3,294	+
Découvrir quel kiné je souhaitais être	3,273	+
Plus de valeur à mon travail	3,273	+
Plus impliqué et plus investi	3,126	.
Une véritable vocation professionnelle	2,903	--
Trouver ma place dans le métier	2,861	--
Moyenne générale des scores	3,169	

Une Analyse en Composantes Principale a été conduite sur l'ensemble de ces modalités (Figure 23).

---

<sup>80</sup> La modalité de réponse « plus satisfait de mon travail » ne respectant pas les critères de normalité (test de Kolmogorov) n'a pas retenue pour la suite de l'analyse.



Figure 23 : Analyse en Composantes Principales des scores attribués aux sept modalités de réponses « normales » à la question portant sur les influences de la fasciathérapie sur la vie professionnelle et personnelle (58.46% d'explication de la variabilité totale sur le premier axe et 10.10% sur le second).

Elle met essentiellement en évidence une relation significative entre les modalités « plus impliqué et plus investi dans mon travail » et « plus de valeur à mon travail » révélant ainsi une famille de comportement de répondants. Cette corrélation forte souligne que le degré d'implication au travail est systématiquement associé à son niveau de valorisation. De même les modalités « plus de plaisir à pratiquer mon métier » et « nouvelle motivation au travail » sont fortement corrélées, ce que l'on peut comprendre si l'on conçoit qu'une nouvelle motivation accroît le plaisir au travail. On peut également observer une opposition sur l'axe 2 (axe vertical) entre les modalités « plus de plaisir à pratiquer mon métier » et « nouvelle motivation au travail » et les modalités « découvrir quel kinésithérapeute je souhaitais être » et « trouver ma place ». Cela pourrait indiquer deux tendances chez les répondants : ceux pour qui la fasciathérapie contribue à affirmer leur position professionnelle et ceux pour qui elle participe au renforcement de leur plaisir et motivation professionnelle.

Ces résultats nous autorisent à penser que l'exercice de la fasciathérapie favorise globalement l'accomplissement du kinésithérapeute dans son exercice professionnel dans deux directions :

- le renforcement du plaisir, de la satisfaction et de la valeur donnée au travail ainsi qu'une nouvelle motivation ;
- l'actualisation d'une singularité professionnelle (devenir le kinésithérapeute que je souhaitais être, voire trouver sa place dans la kinésithérapie).

Il faut noter que cet accomplissement professionnel procède plutôt d'une amélioration de l'exercice professionnel quotidien plutôt que d'un véritable repositionnement identitaire (trouver ma place dans la kinésithérapie ou découvrir une véritable vocation professionnelle).

### **6.3 Influences sur l'activité socio-professionnelle**

Cette section présente les changements opérés dans l'activité socio-professionnelle, terme derrière lequel nous inscrivons l'évolution de l'adhésion à des associations ou syndicats de kinésithérapie et l'engagement dans la formation continue en kinésithérapie. L'analyse est donc conduite à partir des différences entre les réponses obtenues sur les items « avant » et « après » la formation en fasciathérapie.

On observe tout d'abord que, sans aucune corrélation statistique (test du PEM) avec le fait que 68,5% des répondants ont adhéré à l'ANKF, l'adhésion syndicale baisse de 7% après la formation en fasciathérapie, tandis que l'adhésion à une organisation professionnelle non syndicale (autre que l'ANKF) augmente de 5%.

On observe ensuite, que le taux de formation continue en kinésithérapie diminue de 25,2 points après la formation en fasciathérapie, passant de 60,5 % des répondants avant la formation à 35,3% après. Une analyse croisée (PEM) montre que les 39,5% de répondants n'ayant pas suivi de formation complémentaire avant la fasciathérapie ne présentent aucune relation avec les 35,3% poursuivant des formations après la fasciathérapie. Il semble donc que l'adhésion à l'ANKF et la formation de fasciathérapie n'ont pas de réelle influence sur l'engagement dans la vie professionnelle (syndicale ou associative) et sur la dynamique de formation professionnelle.

Lorsqu'on analyse plus finement les thématiques de formation suivies avant et après la formation de fasciathérapie, on constate que l'essentiel de la baisse de formation est à imputer à la diminution des formations en techniques manuelles et en techniques posturales et gymniques, qui perdent respectivement 28 et 6 points de pourcentage de répondants. Cette baisse pourrait indiquer que la formation de

fasciathérapie satisfait pleinement les répondants ou répond à leurs exigences de formation dans ces domaines. Les résultats précédents concernant les améliorations et les enrichissements professionnels ou personnels viennent conforter cette analyse.

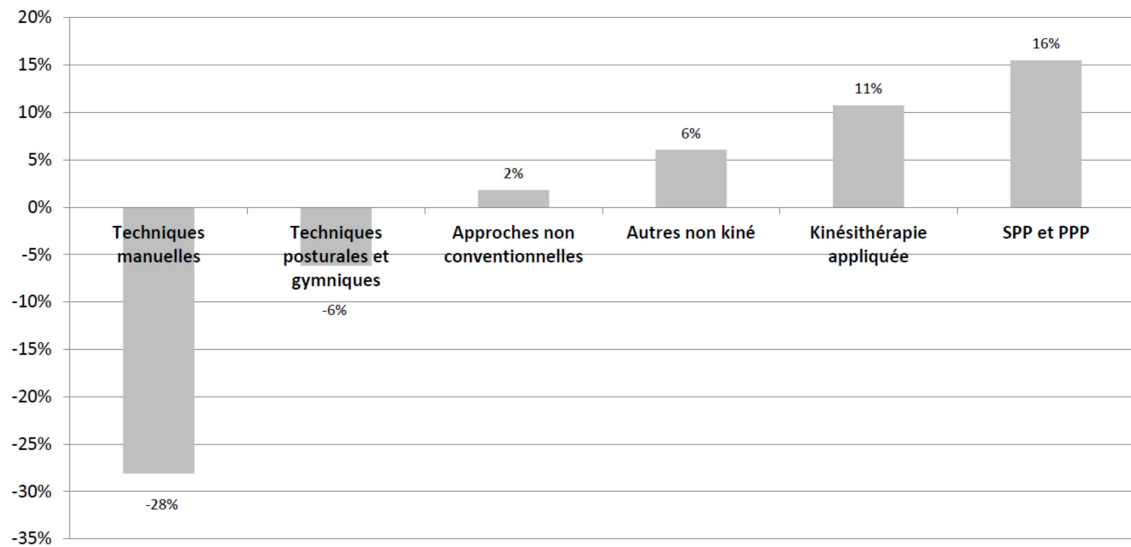


Figure 24 : Evolution du taux déclaré de formation des répondants après la formation en fasciathérapie, exprimée en différence de point de pourcentage avec le taux déclaré avant la formation.

Notons en revanche que les formations en kinésithérapie appliquée augmentent de plus de 10 points, ce qui pourrait correspondre à un besoin d'intégrer les apports de la fasciathérapie dans les différents champs de la kinésithérapie. De même, apparaissent avec une croissance de 16 points, les formations en somato-psychopédagogie (SPP) et psychopédagogie perceptive (PPP). Cette forte « augmentation » est à relier au fait que les praticiens n'en avaient pas connaissance avant leur formation en fasciathérapie puisqu'elles font partie des programmes pouvant être accessibles par la formation de fasciathérapie.

#### 6.4 Développement de capacités personnelles et sociales

Dans cette section, nous abordons la question de l'influence de l'exercice de la fasciathérapie sur le développement des capacités personnelles et sociales des praticiens (c'est-à-dire sur le rapport à soi, aux autres et à la vie quotidienne) à partir de leurs réponses aux neuf modalités proposées et pour lesquelles il leur était demandé de donner leur degré d'accord sur une échelle de Likert à 4 niveaux. L'objectif de ces questions était d'évaluer les apports et les applications de la pratique de la fasciathérapie sur l'identité personnelle qui, nous l'avons évoqué dans la partie théorique, constitue une dimension de l'identité professionnelle.

- Deux modalités se démarquent nettement, « être plus conscient de moi-même et de qui je suis profondément en tant que personne » et « capacité d'être en relation avec les autres », avec respectivement 89,5% et 89,1% de répondants favorables (score  $\geq 3$ );
- Vient ensuite la modalité de « plus souple et adaptable face aux événements » (83,2%) suivie de deux modalités *ex aequo* « vie plus riche, plus pleine et plus profonde » et « plus conscient de mes besoins et de mes limites » (80,3%) (score  $\geq 3$ );
- Très proches ensuite, apparaissent les modalités « plus grande confiance en soi-même » et « meilleure estime de moi-même », avec respectivement 78,2% et 77,3% d'accord (score  $\geq 3$ );
- enfin, la « capacité à trouver des solutions face aux difficultés de la vie quotidienne » remporte 73,9% d'adhésion et la « développement de ma joie de vivre et de mon aspiration au bonheur » 65,1% (score  $\geq 3$ ).

Une analyse de variance (Tableau 26) conduite sur tous les scores attribués à ces modalités montre que les résultats sont très resserrés autour de la moyenne, laquelle se positionne, comme pour les variables précédemment décrites, légèrement au-dessus de 3, c'est-à-dire plutôt d'accord. Sans surprise, les deux modalités les plus plébiscitées (être plus conscient de moi-même et capacité d'être en relation avec les autres) se distinguent par un score moyen significativement supérieur à la moyenne générale. Egalement sans surprise, les deux modalités les moins plébiscitées (capacité à trouver des solutions et développement de ma joie de vivre) obtiennent des scores légèrement inférieurs à la moyenne générale, mais proches de 3 (plutôt d'accord), nous indiquant que les répondants sont moins fortement d'accord avec ces propositions.

Une première lecture de ces résultats est que la fasciathérapie impacte positivement toutes les dimensions interrogées. Plus finement, il semble se dégager deux tendances autour de la moyenne, indiquant que la pratique de la fasciathérapie favoriserait plutôt le développement de potentialités personnelles et relationnelles (conscience de soi et relation aux autres) plutôt que la résolution de problématiques identitaires ou existentielles (résolution de problème, aspiration au bonheur).



Tableau 26 : Analyse de variance des réponses concernant les influences de la fasciathérapie sur le développement de capacités personnelles et sociales (Test de Fisher significatif,  $p=0.001$ ). La significativité des écarts individuels à la moyenne est symbolisée par les signes « + » ou « - » (supérieur ou inférieur à la moyenne). Le nombre de signes répétés indique le nombre de fois où le seuil de significativité de 5% est dépassé, traduisant une forme de force de la significativité de l'écart. Le symbole « . » indique une absence de différence.

Modalités	Moyenne	Degré de significativité et sens des écarts à la moyenne
Etre plus conscient de moi-même et de qui je suis profondément en tant que personne	3,378	++
Capacité d'être en relation avec les autres	3,277	+
Plus souple et plus adaptable face aux événements de la vie	3,176	.
Vie plus riche, plus pleine et plus profonde	3,155	.
Plus conscient de mes besoins et de mes limites	3,126	.
Plus grande confiance en moi-même	3,101	.
Meilleure estime de moi-même	3,084	.
Capacité à trouver des solutions face aux difficultés de la vie quotidienne	2,996	-
Développement de ma joie de vivre et de mon aspiration au bonheur	2,845	--
Moyenne générale des scores	3,127	

On se souvient que seulement 1/4 de l'échantillon (27,3%) s'est engagé dans la formation de fasciathérapie avec un objectif de développement et d'épanouissement personnel (voir la section **Erreur ! Source du renvoi introuvable.** du présent chapitre). Cette première analyse tendrait à montrer que, finalement, la pratique de la fasciathérapie favoriserait le développement personnel y compris chez ceux qui n'avaient pas formulé ce projet au moment de leur engagement dans cette formation.

## 6.5 Influences sur la santé physique et psychique et sur le rapport à sa propre santé

Les influences de l'exercice de la fasciathérapie sur la santé physique et psychique du praticien sont également interrogées par le biais de huit modalités à classer sur une échelle de Likert à 4 niveaux. L'objectif était d'évaluer la façon dont les praticiens reconnaissent sur eux-mêmes les effets soignants apportés par l'exercice de la fasciathérapie et les outils qu'ils y ont trouvés pour gérer leur santé au quotidien. Pour compléter cette évaluation de la place de la fasciathérapie dans la gestion qu'ont les praticiens de leur propre santé, on y a ajouté une les réponses textuelles libres à la question portant sur la fréquence et les motifs de recours à des séances de fasciathérapie pour eux-mêmes

## 6.6 Concernant les effets de la pratique de la fasciathérapie sur la santé physique et psychique du praticien

Les réponses aux différentes modalités de cette question montrent qu'il existe un accord global pour considérer que la pratique de la fasciathérapie a un impact positif sur la santé physique et psychiques (score  $\geq$  à 3, soit « plutôt d'accord » voire « tout à fait d'accord »). On observe toutefois des taux de réponse favorables plus élevées pour certaines d'entre elles comme suit :

- 90,4% des répondants considèrent ainsi que l'exercice de la fasciathérapie leur a donné « des outils pour soulager douleurs physiques et tensions corporelles quotidiennes » ;
- 84% d'entre eux estiment que cet exercice les a « rendus plus calmes et plus sereins » ;
- 83,2% s'accordent à dire que cet exercice leur a donné « des outils pour résoudre des situations quotidiennes de stress » ;
- 81,9% se disent « moins stressés » depuis qu'ils exercent la fasciathérapie ;
- 80,7% reconnaissent que l'exercice de la fasciathérapie leur a permis de « soulager douleurs physiques et tensions corporelles quotidiennes » ;
- 77,8% disent « ressentir un bien-être psychique » depuis qu'ils exercent la fasciathérapie ;
- 76,1% se déclarent « globalement en meilleure santé » depuis qu'ils pratiquent la fasciathérapie ;
- 72,7% se sentent « globalement moins fatigués et avec une meilleure vitalité ».

Une analyse de variance conduite sur toutes les modalités (Tableau 27) montre que les réponses se situent toutes très proches de la moyenne générale des scores (égale à 3,07). Cela confirme que les répondants sont globalement plutôt d'accord avec les propositions. Notons toutefois que les deux modalités « outils » (« pour gérer les tensions » et « pour résoudre les situations de stress ») sont significativement supérieures à la moyenne. Les autres modalités sont trop faiblement différentes de la moyenne générale pour que l'on puisse en déduire des propositions solides pour la suite de notre étude.

Tableau 27 : Analyse de variance des réponses concernant les influences de l'exercice de la fasciathérapie sur la santé physique et psychique (Test de Fisher significatif,  $p=0.001$ ). La significativité des écarts individuels à la moyenne est symbolisée par les signes « + » ou « - »

(supérieur ou inférieur à la moyenne). Le nombre de signes répétés indique le nombre de fois où le seuil de significativité de 5% est dépassé, traduisant une forme de force de la significativité de l'écart. Le symbole « . » indique une absence de différence.

Modalités	Moyenne	Degré de significativité et sens des écarts à la moyenne
Outils pour gérer les tensions	3,34	+++
Outils pour résoudre les situations de stress	3,185	+
Plus calme et plus serein	3,122	.
Moins stressé	3,076	.
Soulager douleurs et tensions physiques	3,021	.
Bien-être psychique	3,013	.
Globalement en meilleure santé	2,924	-
Moins fatigué et meilleure vitalité	2,882	-
Moyenne générale des scores	3,07	

Ces résultats confirment que la pratique de la fasciathérapie a un *effet soignant* physique et psychique sur le praticien et qu'elle lui permet, de façon statistiquement plus nette, d'y trouver *des outils* pour faire face à ses propres difficultés quotidiennes (stress, douleurs, tensions). La dimension de gestion de la santé (outils) apparaît ainsi plus nettement plébiscitée par les répondants.

## 6.7 Concernant le recours à des séances de fasciathérapie pour soi-même

Le recours des praticiens à des séances de fasciathérapie pour eux-mêmes est en moyenne de 7 séances/an, mais il est très variable (écart-type de 6,59), avec une très grande amplitude des réponses (de 0 à 40 séances/an). Il apparaît cependant remarquable que :

- 89% des répondants ont recours à des séances de fasciathérapie pour eux-mêmes au moins une fois par an, soit 207 personnes ;
- le motif de consultation en fasciathérapie pour soi<sup>81</sup> (voir Figure 25) est principalement :
  - \* pour des douleurs et des tensions physiques (35,6% des 207 praticiens),
  - \* pour le bien-être et le stress (28,5% des 207 praticiens),

---

<sup>81</sup> La totalité des 207 personnes ayant déclaré avoir recours à des séances de fasciathérapie au moins une fois par an (89% des répondants) ont indiqué les motifs pour lesquels elles y faisaient appel (réponses textuelles libres). L'ensemble de ces réponses a été recodé en 9 thèmes (douleurs et tensions physiques, bien-être, stress, développement professionnel et personnel, fatigue, maladie, mal-être, autres) (Les données brutes sont en Annexe 3 : caractéristiques des impacts de la fasciathérapie sur la vie professionnelle, personnelle et la santé)

\* et dans un objectif de développement personnel et professionnel (22,2% des 207 praticiens).

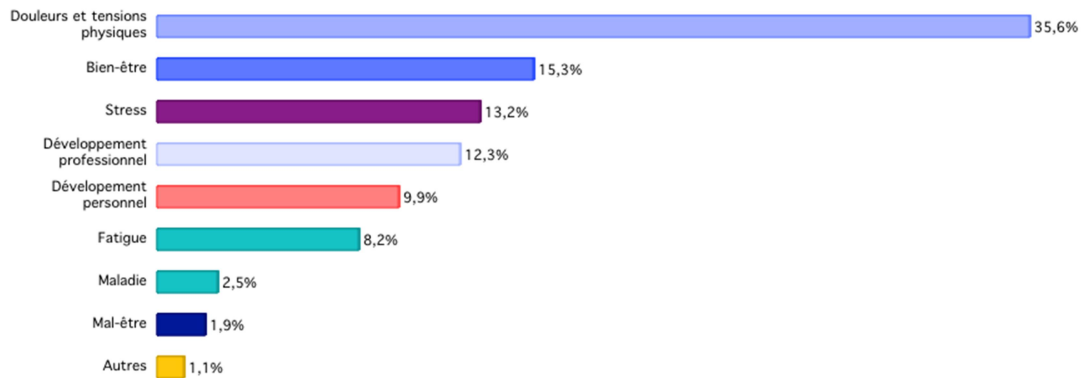


Figure 25 : Motifs de consultation des praticiens pour des séances de fasciathérapie

Les résultats de cette section montrent bien que les répondants reconnaissent à la fasciathérapie des effets soignants et formatifs pour eux-mêmes, aussi lorsqu'ils la pratiquent que lorsqu'ils la reçoivent. Ils manifestent ainsi une certaine confiance dans les aspects curatifs et préventifs de cette approche et dans son efficacité thérapeutique. Nous remarquons aussi qu'un nombre relativement important de praticiens ont recours à des séances de fasciathérapie dans un objectif de développement personnel et professionnel. Ceci vient compléter les résultats mis en évidence dans les sections précédentes concernant les impacts sur le vécu professionnel (section 6.2) et sur le développement des capacités personnel et social (section 6.4), attribués à l'exercice de la fasciathérapie.

## 7. Perception de l'articulation de la fasciathérapie avec la kinésithérapie

Cette nouvelle section rend compte de la manière dont les praticiens consultés perçoivent l'articulation de leur exercice de la fasciathérapie avec celui de la kinésithérapie afin de caractériser et objectiver les éventuelles facilités ou difficultés rencontrées dans les différents secteurs interrogés. Nous avons sérié ce domaine en deux grandes parties. Dans un premier temps, nous présentons les résultats des questions qui interrogent l'intégration de la fasciathérapie au sein de la kinésithérapie. Dans un second temps, nous rendons compte des résultats des questions interrogeant

l'intégration des spécificités de la fasciathérapie au sein de la kinésithérapie (toucher et participation du corps du praticien).

Quatre grands types de questions ont été posés pour renseigner l'intégration de la fasciathérapie au sein de l'exercice de la kinésithérapie. Tout d'abord, une question simple d'évaluation du degré de facilité ou de difficulté à intégrer la fasciathérapie au sein de la kinésithérapie (échelle de Likert à 4 niveaux). Ensuite, une question avec classement visant à identifier et qualifier les principales difficultés rencontrées. Puis une question plus spécifiquement axée sur la manière dont les répondants se sentent reconnus dans leur exercice de la fasciathérapie (échelle de Likert à 5 niveaux). Et enfin deux questions interrogeant l'aisance à intégrer deux spécificités de la fasciathérapie dans la pratique de la kinésithérapie (le toucher et l'expérience corporelle du praticien).

L'ensemble des données recueillies et les tableaux des tris à plat est consultable en annexe (Annexes 3 : Perception de l'articulation de la fasciathérapie avec la kinésithérapie)

### 7.1 Degré d'aisance à intégrer la fasciathérapie au sein de la kinésithérapie

La Figure 26 présente la répartition des réponses à la question interrogeant le degré de difficulté ou de facilité à intégrer la fasciathérapie dans la kinésithérapie. On note que pour la grande majorité des répondants (80,2%) il est très facile (25,6%) voire facile (54,6%) d'intégrer la fasciathérapie dans la kinésithérapie. Cela reste toutefois difficile (16,8%) à très difficile (2,9%) pour 19,7% des répondants.

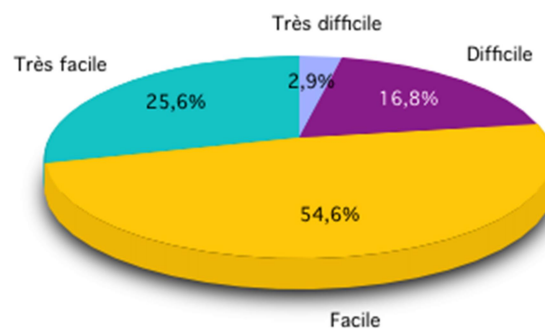


Figure 26 : Introduction de la fasciathérapie dans la pratique de la kinésithérapie

### 7.2 Identification et qualification des principales difficultés rencontrées

Pour traiter cette question, on interroge les répondants sur les difficultés rencontrées pour pratiquer la fasciathérapie au sein de la kinésithérapie (classement de 4

choix préférentiels au sein d'une liste de 9 propositions). Il apparaît que la plupart des choix proposés sont à peu près autant cités en 1<sup>er</sup> choix qu'en dernier choix, à l'exception du temps de séance conventionnel, qui est plus fréquemment cité que les autres comme difficulté importante (il est surtout cité en premier choix) et de la nécessité d'être impliqué dans la séance ou d'avoir une salle isolée, qui sont plutôt moins cités et cités en derniers choix. Pour la suite de l'analyse, il nous est apparu sans pertinence de poursuivre la comparaison des classements de choix, car ils étaient peu significatifs, et n'apportaient d'information supplémentaire significative par rapport à la simple analyse du premier choix. Nous avons donc décidé de ne traiter que les résultats du rang 1 parmi les 4 choix des répondants.

L'absence de reconnaissance de la fasciathérapie par la profession est la modalité la plus citée (23,1% des répondants). Concernant la séance de kinésithérapie, le temps est jugé trop court (20,2%) et son coût insuffisant (18,1%). Un plus petit nombre de répondants retient également le manque de connaissance de la fasciathérapie par les patients (11,8%), ainsi que la difficulté due à la pratique de la fasciathérapie elle-même (10,1%) ou le fait qu'elle soit difficile à expliquer (6,7%). Les conditions nécessaires de calme et le besoin de pratiquer dans une salle isolée, ainsi que l'implication requise pour la pratique de la fasciathérapie sont deux propositions très peu citées (respectivement 2,9% et 1,7%) et ne semblent donc pas représenter une grande difficulté.

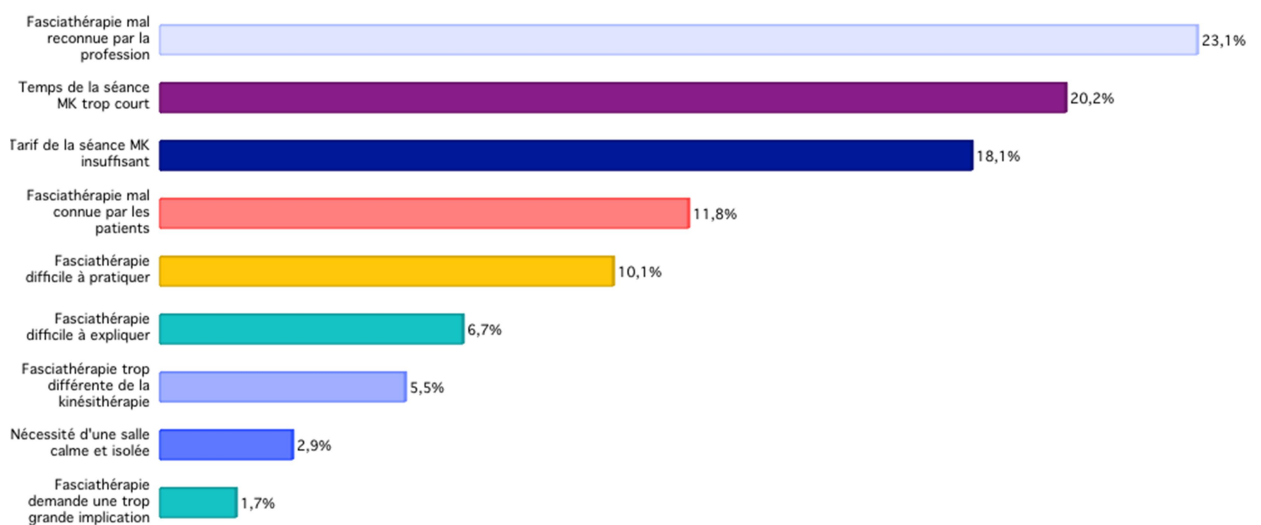


Figure 27 : Principales difficultés rencontrées pour appliquer la fasciathérapie dans la pratique quotidienne de kinésithérapie (résultats du choix 1 au sein d'une sélection demandée de 4 choix).

Ces chiffres nous indiquent que les aspects dits « pratiques ou spécifiques de la fasciathérapie » (l'implication nécessaire à son exercice, sa maîtrise technique, sa communication) représentent des difficultés mineures comparativement au contexte socio-professionnel (reconnaissance par la profession) qui associé aux contraintes matérielles propres à la pratique kinésithérapie (temps et coût de la séance) sont désignées par 61,4% des répondants comme les difficultés majeures rencontrées pour appliquer la fasciathérapie dans leur exercice professionnel quotidien.

### 7.3 Reconnaissance socio-professionnelle de l'exercice de la fasciathérapie

Une question spécifique a été posée concernant la manière dont les praticiens se sentent reconnus dans leur environnement socio-professionnel. Les réponses à cette question visent à compléter et préciser la compréhension des difficultés qui y rencontrées. Elles sont collectées sur une échelle de Likert à 5 niveaux qui permet de qualifier le sentiment de reconnaissance, à l'égard de trois publics : les patients, les autres professionnels de santé et les instances professionnelles de la kinésithérapie.

Une analyse de variance des réponses (Tableau 28) fait ressortir de façon très significative que les répondants s'estiment plutôt mal reconnus par les instances professionnelles de la kinésithérapie (notons que pas un seul individu a indiqué se sentir très bien reconnu par la profession, le score 5 n'ayant donc jamais été attribué). A l'inverse, les répondants se sentent très bien reconnus par leurs patients et ni bien ni mal reconnus par les autres professionnels de santé.

Tableau 28 : Analyse de variance des réponses concernant le sentiment de reconnaissance de l'exercice de la fasciathérapie (Test de Fisher significatif,  $p=0.001$ ). La significativité des écarts individuels à la moyenne est symbolisée par les signes « + » ou « - » (supérieur ou inférieur à la moyenne). Le nombre de signes répétés indique le nombre de fois où le seuil de significativité de 5% est dépassé, traduisant une forme de force de la significativité de l'écart. Le symbole « . » indique une absence de différence.

Reconnaissance par	Moyenne	Ecart-type	Degré de significativité et sens des écarts à la moyenne
Les patients	4,391	0,78	+++++
Les instances professionnelles de la kinésithérapie	1,739	0,87	-----
Les autres professionnels de santé	3,155	1,05	.
Moyenne générale des scores	3,095		

Ces résultats semblent confirmer la difficulté principale évoquée précédemment, d'un sentiment de « mauvaise » reconnaissance de la fasciathérapie par les instances professionnelles.

#### **7.4 Intégration des spécificités de la fasciathérapie dans la pratique de la kinésithérapie**

Nous avons souhaité étudier de façon plus approfondie deux aspects spécifiques de la fasciathérapie, le toucher et l'expérience corporelle du praticien, afin d'en apprécier la facilité d'intégration dans l'exercice de la kinésithérapie (échelle de Likert de 1 « très difficile » à 10 « très facile », la médiane étant donc fixée à 5,5). Notre objectif était de repérer si certaines dimensions de ces deux aspects de la fasciathérapie présentaient des difficultés ou des facilités particulières. L'évaluation a porté sur 11 caractéristiques du toucher et 9 caractéristiques de l'expérience corporelle<sup>82</sup>.

La moyenne générale des scores attribués aux 11 modalités du toucher est de 6,536 (+/- 1,65) et de 6,064 (+/- 1,76) pour les 9 modalités de l'expérience corporelle (voir Tableau 29 et Tableau 30). Ces valeurs sont proches ou supérieures à 6 c'est-à-dire supérieures à la médiane de l'échelle de Likert, signifiant que les répondants n'ont pas exprimé de réelle difficulté ni de très grande facilité à intégrer dans la pratique de kinésithérapie les dimensions du toucher et de l'expérience corporelle spécifiques à la fasciathérapie.

**Concernant les différents aspects du toucher** interrogés, une analyse de variance (Tableau 29) fait apparaître quelques différences remarquables. Trois modalités présentent un score moyen supérieur à la moyenne générale. Notamment « la capacité à entrer dans la lenteur tissulaire » significativement plus facile à intégrer que les autres modalités et de façon moins forte « la capacité à suivre le mouvement interne tissulaire » et la « capacité à s'intérioriser pendant le traitement ».

---

<sup>82</sup> Elle porte également sur 231 questionnaires et non 238. En effet, une erreur de codage semble s'être produite lors de la saisie initiale des données par le logiciel d'enquête en ligne, qui a échappé à nos vérifications. Certaines réponses de 7 participants ont été codées à la valeur impossible de « 0 » sur les questions 5.2 et 5.5. Nous avons choisi d'écarter ces questionnaires de cette partie de l'analyse.



Tableau 29 : Analyse de variance des réponses renseignant le degré de facilité ou de difficulté à intégrer les différents aspects du toucher de la fasciathérapie dans la pratique professionnelle (Test de Fisher significatif,  $p=0.001$ )..<sup>83</sup>

<b>Modalités du toucher</b>	<b>Moyenne</b>	<b>Degré de significativité et sens des écarts à la moyenne</b>
Capacité à entrer dans la lenteur tissulaire	7,463	++++
Capacité à suivre le mouvement interne tissulaire	7,26	++
Capacité à s'intérioriser pendant le traitement manuel	6,918	+
Perception de la globalité et de l'étendue tissulaire	6,667	.
Capacité à entrer dans la profondeur et l'intériorité corporelle	6,615	.
Capacité à écouter la demande du corps	6,584	.
Capacité à se laisser toucher par le toucher	6,368	.
La maîtrise du point d'appui manuel	6,359	.
Perception de la modulation psychotonique	6,1	-
Perception de la réciprocité dans le toucher	5,784	--
Maîtrise de la neutralité active	5,779	--
Moyenne générale des scores	6,536	

Cinq modalités ne sont pas significativement différentes de la moyenne générale. Enfin, trois modalités ont un score moyen significativement inférieur à la moyenne générale, bien que restant supérieur à la médiane : « la perception de la modulation psychotonique », « la perception de la réciprocité dans le toucher » et « la maîtrise de la neutralité active » seraient ainsi les dimensions du toucher les moins aisées à intégrer dans la pratique de la kinésithérapie.

Ces réponses permettent d'émettre quelques hypothèses sur les processus d'intégration des différents aspects du toucher. Les dimensions « dynamiques » du toucher (lenteur, suivi du mouvement interne tissulaire et capacité à s'intérioriser pendant le traitement) paraissent ainsi plus faciles à intégrer que les dimensions « statiques » (maîtrise du point d'appui et perception de la modulation psychotonique). De la même façon, les dimensions « perceptives » du toucher (perception de la globalité et de l'étendue, écoute de la demande du corps, entrée dans la profondeur et l'intériorité corporelle) paraissent plus aisées à intégrer que les dimensions « relationnelles » (se laisser toucher, perception de la réciprocité, maîtrise de la neutralité active).

<sup>83</sup> La significativité des écarts individuels à la moyenne est symbolisée par les signes « + » ou « - » (supérieur ou inférieur à la moyenne). Le nombre de signes répétés indique le nombre de fois où le seuil de significativité de 5% est dépassé, traduisant une force de la significativité de l'écart. Le symbole « . » indique une absence de différence. Sept questionnaires ont été écartés de l'analyse comme indiqué plus haut. Elle est donc conduite sur 231 questionnaires.

**Concernant l'intégration des dimensions de l'expérience corporelle** spécifique de la fasciathérapie, une analyse de variance (Tableau 30) montre qu'aucune des modalités ne se distingue de la tendance moyenne, à l'exception de « la perception du corps comme lieu de relation » dont le score moyen est significativement inférieur à celui des autres modalités et à la moyenne générale des scores.

Tableau 30 : Analyse de variance des réponses renseignant le degré de facilité ou de difficulté à intégrer les différentes facettes de l'expérience corporelle dans la pratique professionnelle (Test de Fisher significatif,  $p=0.001$ ).<sup>84</sup>

<b>Modalités de l'expérience corporelle du praticien</b>	<b>Moyenne</b>	<b>Degré de significativité et sens des écarts à la moyenne</b>
Confiance dans le ressenti de mon propre corps	6,325	.
Perception d'une solidité intérieure	6,277	.
Implication de mon corps dans le toucher	6,268	.
Sensation de présence à moi et de sentiment d'existence	6,121	.
Accès à ma propre intériorité corporelle	6,1	.
Sensation de profondeur de mon propre corps	6,03	.
Sensation de globalité et d'unité de mon propre corps	5,918	.
Perception d'une unité entre mon corps et mon psychisme	5,818	.
Perception de mon corps comme lieu de relation	5,723	-
Moyenne générale des scores	6,064	

Même si elle n'est pas statistiquement significative, on peut observer une relative gradation ordonnant les modalités entre elles. Ainsi, la « confiance dans le ressenti de mon propre corps », « la perception d'une solidité intérieure » et « l'implication de mon corps dans le toucher » semblent un peu plus aisées à intégrer que les autres.

On pourrait presque dire que pour les répondants il serait plus facile d'accéder à la dimension identitaire de l'expérience corporelle (confiance, solidité, implication, présence et sentiment d'existence) qu'à sa dimension perceptive (intériorité, profondeur, globalité, unité corps/psychisme). D'une manière non significative, mais qui évoque la tendance mise en évidence sur les modalités du toucher, il semble également que la

---

<sup>84</sup> Idem note 83

dimension relationnelle du corps soit moins aisée à intégrer dans la pratique de la kinésithérapie.

**En conclusion**, les analyses présentées permettent de confirmer que les répondants ne considèrent pas la fasciathérapie comme une technique difficile à mettre en œuvre dans leur pratique quotidienne de la kinésithérapie. On se souvient en effet que seulement 10,1% des répondants ont considéré que la technique de fasciathérapie était une difficulté importante à résoudre (voir plus haut la section concernant la Reconnaissance socio-professionnelle de l'exercice de la fasciathérapie). La moyenne générale des réponses collectées sur les dimensions du toucher est un peu plus élevée (6,536) que celles de l'expérience corporelle (6,064), si bien que l'on peut s'interroger sur l'existence d'une plus grande facilité à intégrer les dimensions du toucher que celles de l'expérience corporelle. Enfin, on peut également se demander s'il existe des relations entre les modalités du toucher et du corps les moins ou les plus aisées à intégrer.

## **8. Synthèse de l'analyse descriptive et retour à la question de recherche**

Cette analyse descriptive nous a permis de répondre à deux de nos objectifs de recherche : le premier était d'approfondir la connaissance du groupe enquêté en identifiant ses caractéristiques au regard de la population de référence et de son exercice de la fasciathérapie. Le second était de cerner les secteurs de l'activité professionnelle dans lesquelles les enquêtés ont opéré ou non des changements pour mettre en application la fasciathérapie. Elle nous a également servi de support pour élaborer nos analyses croisées afin de mettre en évidence des profils identitaires éventuellement associés et corrélés à des profils de pratique et des dynamiques de changement.

Nous présentons dans un premier temps une synthèse de ces résultats en faisant ressortir les spécificités générales de notre échantillon ainsi que ses changements les plus caractéristiques puis nous reviendrons sur l'importance de cette analyse dans le processus de la recherche.

### **8.1 Approfondissement de la connaissance de notre échantillon et de ses spécificités**

L'analyse descriptive nous a permis de mieux connaître l'identité générale de notre échantillon à travers les spécificités qui se sont dégagées des réponses des enquêtés. Nous avons pu ainsi identifier les traits qui le distinguent de la population de référence : il est globalement plus âgé que la population moyenne des kinésithérapeutes, nettement plus féminin, exerce essentiellement en libéral et plus en cabinet de groupe. Bien que l'exercice conventionnel reste le mode d'exercice le plus important, le recours à l'exercice non conventionnel (30%) est relativement fréquent sans que l'on puisse comparer ce chiffre avec le groupe de référence. Il est également fortement marqué par un type d'exercice basé sur les techniques manuelles (70,3% déclarent une spécificité dans ce domaine, les formations en techniques manuelles sont les plus fréquentes et 79,5% pratiquent la fasciathérapie en tant que thérapie manuelle).

Nous avons également pu constater que notre échantillon est fortement marqué par son exercice de la fasciathérapie. Il possède une réelle expérience de celle-ci (12 années en moyenne d'exercice), est qualifié dans ce domaine (79,4% des individus ont reçu une formation complète, 87,4% sont titulaires d'un titre professionnel, 57,7% suivent plus d'une formation complémentaire de fasciathérapie/an) et engagé dans la reconnaissance de cette pratique (68,5% adhèrent à l'ANKF). Ces éléments nous paraissent refléter l'existence d'une identité collective et caractériser une dynamique de professionnalisation du groupe étudié.

D'autre part, il consacre une part importante de son activité professionnelle à la fasciathérapie (63% des répondants y consacrent la majeure partie de leur activité, 58,4% réalisent plus de 5 séances/jour) qu'ils pratiquent toutefois de deux manières : de façon « unimodale » c'est-à-dire en dehors ou en remplacement de la séance de kinésithérapie (41,6% des répondants) ou de façon « bimodale » (58,4% des répondants), c'est-à-dire en associant une pratique en dehors et en remplacement de la séance avec une pratique en complément ou au sein de la séance de kinésithérapie. Ces données nous montrent que la majorité des praticiens a intégré la fasciathérapie dans la kinésithérapie mais font apparaître deux profils d'exercice très différents. Certains semblent s'orienter vers un exercice exclusif de la fasciathérapie et pourraient représenter un groupe s'éloignant de son identité de kinésithérapeute. Les autres semblent quant à eux associer exercice exclusif de la fasciathérapie et exercice intégré à

la kinésithérapie et pourraient constituer un groupe tentant de négocier ou de combiner leurs deux identités.

Enfin, la majorité de l'échantillon considère que la fasciathérapie relève de la kinésithérapie (62,2% estiment que pratiquer la fasciathérapie c'est faire de la kinésithérapie) et qu'elle constitue une dimension de leur exercice (31,9% la voient comme une spécialité, 21% comme une compétence et 10,2% comme un complément). La majorité l'associant même à leur identité professionnelle (91,6% l'associent à leur identité perçue, 69,3% en font mention dans leur présentation professionnelle, 76% l'affichent dans leur espace professionnel et 63,4% en font mention sur des documents professionnels). Il semble toutefois exister trois manières très différentes de combiner les identités de kinésithérapeute et de fasciathérapeute : certains semblent se percevoir et se présenter comme des kinésithérapeutes-fasciathérapeutes (64,3% des répondants) et considérer la fasciathérapie comme une spécialisation ; d'autres se distinguent par le fait qu'ils se perçoivent et se présentent comme fasciathérapeute (27,3% des répondants) tout en considérant la fasciathérapie comme une profession et une pratique qui ne relève pas de la kinésithérapie ; enfin, un dernier groupe semble se considérer comme kinésithérapeute exclusif (8,4% des répondants), se présenter comme tel et ne pas afficher son statut de fasciathérapie ou fasciathérapeute. Ces trois formes d'identification possible sont pour nous la preuve qu'il existe plusieurs identités de kinésithérapeutes exerçant la fasciathérapie.

L'analyse plus détaillée de ces modes d'identification montre une succession de décalages entre identité perçue/affichée/représentée et projetée rendant flous les contours de ces groupes. Un premier décalage apparaît entre l'identité perçue et les identités affichée et représentée : si 91,6% associent la fasciathérapie à la définition de leur identité, seulement 69,3% en font mention dans leur présentation professionnelle. L'affichage de la fasciathérapie sur des documents professionnels (63,4%) et dans l'espace professionnel (76%) est également moins fréquent. Il semble qu'une partie de l'échantillon ne se réfère plus à la fasciathérapie dès lors qu'il s'agit de se présenter professionnellement. La référence à la kinésithérapie ou à une autre dénomination est plus volontiers utilisée par un certain nombre d'individus comme un vecteur de présentation de soi dans le milieu professionnel même si cela peut ne pas correspondre à la perception qu'ils ont de leur identité. Ces chiffres mettent globalement en évidence la difficulté à rendre public son identité de fasciathérapeute.

Ensuite, on observe un décalage entre l'identité perçue et l'identité projetée. Ainsi, le nombre de praticiens qui, à l'avenir, souhaite exercer la fasciathérapie dans le cadre de la kinésithérapie est plus élevé (18,9%) que le nombre de ceux qui se définissent comme des kinésithérapeutes (8,4%). A l'inverse, le nombre de praticiens qui se disent kinésithérapeutes-fasciathérapeutes (64,3%) est moins élevé que ceux qui souhaitent être reconnus à l'avenir comme kinésithérapeute spécialisé en fasciathérapie (56,3%). Ceux qui se disent fasciathérapeutes (27,3%) sont presque aussi nombreux que ceux qui se voient exercer dans le futur la fasciathérapie de façon exclusive (24,8%). Le décalage le plus fort existe donc chez ceux qui se réfèrent de la double identité kinésithérapie/fasciathérapie, mais l'écart entre la perception du futur et la situation présente s'inverse selon les groupes. Il existe probablement une proportion de gens qui se définissent spécialistes en fasciathérapie ou fasciathérapeute et se voient malgré tout exercer à l'avenir la fasciathérapie dans le cadre de la kinésithérapie.

Enfin, un dernier décalage apparaît entre l'identité perçue et l'identité représentée. Si 27,3% des répondants se disent fasciathérapeute, 37,8% considèrent que l'exercice de la fasciathérapie ne relève pas de la kinésithérapie et 37% lui attribuent le statut de profession. Certains praticiens semblent donc considérer que la fasciathérapie ne relève pas de la kinésithérapie alors qu'ils ne s'identifient pas comme fasciathérapeutes.

Ces données et ces décalages ainsi révélés soutiennent notre hypothèse de l'existence de profils identitaires mais à ce stade, les contours apparaissent encore flous en raison des décalages entre les différentes dimensions de l'identité étudiée. Une analyse multivariée nous permettra d'approfondir les liens entre les différentes dimensions de l'identité pour vérifier ou confirmer l'existence de ces profils identitaires et préciser leurs caractéristiques respectives.

## **8.2 Mise en évidence des principaux changements de l'exercice professionnel attribués à la fasciathérapie**

L'analyse descriptive nous permet également de relever les domaines qui ont été modifiés pour exercer la fasciathérapie et ceux qui au contraire ne l'ont pas été.

L'exercice de la fasciathérapie a surtout tendance à modifier le cadre de l'exercice professionnel (création d'un cabinet, passage vers l'exercice libéral et autonome) voire à conduire une partie d'entre eux vers un exercice non conventionnel

de la kinésithérapie. On se souvient que 32,3% des répondants ont déclaré exercer sur le mode du non-conventionnement. Cela peut nous indiquer qu'une partie des répondants avait déjà une activité non conventionnelle avant de pratiquer la fasciathérapie.

L'exercice de la fasciathérapie n'a en revanche pas vraiment d'influence sur le mode de prise en charge du patient (83% des interrogés se disant renforcés dans leur approche individualisée du patient). En revanche, il en modifie l'orientation (95,8%) en contribuant au développement d'une approche plus globale (83,6%) et plus pédagogique (45,3%) du soin et du patient. Ce changement quasi unanime ne conduit cependant pas systématiquement les praticiens à développer de nouveaux domaines de prise en charge puisqu'un peu plus de la moitié seulement déclare avoir développé de nouveaux domaines, l'autre partie semblant plutôt intégrer ces modifications dans son domaine d'activité habituel. Cela peut suggérer que certains praticiens appliquent ces changements d'orientation de leur prise en charge sans que cela les conduise pour autant à explorer de nouveaux domaines.

On ne note pas non plus de changement systématique de la durée de la séance de kinésithérapie (50,8% de la population a augmenté la durée de la séance de kinésithérapie et 47,5% n'a pas modifié le temps de la séance) bien que 79,4% des répondants pratiquent des séances de fasciathérapie d'une durée supérieure à 30 minutes. En se référant au fait que la plus grande partie du groupe pratique une kinésithérapie individuelle (82,8%), on peut estimer qu'une proportion de l'échantillon pratiquait préalablement des séances de plus de 30 minutes avant d'exercer la fasciathérapie. C'est un facteur qui peut expliquer qu'un nombre important des interrogés déclare ne pas ressentir la nécessité de modifier leur temps de séance.

On constate également que plus des  $\frac{3}{4}$  des répondants disent que la fasciathérapie leur a apporté de nouveaux patients (75,6% déclarent un changement de leur patientèle) sans pour autant que cela conduise à une augmentation systématique de leur nombre (seulement 47,9% disent avoir vu le nombre de leurs patients augmenter). Cette reconfiguration de la patientèle, quand elle s'opère, se traduit principalement par une demande à être traitée spécifiquement en fasciathérapie (57,2%) et sur le conseil d'un autre patient. La grande majorité de ces nouveaux patients consultent en outre pour des maladies chroniques (38,3%), la gestion du stress (27,8%) et dans une moindre mesure pour des pathologies traumatiques aiguës (14,4%).

Il est fort probable que sur l'ensemble des praticiens ayant constaté un changement de patientèle, certains ont bénéficié d'un apport de nouveaux patients et d'une augmentation de leur patientèle, alors que d'autres ont renouvelé leur patientèle sans augmenter le nombre de leurs patients. Nous pouvons constater qu'il existe ainsi des stratégies de reconfiguration de la patientèle différentes selon les praticiens.

L'exercice de la fasciathérapie a une réelle influence sur l'exercice professionnel puisqu'il permet de gagner en efficacité thérapeutique (94,9%) surtout dans les domaines de la prise en charge de la douleur (83,7%) et de la qualité de vie et du bien-être des patients (79,5%). Il favorise également le développement préférentiel de certaines qualités relationnelles (présence, écoute et d'attention) et enrichit la pratique par la découverte de la profondeur du toucher (41,2%), la prise en compte de l'unité corps-psychisme du patient (18,9%) et la découverte de leur propre intériorité corporelle (20%). Ce développement de capacités relationnelles associé à un enrichissement du toucher et de la relation au corps ainsi qu'aux changements d'orientation de la prise en charge du patient apparaissent cohérents avec une évolution de la patientèle, un accueil de patients atteints de pathologies chroniques ou souffrant de stress et un gain d'efficacité sur des domaines aussi complexes que le traitement de la douleur et l'amélioration de la qualité de vie et du bien-être des malades. Ces hypothèses seront également vérifiées par une analyse croisée et multivariée.

Globalement, l'exercice de la fasciathérapie participe à l'amélioration de la qualité du travail (94,9% ont plus de plaisir à pratiquer, 93,3% sont plus satisfaits de leur travail, 89,1% retrouvent de la motivation), au développement personnel (89,5% se disent plus conscients d'eux-mêmes, 89,1% ont plus de capacité à entre en relation avec les autres, 83,2% se disent plus adaptables et plus souples face aux situations quotidiennes) et donne des outils pour mieux gérer les tensions physiques et psychiques (90,4%) tout en apportant plus de calme et de sérénité (84,1%) ainsi qu'une aide à la résolution des situations de stress (83,1%). Il semble ainsi que l'exercice de la fasciathérapie a un réel impact sur la qualité de vie personnelle et professionnelle du kinésithérapeute et joue un rôle important dans son accomplissement professionnel et personnel. Il faut se souvenir que seulement 20% des répondants étaient en quête de développement personnel et en recherche d'une nouvelle motivation professionnelle.

On note enfin que l'introduction de la fasciathérapie dans la pratique de la kinésithérapie ne présente pas de difficulté majeure (80,2% estiment qu'il est facile à



très facile d'introduire la fasciathérapie dans leur exercice professionnel) mais les contraintes « matérielles » et « environnementales » inhérentes à la pratique de la kinésithérapie (surtout la reconnaissance de la fasciathérapie par la profession de kinésithérapie) constituent des difficultés pour articuler la fasciathérapie avec la kinésithérapie. L'acquisition des modalités pratiques de la fasciathérapie (toucher, corps du patient et corps du praticien) et leur intégration dans le soin de kinésithérapie ne présentent pas de réelle difficulté même si les dimensions relationnelles du toucher et du corps paraissent moins faciles à intégrer.

Ces résultats nous indiquent clairement que l'exercice de la fasciathérapie participe à l'enrichissement de la pratique professionnelle et améliore l'efficacité de la prise en charge du patient dans tous les domaines interrogés sans pourtant changer fondamentalement le mode de prise en charge du patient. En revanche, ils semblent nous indiquer l'existence de groupes de praticiens : ceux qui adaptent leur exercice professionnel (cadre, patientèle, développement de nouveaux domaines) pour pratiquer la fasciathérapie, ceux qui quittent leur exercice professionnel pour pratiquer la fasciathérapie et ceux qui gardent leur mode d'exercice habituel en y intégrant la fasciathérapie. L'exercice de la fasciathérapie pourrait alors être considéré soit comme un moyen d'enrichir et de compléter la pratique existante soit comme une opportunité de développer celle-ci vers de nouveaux d'exercice en particulier les pathologies chroniques, la prise en charge du stress soit comme une opportunité de se lancer dans une professionnalisation de la pratique de la fasciathérapie.

Ces hypothèses font l'objet d'une analyse multivariée approfondie lors de l'exploration des dynamiques de changement de l'exercice professionnel, de l'approfondissement des changements de la patientèle, de l'orientation de la prise en charge du patient et des difficultés rencontrées. Bien qu'il n'existe pas de difficulté majeure pour intégrer la fasciathérapie dans la kinésithérapie, une analyse plus poussée de ces difficultés pourrait nous aider à préciser leur rôle dans les dynamiques de changements opérées.

### **8.3 Apports de l'analyse descriptive à la recherche**

Rappelons que l'objectif de notre recherche étant d'identifier les changements identitaires de kinésithérapeutes exerçant la fasciathérapie et, ne bénéficiant pas

d'échantillon représentatif, nous avons eu recours à un échantillon empirique raisonné susceptible de répondre à notre questionnement.

L'analyse par tri à plat nous a donc permis dans un premier temps de vérifier que notre échantillon remplit les conditions satisfaisantes pour répondre à notre question de recherche. Au regard du fort niveau d'expérience de l'exercice professionnel tant dans le domaine de la kinésithérapie (20 années en moyenne d'exercice) que dans celui de la fasciathérapie (12 années en moyenne d'exercice) et du niveau de formation et de qualification des répondants dans le domaine de la fasciathérapie nous pouvons considérer que notre échantillon est pertinent pour répondre à notre question de recherche.

Cette analyse descriptive nous conforte également dans notre hypothèse qu'il existe au sein de la population des profils identitaires qui peuvent se définir par des modes de pratique et de définition de soi mais aussi par des réorganisations de l'exercice professionnel (cadre, orientation et type de prise en charge, type de patientèle) et des changements personnel et professionnel.

Les analyses multivariées vont maintenant nous permettre de mettre en évidence ces profils identitaires pressentis en les caractérisant par leur mode d'exercice et leur dynamique de changement. Nous souhaitons d'abord mettre en évidence ces profils et cerner leurs caractéristiques puis identifier les modes de pratique et les dynamiques de changement qui les sous-tendent. Il est essentiel de vérifier que les modifications identitaires (identité perçue, déclarée ou affichée) sont liées et corrélées à des modifications du cadre d'exercice et des changements professionnels et personnels. Ce n'est qu'à ce titre que nous pourrions effectivement parler de reconfiguration identitaire. De cette façon, nous pensons pouvoir objectiver les différentes formes de reconfiguration opérées par les kinésithérapeutes au contact de l'exercice de la fasciathérapie mais aussi mieux cerner les enjeux identitaires et les différentes stratégies mises en jeu lorsque des kinésithérapeutes exercent la fasciathérapie.

## **Chapitre VI. Recherche et caractérisation de profils identitaires**

L'analyse descriptive a montré que, au sein de l'échantillon, se dégagent trois formes d'identification professionnelle possibles qui semblent rendre compte d'autant de manières d'articuler la fasciathérapie avec l'identité de kinésithérapeute. Pour autant elle est insuffisante pour conclure quant à la réalité statistique de l'existence de ces profils.

Pour y parvenir, nous avons procédé en trois étapes, en nous appuyant sur les recommandations de Cibois (2007) :

- conduire une analyse multivariée sur les variables identitaires pour en tirer une variable synthétique qui constituera notre variable « profil identitaire » ;
- croiser cette nouvelle variable avec toutes les variables de l'enquête pour construire la carte d'identité des trois profils ;
- comparer entre eux ces trois profils pour mettre en lumière de façon synthétique leurs différences et leurs points communs.

### **1. Mise en évidence de profils identitaires**

Pour construire la variable synthétique « profil identitaire », nous avons procédé en trois temps : tout d'abord, une AFC sur sept variables identitaires, puis une typologie des individus répondant par la méthode des centres mobiles, et enfin un profil de modalité sur les trois typologies obtenues.

L'ensemble des données est consultable en annexe (Annexes 4 : Mise en évidence de profils identitaires)

#### **1.1 Analyse factorielle des variables identitaires**

L'Analyse Factorielle des Correspondances (AFC) est conduite sur sept variables dites « identitaires » représentant quatre dimensions de l'identité professionnelle (Figure 28) :

- l'identité perçue (la perception de soi) ;

- l'identité déclarée (la présentation de soi, l'affichage sur les documents professionnels et celui fait dans le cabinet) ;
- l'identité projetée (la perception de soi dans le futur) ;
- l'identité représentée (la manière de concevoir l'exercice de la fasciathérapie au sein de l'exercice de la kinésithérapie et le statut qui lui est attribué).

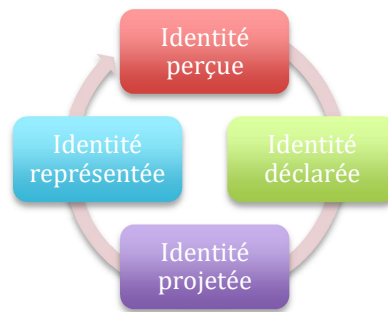


Figure 28 : Schéma présentant les 4 dimensions de l'identité professionnelle ayant servi de support à la construction de la variable « profil identitaire »

Indépendamment de cette pertinence théorique, ces 7 variables sont également pertinentes statistiquement pour construire notre AFC, au vu de l'analyse systématique de l'écart à l'indépendance par le test du Chi2 que nous avons conduit sur l'ensemble des variables de l'étude (méthode des « plans de variables discriminantes »<sup>85</sup>).

L'AFC obtenue (Figure 29) est très satisfaisante puisque 62,09% de la variance de l'information (voir annexes 4 : Mise en évidence de profils identitaires) est expliqué par ses deux premiers axes (ou facteurs). Le graphique présente les liens entre les modalités, au seuil de significativité de 17% du PEM local<sup>86</sup>.

---

<sup>85</sup> « Le plan de variables discriminantes permet de détecter rapidement les questions dont les modalités sont susceptibles de présenter des attractions significatives pour un seuil donné d'écarts à l'indépendance. Le plan facilite la détection d'un groupe de variables à même de créer une AFC pertinente » (Kynos, 96-98, Manuel Modalisa p101).

<sup>86</sup> L'indice utilisé pour la mesure des attractions entre les modalités est le PEM local, ou pourcentage d'écart à la moyenne (voir chapitre du cadre méthodologique). Les liens entre les modalités ne sont affichés graphiquement que lorsque le PEM qui les relie est supérieur à 17%

## Fasciathérapie et identité professionnelle

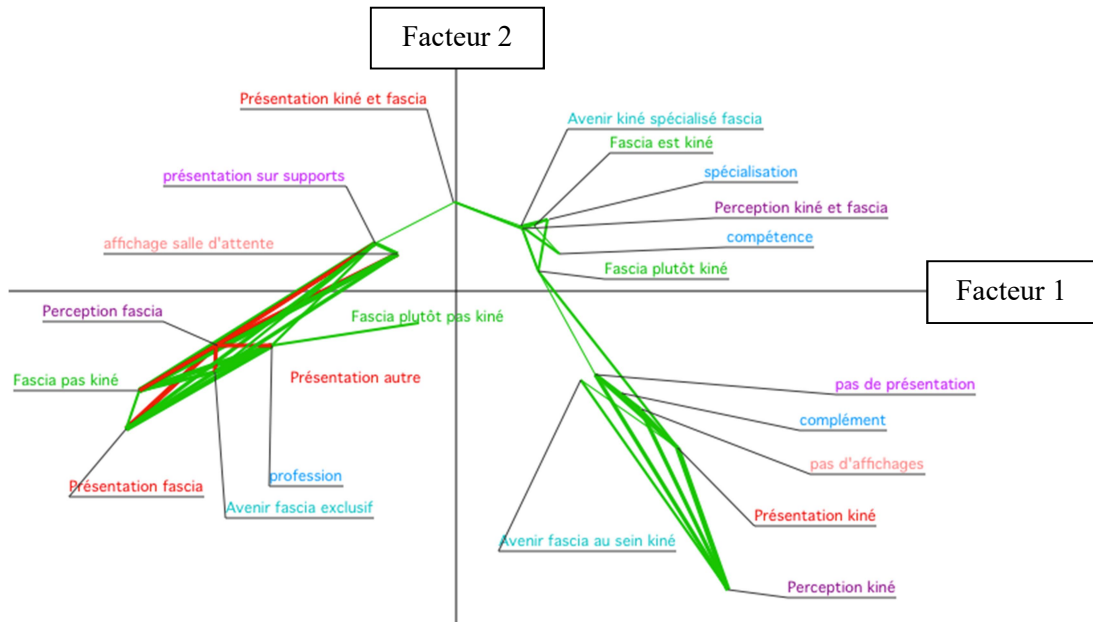


Figure 29 : Carte factorielle du « Profil identitaire » (PEM n°42/42, seuil 17%, variance cumulée 62,09% sur les deux premiers facteurs)

Les deux axes (facteurs) de l'AFC mettent en évidence les interactions suivantes entre nos variables :

- *Sur le facteur 1* (axe horizontal), qui porte à lui seul 46,32% de la variabilité de l'information, s'opposent de façon dominante, deux groupes de modalités. Sur la partie gauche de l'axe se retrouvent, avec une contribution très forte à la définition de l'axe, les modalités de « la perception de soi comme fasciathérapeute », « le futur comme fasciathérapeute exclusif », « la fasciathérapie n'est pas de la kinésithérapie », « la fasciathérapie est une profession », « la présentation de soi comme fasciathérapeute », qui sont toutes caractéristiques de ce qu'on pourrait appeler le profil « Fasciathérapeute ». De l'autre côté, avec une contribution un peu moins forte à la définition de l'axe, les modalités « présentation de soi comme kinésithérapeute », « pas d'affichage d'informations sur la fasciathérapie dans le cabinet », « pas de présentation de la fasciathérapie sur des documents professionnels » et « perception de soi comme kinésithérapeute », qui représentent le profil identitaire de « Kinésithérapeute ». Il apparaît ainsi que le facteur 1 discrimine fortement le profil « Fasciathérapeute » et que le profil « Kinésithérapeute » en résulte presque par opposition.
- *Le facteur 2* (axe vertical) explique quant à lui 15,77% de l'information. Deux groupes de modalités s'opposent sur cet axe. Vers le bas, deux modalités liées au profil « Kinésithérapeute », à savoir la « perception de soi comme

kinésithérapeute » et « présentation de soi comme kinésithérapeute ». Vers le haut, donc en opposition, se positionne la modalité « présentation de soi comme kinésithérapeute et fasciathérapeute ». Il est intéressant de noter ici, que le facteur 2 complète la définition du profil « Kinésithérapeute » et fait émerger une seule contribution significative relevant du profil de « Kinésithérapeute-Fasciathérapeute ».

Cette AFC met en évidence de façon très significative deux groupes distincts : les fasciathérapeutes et les kinésithérapeutes. Elle ne permet pas de discriminer significativement le profil « Kinésithérapeute-Fasciathérapeute » sauf par la modalité « présentation de soi comme kinésithérapeute-fasciathérapeute ». La lecture de la carte graphique montre toutefois qu'il s'agit d'un groupe identitaire intermédiaire, qui se définit comme « par défaut », c'est-à-dire que c'est l'existence des deux autres groupes qui le révèle. Il ne se définit pas par ses caractéristiques propres, il est ce que les autres ne sont pas.

## **1.2 Classification des répondants par la méthode des centres mobiles**

Dans l'étape suivante de la mise en évidence des profils identitaires, nous avons utilisé la méthode des « centres mobiles » ou des « nuées dynamiques », par laquelle nous avons souhaité voir comment une typologie statistiquement significative de nos répondants en trois classes (A, B et C) correspondait à trois formes de profils d'identité. Lorsqu'on projette les répondants ainsi classés selon les modalités de leurs réponses aux sept variables identitaires, sur l'AFC initiale, on obtient la carte des centres mobiles présentée en Figure 30.

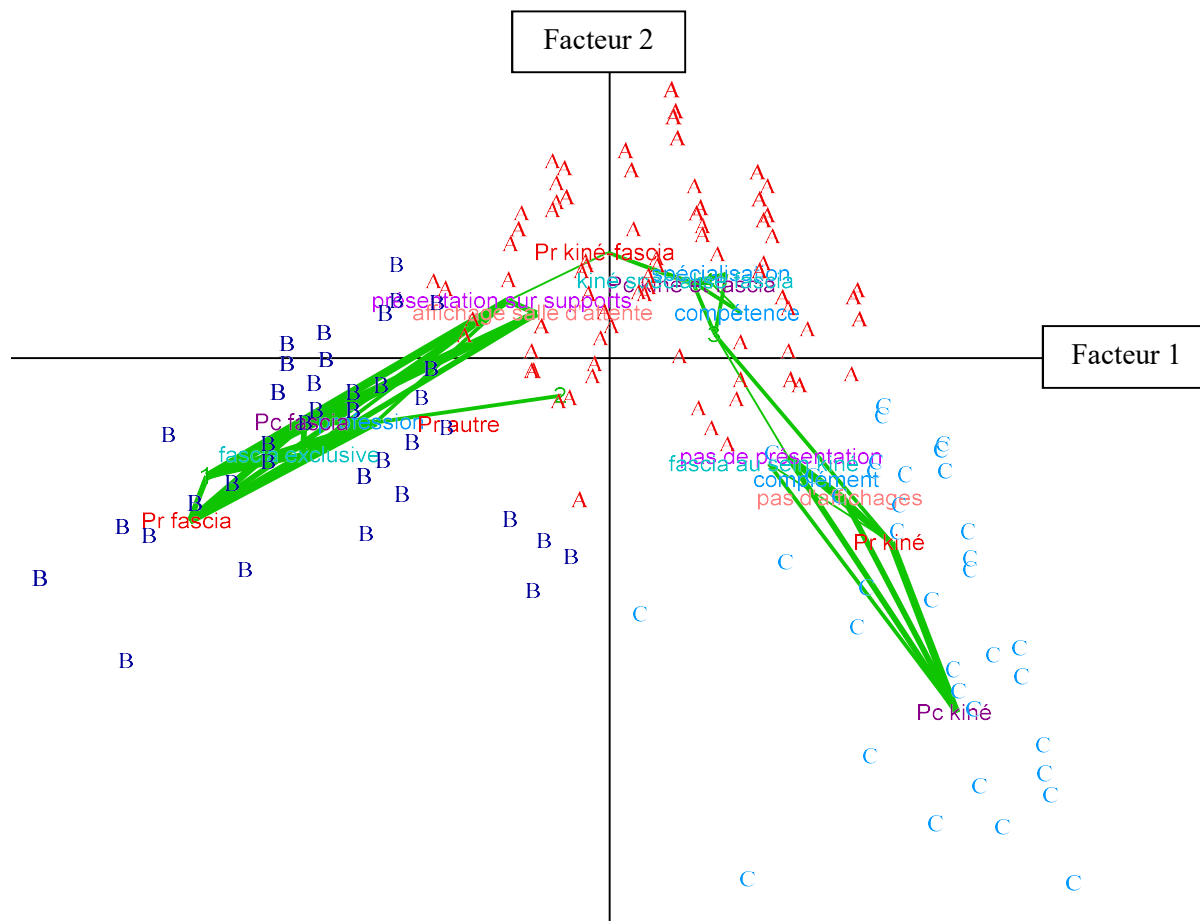


Figure 30 : Graphe de l'AFC « Profil identitaire » représentant la répartition des 3 typologies identitaires

Les trois types apparaissent visuellement très polarisés autour des trois profils repérés grâce à l'AFC. On peut les définir comme suit :

- Le Type B, le plus homogène car les individus sont peu dispersés autour des modalités caractéristiques du profil « Fasciathérapeute », est composé de 64 individus (26,9% de l'échantillon) ;
- Le Type A, le plus nombreux, composé de 132 individus (55,5% de l'échantillon), est positionné au centre, de façon assez ramassée, c'est-à-dire avec une hétérogénéité faible dans les modalités de réponse. Il coïncide avec ce que nous sommes tenté d'appeler le profil « Kinésithérapeute-Fasciathérapeute » ;
- Le Type C, qui coïncide avec le profil « Kinésithérapeute », est le moins nombreux composé de 42 individus (17,6% de l'échantillon). Des trois groupes, il est le plus dispersé, révélant des individus aux réponses radicales, par contraste avec les deux autres groupes. Le profil « Kinésithérapeute » serait ainsi remarquable par sa tendance à affirmer son identité de kinésithérapeute.

Les groupes B et C sont clairement distincts (fasciathérapeutes vs kinésithérapeutes), puisque, à l'instar des résultats de l'AFC, les individus s'opposent sur l'axe 1, avec une séparation franche de part et d'autre de l'axe 2. Le groupe A (kinésithérapeute-fasciathérapeute) quoique relativement homogène, est positionné graphiquement plutôt au centre de la figure, entre les groupes B et C. A l'instar des résultats de l'AFC, il est assez largement opposé au groupe C sur l'axe 2, par l'axe 1 (quelques individus apparaissent cependant du côté du groupe C) et partiellement opposé au groupe B sur les deux axes. Cette position intermédiaire permet d'envisager qu'il s'agirait d'un groupe identitaire métissant les identités de kinésithérapeute et de fasciathérapeute.

### **1.3 Modalités identitaires significatives définissant ces trois groupes**

La typologie ainsi obtenue nous permet de créer une nouvelle variable à trois modalités de réponses uniques correspondant aux trois groupes de notre typologie : fasciathérapeute (B), kinésithérapeute (C), kinésithérapeute-fasciathérapeute (A). Nous avons croisé cette nouvelle variable avec les sept variables actives de l'AFC pour mettre en évidence les « traits actifs » de chacun des trois groupes (Martin, 2012, p. 112). Ces traits actifs ne sont autres que les modalités ayant une relation hautement significative à la définition de ces groupes (% du PEM). Nous avons ensuite mis en regard de ces traits actifs, les liens significatifs de l'analyse par les centres mobiles. Cela nous a permis de construire une représentation graphique de chaque groupe identitaire. Cette représentation montre la contribution des modalités significatives des sept variables actives, et la force des liens qui les unissent (voir annexes 4 : Mise en évidence de profils identitaires).

#### **1.3.1 Le groupe « Fasciathérapeute »**

Le groupe « Fasciathérapeute » est présenté en Figure 31. Il apparaît significativement caractérisé par 7 modalités de réponses. Ce groupe se caractérise fortement par le fait qu'il se présente comme fasciathérapeute (identité déclarée) ; il considère que la fasciathérapie est une profession et que son exercice ne relève pas de la kinésithérapie (identité représentée). Il est intéressant de noter que la perception de soi comme fasciathérapeute ou le fait de se voir devenir fasciathérapeute exclusif dans le



futur sont un peu moins contributives, mais ont des liens forts et significatifs avec les trois premières modalités. Enfin, les individus de ce groupe ont plutôt tendance à afficher la fasciathérapie dans l'espace professionnel que sur des supports. Les interactions fortes entre toutes ces modalités révèlent une assez grande cohérence entre les formes d'expression identitaire et se traduit par des réponses assez homogènes des individus de ce groupe.

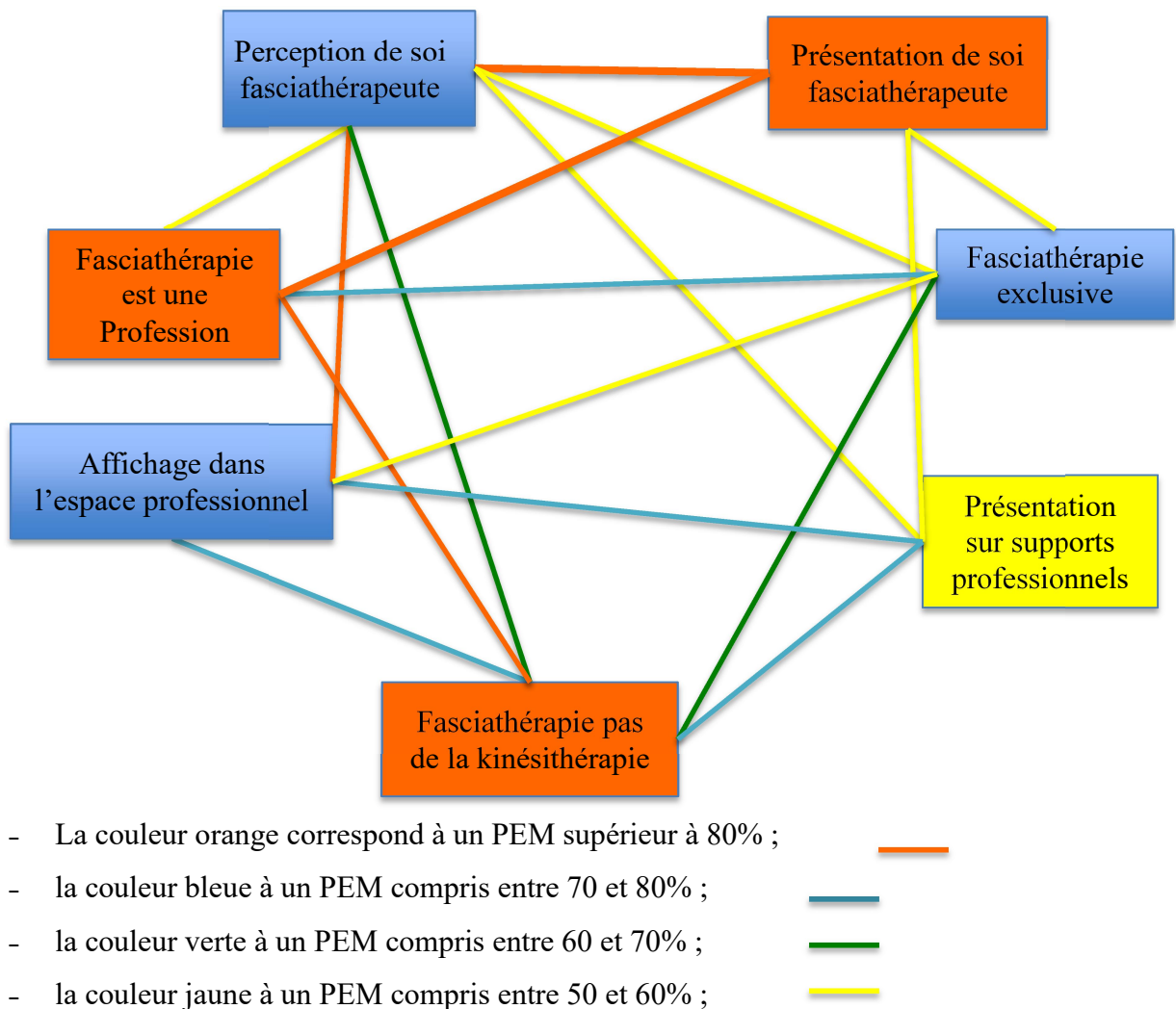
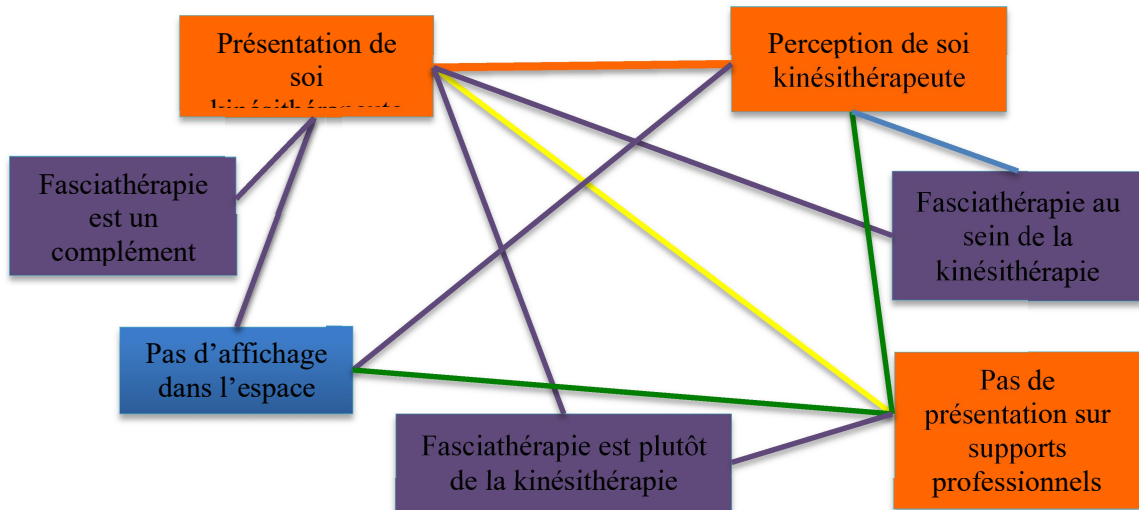


Figure 31 : Schéma des modalités et des liens contributifs au profil Fasciathérapeute

### 1.3.2 Le groupe « Kinésithérapeute »

Le groupe « Kinésithérapeute » est présenté en Figure 32. Il apparaît significativement caractérisé par 7 modalités, dont 4 sont très déterminantes : La « présentation de soi comme kinésithérapeute », la « perception de soi comme kinésithérapeute », « l'absence de présentation sur des supports professionnels », ni « d'affichage dans l'espace professionnel ». Apparaissent très secondairement les

modalités relevant de l'identité représentée (la fasciathérapie est plutôt de la kinésithérapie, et en est un complément) et de l'identité projetée (la fasciathérapie au sein de la kinésithérapie). Ainsi, ce groupe se manifeste par un attachement affirmé à son identité de kinésithérapie et par le fait qu'il n'affiche pas son exercice de la fasciathérapie.



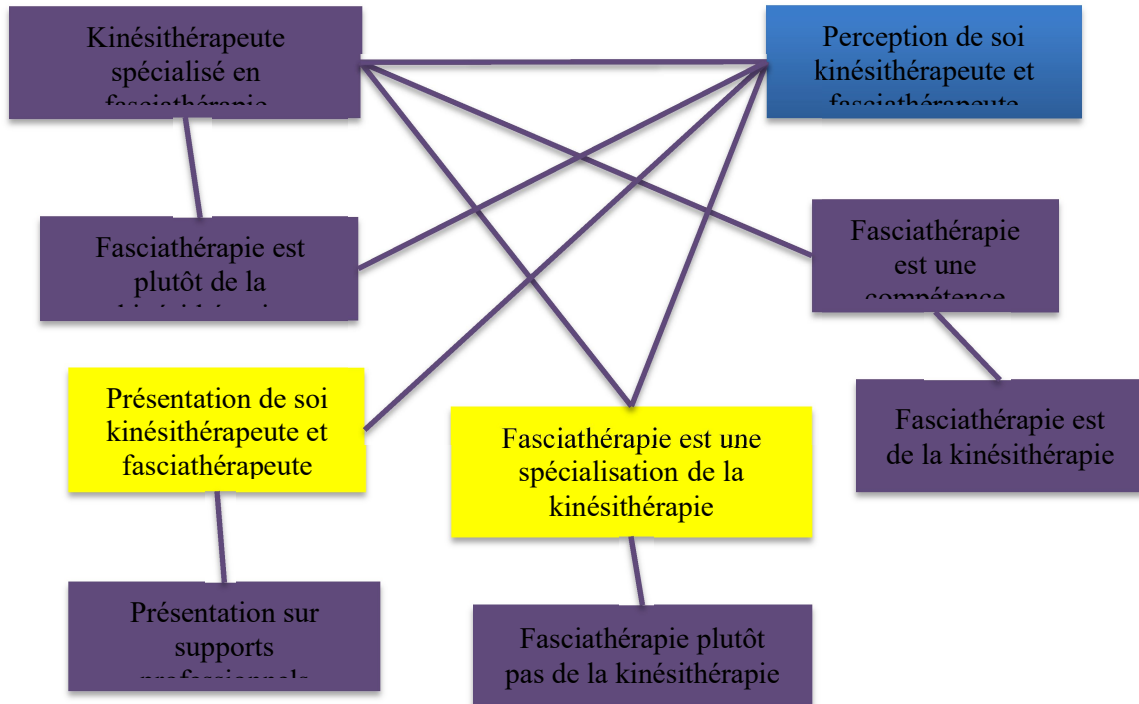
- La couleur orange correspond à un PEM supérieur à 80% ;
- la couleur bleue à un PEM compris entre 70 et 80% ;
- la couleur verte à un PEM compris entre 60 et 70% ;
- la couleur jaune à un PEM compris entre 50 et 60% ;
- la couleur violette à un PEM inférieur à 50% ;

Figure 32 : Schéma des modalités et des liens contributifs au profil Kinésithérapeute

### 1.3.3 Le groupe « Kinésithérapeute-Fasciathérapeute »

Le groupe « Kinésithérapeute-Fasciathérapeute » est présenté en Figure 33. Il apparaît faiblement caractérisé par 9 modalités qui entretiennent entre elles des liens assez faibles (PEM inférieur à 50%). Cela est en cohérence avec l'analyse faite plus haut d'un groupe relativement hétérogène, positionné entre deux univers. Les trois modalités ayant le poids le plus significatif dans la définition de ce groupe sont la « perception de soi comme kinésithérapeute et fasciathérapeute », la « présentation de soi comme kinésithérapeute et fasciathérapeute » et le fait que pour ce groupe « la fasciathérapie est une spécialisation de la kinésithérapie ». Cela en fait un groupe qui, lorsqu'il se positionne, c'est sur des dimensions de l'identité perçue, déclarée et représentée. La contribution même faible des autres modalités révèle des contradictions

caractéristiques de ce groupe : il considère tout aussi bien la fasciathérapie comme de la kinésithérapie que plutôt pas de la kinésithérapie. Il partage avec les deux autres groupes deux modalités : « la fasciathérapie est plutôt de la kinésithérapie » point commun avec le groupe kinésithérapeute et « présentation de la fasciathérapie sur des supports professionnels » point commun avec le groupe fasciathérapeute. Ainsi, les marqueurs identitaires développés dans cette étude sont moins clairs et moins solides pour caractériser ce groupe.



- la couleur bleue correspond à un PEM compris entre 70 et 80% ;
- la couleur verte à un PEM compris entre 60 et 70% ;
- la couleur jaune à un PEM compris entre 50 et 60% ;
- la couleur violette à un PEM inférieur à 50% ;

Figure 33 : Schéma des modalités et des liens contributifs au profil Kinésithérapeute et fasciathérapeute

## 2. Analyse cas par cas des trois profils de modalités

Une nouvelle variable dite « profil identitaire » a donc été créée, qui compte trois modalités à réponse unique, correspondant aux trois groupes que nous venons de décrire. Elle devient la variable « à expliquer » dans cette nouvelle étape d'analyse par les « profils de modalités ». Nous y étudions, cette fois, la contribution des modalités des variables n'ayant pas servi à l'analyse factorielle<sup>87</sup>, c'est-à-dire des variables explicatives dites « supplémentaires ».

Nous obtenons une série de 3 tableaux (un par modalité de la variable à expliquer, c'est-à-dire par groupe identitaire), présentant les relations positives (PEM supérieur à +10%) à chacune des modalités des variables explicatives supplémentaires. Elles sont présentées par groupe, en synthétisant les informations par grandes catégories de relation (Cibois, 2007). Ce travail d'analyse nous amène à rebaptiser les groupes identitaires en « profils » identitaires, chaque profil étant une modalité de la variable identitaire. Les résultats de la liste des liens contributifs à la construction de chaque profil est consultable en annexe (Annexes 4 : Analyse cas par cas des trois profils identitaires).

### 2.1 Profil « Fasciathérapeute »

Ce groupe est composé de 62 individus soit 26,8% de la population interrogée retenue (231 répondants).

#### 2.1.1 Traits professionnels

Du point de vue du profil professionnel, ce groupe se caractérise par son adhésion massive à l'ANKF (87% des praticiens de ce groupe, PEM à +58%), traduisant une dynamique d'engagement dans une identité collective. Cela est confirmé par les motifs de cette adhésion, qui sont d'assurer une visibilité professionnelle, de marquer une appartenance à un groupe avec lequel partager des valeurs communes. Ce groupe

---

<sup>87</sup> Pour les raisons évoquées dans l'analyse descriptive (chapitre 7.4), nous avons choisi de ne conduire l'analyse que sur les 231 questionnaires solidement complétés.

est par ailleurs caractérisé par un fort niveau d'expertise en fasciathérapie, eu égard à son niveau de qualification (77% sont titulaires du diplôme de fasciathérapie, PEM à +50%) et à son expérience pratique de celle-ci (entrée en formation avant 1992 soit 20 années d'expérience). Ce trait d'expertise est renforcé par le fait qu'il continue régulièrement de se former (53% des praticiens suit de 1 à 2 stages de perfectionnement par an, PEM +18%). D'autre part, il est constitué de façon significative de praticiens très expérimentés (21%, PEM à +34%) en kinésithérapie (DE avant 1980 soit plus de 30 années d'expérience) et par les praticiens les plus âgés de notre échantillon (24% ont plus de 55 ans, PEM à +32%). Le fait de ne déclarer aucune spécificité est plutôt caractéristique de ce groupe (PEM +37%), de même que le fait d'avoir été formé à l'ostéopathie avant la fasciathérapie (PEM +36%), et de se former ensuite à la somatopsychopédagogie (PEM +53%). Ce groupe peut être considéré comme très expérimenté et expert dans le domaine de la fasciathérapie et de son articulation avec la kinésithérapie.

Le groupe se caractérise aussi par le fait qu'une part importante de ses membres (64%) a créé son propre cabinet et que la majorité (55% du groupe) exerce en cabinet individuel (PEM +20%). Ceci est cohérent avec le fait que ce groupe considère la fasciathérapie comme une profession et que sa pratique ne relève pas de la kinésithérapie.

### 2.1.2 Type de pratique

Ce groupe est caractérisé par une tendance forte à consacrer la majorité de son activité professionnelle à la fasciathérapie. Cela se manifeste par le fait que 50% des membres y consacrent la totalité de leur activité (PEM +32%) et que 50% effectuent de 5 à 10 séances/jour (PEM +23%). Ce groupe se caractérise également par l'importance relative de praticiens exerçant sur le mode exclusivement non conventionnel (22% des praticiens, PEM à +58%), ou mixte (30%, PEM à +16%). Un nombre significatif de praticiens a même effectué un passage de l'exercice conventionné vers l'exercice non conventionné (34%, PEM + 34%). Ce mode non conventionnel privilégié se traduit par une application de la fasciathérapie en dehors de la séance de kinésithérapie (67,7% des praticiens, PEM +24%) et par des séances d'une durée de 45 à 60 minutes dépassant le temps conventionnel (72,5%, PEM +43%). Notons que la plupart des membres de ce groupe a allongé la durée de ses séances (68% des praticiens PEM +33%). Il est

également remarquable qu'une part significative (PEM +17%) des praticiens (27%) consacre 20% de sa pratique de fasciathérapie à la thérapie gestuelle.

### 2.1.3 Formes de changement de l'exercice professionnel

En termes de changements de l'exercice professionnel, ce groupe se caractérise avant tout par l'affirmation d'un changement de la patientèle associé à l'exercice de la fasciathérapie (90% des praticiens, PEM +60%). Pour un nombre significatif de praticiens (21%, PEM +34%), ces changements se sont accompagnés d'une diminution du nombre de leurs patients. Notons dans ce registre, que 50% des praticiens déclarent que la totalité de leur patientèle demande à être traitée en fasciathérapie (PEM +52%) et consulte le plus souvent sur le conseil d'un autre patient (87% des praticiens, PEM+50%), en première intention et en dernier recours (plus de 50% des praticiens de ce groupe, PEM +30% et +23% respectivement). Ainsi, la patientèle de ce groupe semble consulter pour l'expertise en fasciathérapie de ces praticiens et considérer cette pratique comme une pratique distincte ou spécifique de la kinésithérapie.

### 2.1.4 Types d'amélioration de l'exercice professionnel

La plupart des membres de ce groupe a développé de nouveaux domaines de prises en charge (66% des praticiens, PEM +25%). En termes d'amélioration de l'exercice professionnel, ce groupe se caractérise (PEM compris entre +20% et +39%) par un très fort sentiment d'amélioration dans tous les domaines interrogés (score maximal attribué à toutes les modalités par 43 à 64% des membres), c'est-à-dire aussi bien dans le champ de ses compétences professionnelles (efficacité thérapeutique, relation au patient, compétences pédagogiques) que dans celui des domaines de prise en charge spécifiques de la kinésithérapie (douleur physique, souffrance psychique, pathologies aiguës, pathologies chroniques, bien-être et qualité de vie). De façon très majoritaire (61% des praticiens, PEM +21%), il n'y a pas de pathologie sur lesquelles aucun gain d'efficacité n'a été constaté. Les gains d'efficacité les plus forts et les plus spécifiques de ce groupe sont le mal-être (19% des réponses des praticiens, PEM+71%) et les troubles digestifs (51% des réponses, PEM +11%).

### 2.1.5 Styles d'intégration des spécificités de la fasciathérapie dans la kinésithérapie

Concernant l'intégration des spécificités de la fasciathérapie dans la kinésithérapie (toucher, corps du praticien), le groupe se caractérise par le fait qu'une part significative de ses membres considère que toutes les modalités relatives au toucher ont été faciles voire très faciles à intégrer dans leur pratique manuelle de kinésithérapeute. Ainsi, la perception de la globalité et de l'étendue tissulaire (21% des praticiens, PEM +44%), la capacité à entrer dans la lenteur tissulaire (16%, PEM +48%) et dans l'intériorité et la profondeur du corps (24%, PEM +57%) sont d'une très grande facilité (score 10), de même que la capacité à s'intérioriser pendant le traitement (score 9 pour 26%, PEM + 47% et score 10 pour 24%, PEM +45%) et à percevoir la réciprocité dans le toucher (score 8 pour 24%, PEM +49% et score 10 pour 14%, PEM +56%). La capacité à suivre le mouvement interne tissulaire (score 8 pour 35%, PEM + 18% et score 10 pour 27%, PEM +41%), la maîtrise du point d'appui manuel (score 8 pour 32%, PEM + 21% et score 9 pour 17%, PEM +38%), l'écoute de la demande du corps (score 9 pour 24%, PEM + 34%) et la maîtrise de la neutralité active (score 8 pour 27%, PEM +38%) sont relativement moins faciles à intégrer. Seules deux modalités n'apparaissent pas significatives de ce groupe : la capacité à se laisser toucher et la perception de la modulation psychotonique. On note que l'on ne retrouve pas ici les polarités mises en évidence lors de l'analyse descriptive (dimension dynamique/statique, perceptive/relationnelle). Ce groupe semble se distinguer par sa capacité à intégrer, avec une grande facilité, de façon harmonieuse et non prédominante toutes les dimensions du toucher de la fasciathérapie.

En revanche, les dimensions de l'expérience corporelle ne constituent pas un domaine de facilité ou de difficulté caractéristique de ce groupe, puisque seules trois modalités présentent des réponses spécifiques : la grande facilité d'accès à la confiance dans le ressenti du corps et à la perception d'une solidité intérieure (score 10 et 9 respectivement, 18% des membres du groupe pour chacune de ces deux dimensions, PEM +38% et +35% respectivement) et une aisance modérée à sentir la globalité et l'unité de son propre corps (32% des praticiens de ce groupe, PEM +17%).

Enfin une part significative des praticiens (27%, PEM +32%) considère que la perception de l'intériorité du corps du patient constitue la dimension la plus nouvelle et la plus enrichissante, pour leur pratique.

#### 2.1.6 Nature des impacts sur la vie professionnelle

En matière d'impact sur la vie professionnelle, il est remarquable de constater que ce groupe se caractérise par son total accord avec le fait que l'exercice de la fasciathérapie leur fait vivre une passion (69% des praticiens, PEM +49%), leur permet de retrouver une nouvelle motivation (63%, PEM 35%), voire découvrir une véritable vocation professionnelle (47%, PEM +23%). Ils se sentent également plus impliqués (48%, PEM +23%), plus satisfaits de leur travail (63%, PEM + 28%), lui donnent plus de valeur (50%, PEM + 27%) et ont plus de plaisir à le pratiquer (68%, PEM + 33%). Il est important de souligner que la motivation initiale de ce groupe à se former à la fasciathérapie est marquée par un désir de retrouver une nouvelle motivation, de trouver un nouveau métier et de s'épanouir sur le plan personnel (60% des praticiens, PEM+11%). Il est remarquable de noter qu'aucune modalité concernant le positionnement, le sens ou l'évolution du métier de kinésithérapeute n'est apparue. Cela implique que l'exercice de la fasciathérapie est essentiellement vécu par ce groupe comme un vecteur d'épanouissement personnel et professionnel et non comme moyen de se réaliser comme kinésithérapeute (trouver sa place dans la kinésithérapie, pratiquer une kinésithérapie qui leur ressemble) ou de développer son activité de kinésithérapie (améliorer ou diversifier son activité).

#### 2.1.7 Nature des impacts sur la vie personnelle et la santé physique et psychique

Une large majorité du groupe (38 à 79%) est entièrement d'accord pour dire que la fasciathérapie a eu un impact positif sur leur vie personnelle et leur santé physique et psychique (PEM compris entre +22% et +57% pour toutes les modalités). Les modalités « être plus conscient de soi » et « être plus adaptable et plus souple » peuvent même être considérées comme emblématiques du groupe (79% et 68% des membres avec un PEM +57% et +48% respectivement). Tout cela traduit une action manifestement positive de l'exercice de la fasciathérapie sur des dimensions personnelles de l'identité et sur la santé physique et psychique.

Ce groupe se caractérise également par le fait qu'une part significative des praticiens (29%, PEM +30%) se fait suivre en fasciathérapie plus d'une fois par mois. Les motifs de consultations visent d'ailleurs essentiellement une recherche de bien-être (37% des praticiens du groupe).



Ce groupe se caractérise ainsi par son épanouissement tant professionnel que personnel et par son engagement dans une démarche de bien-être personnel, ce qui semble cohérent avec leur implication personnelle et professionnelle. Cela interroge également sur le rôle de cette dynamique d'entretien personnel sur la qualité de l'exercice professionnel et sur les améliorations constatées pour ce groupe.

#### 2.1.8 Nature des difficultés rencontrées

Enfin, concernant les difficultés rencontrées, sans surprise, ce groupe se caractérise par un sentiment d'être « très mal reconnu » par la profession de kinésithérapie (66% des praticiens, PEM +28%), ce qui rend difficile son exercice de la fasciathérapie. En revanche, il se sent très bien reconnu par ses patients (68% des praticiens, PEM +31%). Ce critère est d'ailleurs une caractéristique forte du groupe, même si une part significative de ses membres (26%, PEM +24%) reconnaît que le manque de connaissance de la fasciathérapie par les patients peut constituer une difficulté.

### 2.2 **Profil « Kinésithérapeute »**

Ce groupe composé de 40 individus soit 17,3% de la population interrogée retenue (231 répondants) est le moins nombreux des trois profils.

#### 2.2.1 Traits professionnels

Sur le plan professionnel, ce groupe se caractérise par des critères très tranchés, dont la significativité et le poids en fond des marqueurs forts : ils exercent presque exclusivement sur le mode conventionné (75% des praticiens, PEM +80%), ne suivent jamais de formation complémentaire en fasciathérapie (77%, PEM +62%) et n'adhèrent pas à l'ANKF (70%, PEM +57%). Par ailleurs, une part significative de ce groupe (37%, PEM +46%) ne possède aucune qualification en fasciathérapie et possède peu d'expérience dans ce domaine (4 années de pratique) puisque 45% de ses membres a débuté sa formation en fasciathérapie à partir de 2009 (PEM +30%). Enfin, une caractéristique de ce groupe (PEM +37%) est d'être composé d'une part significative de professionnels salariés (25%) lesquels représentent la moitié de la totalité des salariés de

l'échantillon. L'âge, le sexe ou l'origine géographique n'ont aucune incidence sur la caractérisation de ce groupe.

### 2.2.2 Type de pratique

Ce groupe est caractérisé par un exercice de la fasciathérapie se déroulant majoritairement (67% des praticiens, PEM +19%) au sein de la séance de kinésithérapie, et en complément de celle-ci (40%, PEM +19%). Une part significative du groupe (45%, PEM +26%) l'associe à d'autres techniques et y consacre une faible part de son activité professionnelle (50% du groupe consacre la plus petite ou la moins grande partie de son activité à la fasciathérapie, PEM +41% et +32% respectivement). Cela se traduit par un faible nombre de séances quotidiennes (moins de 1 séance/jour pour 22% des praticiens, PEM +37%) dont la durée est conforme à la séance conventionnelle soit de 20 à 30 minutes (40% des praticiens, PEM +27%). La pratique de la fasciathérapie semble être, avant tout, appliquée sous sa forme de thérapie manuelle (27% exercent exclusivement sur ce mode, PEM +23%) et l'absence de thérapie gestuelle (27%, PEM +21%) et surtout de cours collectifs (95% des praticiens, PEM +78%) sont également significativement caractéristiques de ce groupe. Ce groupe se distingue, enfin, par le fait qu'une faible part (moins de 25%) de sa patientèle demande à être traitée en fasciathérapie (60% des praticiens, PEM +49%). C'est même le seul groupe (PEM +75%) au sein duquel on trouve les praticiens ayant la plus faible proportion de patients (5%) demandant à être traités en fasciathérapie (17% des praticiens). Les consultations en fasciathérapie sont si rares que les modes de consultations (1<sup>ère</sup> intention, dernier recours, sur le conseil d'un autre professionnel de santé ou après lecture d'informations sur la fasciathérapie) sont tous considérés comme exceptionnels (PEM +30 à +45%), y compris la consultation sur le conseil d'un autre patient (17% des praticiens, PEM +84%), ce qui confirme que ces praticiens n'affichent pas ni ne communiquent sur leur pratique de la fasciathérapie.

### 2.2.3 Formes de changement de l'exercice professionnel

Ce groupe se caractérise essentiellement par le fait qu'une part significative de ses membres n'a effectué aucun changement au sein de son exercice professionnel que ce soit concernant le cadre d'exercice (aucun changement pour 62% des praticiens, PEM

+42%), la durée de la séance (pas de changement pour 75%, PEM +53%), la patientèle (pas de changement du nombre de patients pour 77%, PEM +62%, ni de la patientèle pour 70%, PEM +60%) et le type de prise en charge (aucun nouveau domaine de prise en charge pour 77%, PEM +59% et aucune demande pour des pathologies nouvelles pour 45%, PEM +46%).

#### 2.2.4 Types d'amélioration de l'exercice professionnel

En matière d'amélioration de l'exercice professionnel, ce groupe est caractérisé par le peu d'amélioration rapporté par les praticiens concernant leur efficacité thérapeutique (pour 20% des praticiens, PEM +58%) mais surtout leur relation au patient (pour 32,5%, PEM +25%) et leurs compétences pédagogiques (pour 40%, PEM +30%). Ce peu d'amélioration caractéristique se retrouve également dans les domaines de la prise en charge de la souffrance psychique (pour 37,5%, PEM +32%), du bien-être et de la qualité de vie (pour 22,5%, PEM +37%) et des pathologies aiguës (pour 32,5%, PEM +17%). L'amélioration de la prise en charge des pathologies chroniques n'apparaît pas différente de la population générale (globalement améliorée de façon importante). On remarque cependant que la prise en charge de la douleur physique est considérée, contrairement aux domaines précédents, comme améliorée de façon importante par 75% des praticiens du groupe (PEM +37%), ce qui en fait un trait caractéristique du groupe. Ces résultats soulèvent certaines interrogations, comme le fait que l'amélioration de la prise en charge de la douleur physique ne soit pas accompagnée d'une amélioration de l'efficacité thérapeutique, ou de la prise en charge des pathologies aiguës (mais éventuellement de celle des pathologies chroniques). Cela pourrait signifier que ce groupe utilise préférentiellement la fasciathérapie comme une technique antalgique, qui serait alors moins performante pour soigner les symptômes aigus et plus adaptée pour aborder les problématiques chroniques. Cela expliquerait alors qu'elle soit plutôt utilisée dans la séance ou en complément, et combinée à d'autres techniques de kinésithérapie.

#### 2.2.5 Styles d'intégration des spécificités de la fasciathérapie dans la kinésithérapie

En matière d'intégration des spécificités du toucher de la fasciathérapie dans la kinésithérapie, ce groupe se caractérise par le fait qu'une part significative de ses membres considère la maîtrise de la neutralité active comme très difficile à intégrer

(score 2) dans sa pratique manuelle de kinésithérapie (20% des praticiens, PEM +51%). Concernant l'expérience corporelle du praticien, l'absence de facilité ou de difficulté (score 5) à intégrer la confiance dans le ressenti du corps dans la pratique professionnelle est une caractéristique significative de ce groupe (27% des membres PEM +21%). Cette neutralité de la réponse peut indiquer que cette dimension fait déjà partie de leur vécu professionnel. Ce groupe ne semble pas éprouver de vécus nouveaux tant dans l'expérience du toucher que dans l'expérience du corps pouvant enrichir leur pratique.

#### 2.2.6 Nature des impacts sur la vie professionnelle

Concernant les impacts sur la vie professionnelle, ce groupe est caractérisé par le fait qu'une majorité de ses membres est plutôt d'accord pour dire que l'exercice de la fasciathérapie leur a donné plus de plaisir à pratiquer leur métier (60%, PEM +29%), a amélioré leur pratique de kinésithérapeute (45%, PEM +19%) et leur a permis de pratiquer une kinésithérapie qui leur ressemble (47%, PEM +21%). Ce groupe se caractérise également par de nombreux désaccords, notamment, en affirmant que la fasciathérapie ne permet pas de mieux gagner sa vie (57% des membres, PEM +25%) et qu'elle n'a pas non plus été l'occasion de découvrir une véritable vocation professionnelle (50%, PEM +35%). Ensuite, une part significative des praticiens de ce groupe n'y vivent pas une passion (32% d'entre eux, PEM +28%) et n'y trouvent pas non plus une nouvelle motivation professionnelle (22% d'entre eux, PEM +37%). De même, l'exercice de la fasciathérapie n'apporte pas plus de valeur au travail, ni ne permet de trouver sa place dans la kinésithérapie (pour 25% et 40% d'entre eux respectivement, PEM +30% et +23% respectivement). Ce groupe trouve dans la fasciathérapie un moyen d'améliorer sa vie professionnelle quotidienne et l'utilise ou la vit comme une technique complémentaire de l'activité professionnelle.

#### 2.2.7 Nature des impacts sur la vie personnelle et la santé physique et psychique

Concernant les dimensions de la vie personnelle, ce groupe se caractérise par le fait qu'une majorité de ses membres est plutôt d'accord pour dire que la fasciathérapie lui a permis d'être plus conscient de soi-même (52% des praticiens, PEM +22%) et a développé sa capacité d'être en relation avec les autres (62% des membres, PEM

+28%). Une part importante d'entre eux considère également qu'elle n'a pas eu d'impact (plutôt pas d'accord) sur toutes les autres dimensions de la vie personnelle interrogées (27 à 47% des membres selon les modalités, pour un PEM compris entre +22% et +31%)<sup>88</sup>. On peut ainsi estimer que si la fasciathérapie enrichit la capacité de ces praticiens à entrer en relation avec eux-mêmes et avec les autres, elle n'a en revanche pas d'impact sur leur dimension existentielle.

Concernant les dimensions de la santé, le groupe se caractérise par le fait qu'il n'est plutôt pas d'accord pour considérer que la fasciathérapie a apporté un bien-être psychique (37,5% des praticiens, PEM +24%) ou donné des outils pour résoudre des situations quotidiennes de stress (27%, PEM +21%). Ils ne font d'ailleurs pas ou peu appel à la fasciathérapie pour eux-mêmes comme technique de soin ou de bien-être (27,5% des membres ne font jamais appel à la fasciathérapie pour eux-mêmes et 27,5% y ont recours une fois par an, PEM +27% et +41% respectivement).

Ces résultats confirment que l'exercice de la fasciathérapie est essentiellement considéré comme un moyen de développer et d'enrichir l'activité professionnelle même si on constate un impact sur les dimensions personnelle et sociale et sur la qualité de vie.

#### 2.2.8 Nature des difficultés rencontrées

Concernant les difficultés, il n'est pas surprenant de constater que le groupe se distingue par sa difficulté à introduire la fasciathérapie dans son exercice de kinésithérapie (28% des praticiens, PEM +18%). Pour autant, cette difficulté ne semble pas liée au contexte socio-professionnel puisque une part significative de ce groupe ne se sent ni bien ni mal reconnu par les autres professionnels de santé (52% des praticiens, PEM +31%), par ses pairs (35%, PEM +18%) et par les patients (30%, PEM +54%). La

---

<sup>88</sup> La pratique de la fasciathérapie ne leur a ainsi pas permis de développer une plus grande confiance en eux-mêmes (42,5%, PEM +30%), ne leur a pas donné une meilleure estime d'eux-mêmes (37,5%, PEM +24%), ne les a pas rendu plus adaptable et plus souple face aux difficultés quotidiennes (27,5%, PEM +22%), ne les a pas rendu plus conscient de leurs besoins et de leurs limites (27,5%, PEM +31%), n'a pas développé leur joie de vivre et leur aspiration au bonheur (47,5%, PEM +27%), n'a pas rendu leur vie plus riche et plus pleine (30%, PEM +26%) et ne leur a pas donné des outils pour trouver des solutions face aux difficultés de la vie quotidienne (27,5%, PEM +24%)

difficulté à expliquer la fasciathérapie (30% des praticiens, PEM +23%) est caractéristique de ce groupe.

### **2.3 Profil « Kinésithérapeute-Fasciathérapeute »**

Ce groupe composé de 129 individus soit 55,8% de la population retenue (231 répondants) est le plus nombreux puisqu'il représente plus de la moitié de notre échantillon.

#### **2.3.1 Traits professionnels**

Du point de vue professionnel, le groupe kinésithérapeute-fasciathérapeute se caractérise par la part importante de personnes titulaires du Diplôme Universitaire de fasciathérapie (48%, PEM +22%). Il se distingue également par l'existence en son sein de praticiens qui se déclarent spécialisés dans le champ de l'éducation à la santé (23%, PEM +45%) ou qui continuent à se former dans le champ de la kinésithérapie appliquée après ou au cours de la formation de fasciathérapie (22%, PEM +32%). Un autre signe distinctif réside dans la proportion de personnes entrées en formation il y a 4 à 7 ans (soit entre 2006 et 2009 pour 22%, PEM +32%) traduisant une expérience relativement faible de la pratique de la fasciathérapie. L'âge, le sexe ou l'origine géographique n'ont aucune incidence sur la caractérisation de ce groupe.

#### **2.3.2 Type de pratique**

Ce groupe se caractérise par le fait qu'une partie significative de ses membres consacre la majeure partie de son activité professionnelle à la fasciathérapie (41,8%, PEM +23%) avec pour une grande part d'entre eux une durée de séance qui va de 30 à 45 minutes (31%, PEM +27%) ce qui signifie qu'elle occupe la totalité voire dépasse le temps de la séance conventionnelle de kinésithérapie. Une autre caractéristique de ce groupe est d'avoir entre 25 et 50% de leurs patients qui demandent à être traités en fasciathérapie (21% des praticiens, PEM +34%). Ce type de patientèle consulte plutôt sur le conseil d'un confrère ou d'un médecin (39%, PEM +22%) et rarement en dernier recours (22%, PEM +45%). Ces informations tendent à montrer que ce groupe utilise la fasciathérapie comme une technique de référence, qu'une activité spécifique de

fasciathérapie a été développée et qu'une demande pour ce type d'approche existe au sein de la patientèle. Cela pourrait confirmer la tendance du groupe à se percevoir et se présenter comme kinésithérapeute et fasciathérapeute et à considérer la fasciathérapie comme une spécialisation de la kinésithérapie.

### 2.3.3 Formes de changement de l'exercice professionnel

En termes de changements de l'exercice professionnel, ce groupe se caractérise par le fait qu'une forte proportion des praticiens ont augmenté le nombre de leurs patients (59% des praticiens, PEM +29%) et qu'une partie d'entre eux a également reçu de nouvelles demandes de soin ou de prise en charge de nouvelles pathologies (gestion du stress pour 23% des praticiens, PEM +41% et maladies graves pour 20%, PEM +66%). On observe ainsi que ce groupe n'a pas changé son cadre d'exercice mais a visiblement fait évoluer sa patientèle et développer son exercice vers de nouveaux domaines. Il paraît avoir réussi à intégrer la pratique la fasciathérapie en composant avec l'exercice conventionnel de la kinésithérapie.

### 2.3.4 Types d'amélioration de l'exercice professionnel

L'amélioration de la prise en charge des céphalées est caractéristique de ce groupe puisqu'elle est mentionnée par 55% des praticiens (PEM +21%). Aucune autre amélioration n'est citée de façon significative par ce groupe. Comme cette pathologie a été citée (voir chapitre 5.1.3 de l'analyse descriptive) comme la plus améliorée par l'ensemble des répondants (46,2%), cela confirme son importance comme caractère distinctif de ce groupe. On ne note pas de pathologies significativement non améliorées et caractéristiques de ce groupe.

### 2.3.5 Styles d'intégration des spécificités de la fasciathérapie dans la kinésithérapie

Concernant les dimensions du toucher, trois dimensions caractéristiques ressortent : une facilité relative (score 7) à suivre le mouvement interne tissulaire (23% des praticiens, PEM+ 35%) et à maîtriser la neutralité active (score 6, 21%, PEM+ 43%) et une légère difficulté (score 5) à entrer dans la profondeur et l'intériorité corporelle (12%, PEM +64%).

Concernant le corps du praticien, trois dimensions caractéristiques sont également apparues comme significatives pour ce groupe : la relative facilité d'accès (score 7) à la confiance dans le ressenti du corps, à la perception de la globalité et de l'unité de son propre corps et à la perception de l'intériorité corporelle (22,5%, 26% et 24% des membres respectivement, avec un PEM de 56%, 48% et 37% respectivement). La capacité à impliquer son propre corps dans le toucher est considérée de façon significative (PEM 35%) par 23% du groupe comme pas très facile (score 5).

Enfin, la sensation de solidité du corps du praticien est considérée par 15% des membres de ce groupe (PEM +53%) comme un des vécus les plus nouveaux et les plus enrichissant pour leur pratique (cité en « deuxième choix » de façon très significative alors qu'il apparaît de façon très marginale en premier choix avec seulement 2,9% de répondants l'ayant sélectionné).

### 2.3.6 Nature des impacts sur la vie professionnelle

Ce groupe se caractérise par le fait qu'une très large proportion des praticiens sont entièrement d'accord pour dire que la fasciathérapie a contribué à améliorer leur pratique de la kinésithérapie (74,4%, PEM +30%) et leur a permis de pratiquer une kinésithérapie qui leur ressemble (72%, PEM +27%). Ces deux critères sont donc des marqueurs forts du groupe et montrent que l'exercice de la fasciathérapie a principalement été pour eux un moyen de conjuguer le besoin de s'améliorer professionnellement et celui d'exercer une pratique cohérente avec leur personnalité et leur conception de leur métier. En raison de la taille de ce groupe, on retrouve ce même profil de réponse dans la population générale (voir Tableau 23 de l'analyse descriptive). Notons enfin que le fait que 34,1% des praticiens de ce groupe voient aussi dans la fasciathérapie un moyen de mieux gagner sa vie apparaît également comme un caractère discriminant de ce groupe (PEM +22%). Ce résultat est sans doute lié au fait que ce groupe a augmenté le nombre de ses patients. Il pourrait ainsi voir dans la fasciathérapie un moyen d'améliorer ces revenus grâce à son efficacité sur les pathologies traitées ou dans de nouveaux champs d'exercice (céphalées, stress, maladies graves).



### 2.3.7 Nature des impacts sur la vie personnelle et la santé physique et psychique

Le groupe se caractérise par le fait qu'une part importante des praticiens est plutôt d'accord pour dire que l'exercice de la fasciathérapie leur a permis de gagner en confiance en eux-mêmes (50%, PEM +19%), les a rendu plus adaptable et plus souple face aux événements de la vie (55%, PEM +25%) et les a rendu plus conscients de leurs besoins et de leurs limites (53%, PEM +19%). En revanche, le groupe se caractérise également par une proportion non négligeable (environ 23%) de répondants qui ne sont plutôt pas d'accord pour dire que l'exercice de la fasciathérapie a amélioré leur propre santé (22,5%, PME +34%) ou leur a permis d'être moins fatigué et d'avoir une meilleure vitalité (25,5%, PEM +26%). Pour autant, il se caractérise également par le fait que près de 20% des praticiens font appel à des séances de fasciathérapie pour eux-mêmes 2 à 3 fois/an (PEM +35%).

### 2.3.8 Nature des difficultés rencontrées

La principale et caractéristique difficulté de ce groupe, pour intégrer la fasciathérapie dans la kinésithérapie, est le manque de connaissance de cette pratique par les patients (14% des praticiens, PEM +51%). Le manque de reconnaissance par les pairs est également une problématique mentionnée de façon distinctive (20%, PEM +33%) ainsi que, secondairement, le temps de la séance de kinésithérapie qui est considéré comme trop court (18%, PEM +42%). Les difficultés qui caractérisent ce groupe sont donc plutôt liées aux manques de communication et de vulgarisation de la fasciathérapie auprès du public, plutôt qu'à ses modalités d'application dans la kinésithérapie.

## **3. Comparaison des trois profils et analyse transversale**

L'analyse transversale a pour but de mettre en évidence le caractère spécifique voire discriminant des modalités des variables explicatives supplémentaires, dans la distinction de nos trois profils entre eux. Cette analyse est présentée de façon catégorielle, en reprenant les 8 catégories de l'analyse cas par cas :

- Les traits professionnels (Tableau 31) ;
- Le type de pratique (Tableau 32) ;

- Les formes de changement de l'exercice professionnel (Tableau 34) ;
- Les types d'amélioration de l'exercice professionnel (Tableau 35) ;
- Les styles d'intégration des spécificités de la fasciathérapie au sein de la kinésithérapie (Tableau 36) ;
- La nature des impacts sur la vie professionnelle (Tableau 45) ;
- La nature des impacts sur la vie personnelle (Tableau 46);
- La nature des difficultés rencontrées (Tableau 47).

Dans les huit tableaux, figurent donc en colonne les trois modalités des profils identitaires et en ligne les modalités significatives précédemment identifiées. Une série de tris croisés supplémentaires avec recherche des oppositions (PEM négatif, Khi<sup>2</sup> au seuil de 5%) permet de repérer les modalités ayant un pouvoir de discrimination significatif entre les modalités de la variable identitaire à expliquer. Ces modalités discriminantes sont signalées dans les tableaux par une police différente (**gras**).

Certaines cases de ces tableaux seraient restées vides (modalités non discriminantes et non significatives pour le profil concerné) ; nous les avons complétées lorsque c'était possible, par une information sur la réponse modale ou moyenne de la modalité sur ce profil (repérées par une police en *italique*).

Enfin, les variables numériques ou ordinales ont fait l'objet d'une analyse de variance (ANOVA, Test de Fisher au seuil de 5%) entre les trois profils, après vérification de la normalité par le test de Kolmogorov-Smirnov (Annexe 4 : Comparaison des trois profils identitaires). Les résultats sont intégrés au fil de la discussion et c'est à cette analyse qu'il conviendra de se référer lorsque les moyennes, les différences entre moyennes et leurs significativités seront évoquées dans le texte.

L'ensemble des tableaux croisés et des analyses de variance sont consultables en annexe (Annexes 4 : Comparaison des trois profils identitaires)

### **3.1 Les traits professionnels**

Le tableau ci-dessous (Tableau 31) met en évidence une vision comparée des trois profils autour des variables décrivant le trait professionnel, c'est-à-dire généralement considérées comme statutaires (âge, cadre d'exercice, formations et cursus suivis, qualifications, engagement professionnel)

On repère immédiatement que si l'âge n'est pas discriminant pour distinguer les trois groupes, pour autant, le groupe des fasciathérapeutes est caractérisé par une population de praticiens globalement plus âgée (plus de 55 ans). Notons toutefois que le groupe kinésithérapeute-fasciathérapeute est assez fortement représenté par la tranche d'âge des 35-49 ans (45% des praticiens du groupe et 25% de l'échantillon).

Le mode d'exercice permet de discriminer les fasciathérapeutes des kinésithérapeutes : le groupe fasciathérapeute tend à exercer sur le mode mixte ou non conventionné, tandis que le groupe kinésithérapeute exerce exclusivement sur le mode conventionné. Le groupe fasciathérapeute se caractérise également par une activité libérale en cabinet individuel alors que le groupe kinésithérapeute se distingue par la présence en son sein de praticiens exerçant comme salariés. Notons que le groupe kinésithérapeute-fasciathérapeute, même si cela ne le discrimine pas des deux autres a plutôt tendance à exercer en libéral, sur le mode conventionné et en cabinet de groupe (52% des praticiens).

Tableau 31 : Trait professionnel, modalités permettant de distinguer significativement les profils entre eux (sans constituer nécessairement une information moyenne ou une tendance)

Modalité	Kinésithérapeute (% des répondants du profil)	Kinésithérapeute-Fasciathérapeute (% des répondants du profil)	Fasciathérapeute (% des répondants du profil)
Âge	-	35-49 (45%)	Plus de 55 ans
Exercice libéral	<b>Conventionné (75%)</b>	<i>Conventionné (68%)</i>	<b>Mixte (30%) ou non conventionné (22%)</b>
	Salarié	<i>Cabinet de groupe (52%)</i>	Cabinet individuel
Spécificité kinésithérapie	<i>Rééducations spécifiques (48% des réponses)</i>	Éducation à la santé	<b>Aucune</b>
Formation avant fasciathérapie	<i>Techniques manuelles</i>	<i>Techniques manuelles (42% des réponses) et kinésithérapie appliquée (29% des réponses)</i>	Ostéopathie
Formation après fasciathérapie	-	Kinésithérapie appliquée	SPP et PPP (19%)
Expérience en Kinésithérapie (année DE)	<i>12 années (moyenne DE 1996)</i>	<i>15 années (moyenne DE 1993)</i>	21% ont plus de 30 années (DE avant 1980, moyenne 1989)
Expérience en Fasciathérapie (année d'entrée en formation)	<b>Moins de 4 années (à partir 2009)</b>	22% ont entre 4 et 7 années (2006 à 2009)	<b>29% ont plus de 20 années (avant 1992)</b>
Qualification fasciathérapie	<b>Aucune (37%)</b>	<b>DU fasciathérapie (48%)</b>	<b>Diplôme fasciathérapie (77%)</b>
Adhésion	<b>Non (70%)</b>	<i>Oui (73%)</i>	<b>Oui (87%)</b>

ANKF			
<b>Formation « continue » en fasciathérapie</b>	<b>Aucune (77%)</b>	<i>1 à 2 formation/an (48%) Moins de 1 formation/an (42%)</i>	1 à 2 formations/an (53%)
Motivation à la formation de fasciathérapie	<i>Efficacité thérapeutique, Unité corps/psychisme, dimension relationnelle du toucher</i>	<i>Pas différent de la population globale</i>	Nouvelle motivation professionnelle/changement de métier/épanouissement personnel

Le fait d'avoir ou non une spécificité en kinésithérapie permet de distinguer les fasciathérapeutes (qui revendiquent n'en avoir aucune) des deux autres groupes, sachant que le groupe kinésithérapeute-fasciathérapeute présente une originalité significative avec la présence en son sein de praticiens spécialisés en éducation à la santé (23%). Le groupe kinésithérapeute serait plutôt plus spécialisé (48% des réponses du groupe) dans des domaines de rééducations spécifiques (respiration, neurologie, périnéologie, etc...) sans que cela soit significatif.

Les formations réalisées avant et après (ou au cours) la formation de fasciathérapie, même si elles caractérisent différemment deux des trois profils identitaires, ne sont pas significativement discriminantes entre elles. Le groupe fasciathérapeute est caractérisé par le fait qu'une partie de ses membres ont été formés à l'ostéopathie avant la fasciathérapie et par le fait qu'une part continue ensuite à se former à la SPP ou à la PPP. Les deux autres groupes, comme l'ensemble de l'échantillon, ont principalement été formés aux techniques manuelles avant la formation de fasciathérapie sans que cela soit significatif. En revanche, le groupe kinésithérapeute-fasciathérapeute se distingue par un groupe de praticiens (23%) qui a poursuivi, après la fasciathérapie (ou au cours de la formation), dans le domaine de la kinésithérapie appliquée.

Même si elle caractérise distinctement deux des trois groupes, l'expérience de la kinésithérapie n'est pas discriminante de façon transversale (Anova, voir annexes 4 : Comparaison des trois profils identitaires). Le groupe fasciathérapeute est significativement plus expérimenté que le reste de la population, tant par l'année moyenne d'obtention du DE de kinésithérapie (1989, Anova  $p = 0,008$ ) que par le fait qu'il est celui qui compte le plus d'« anciens diplômés » (21% ont eu leur DE entre 1962 et 1980). À l'opposé, le groupe kinésithérapeute est significativement moins expérimenté que le reste de la population (moyenne du groupe 1996, Anova  $p=0,008$ ).

Ainsi, le groupe des fasciathérapeutes se caractérise globalement par sa grande expérience de la kinésithérapie (plus de 30 ans pour les plus anciens) tandis que celui des kinésithérapeutes a plutôt moins de 20 ans d'expérience. Le groupe kinésithérapeute-fasciathérapeute est dans la moyenne générale de l'échantillon (20 années d'expérience, DE de kinésithérapie obtenu en moyenne en 1993).

L'expérience de la fasciathérapie permet, en revanche, de discriminer significativement les groupes kinésithérapeute et fasciathérapeute : si l'on s'appuie sur l'année d'entrée en formation pour calculer le nombre d'années d'expérience, le groupe fasciathérapeute est très expérimenté (48% ont plus de 20 années de pratique) et le groupe kinésithérapeute est significativement peu expérimenté (45% ont au mieux 4 années de pratique). Cette distinction est confortée par la comparaison des moyennes sur les années d'entrée en formation de ces deux groupes (Anova, annexes 4 : Comparaison des trois profils identitaires) : le groupe fasciathérapeute a en moyenne débuté sa formation de fasciathérapie en 1997, ce qui lui confère une expérience moyenne de 15 ans, tandis que le groupe des kinésithérapeutes est en moyenne entré en formation de fasciathérapie en 2005, soit une expérience moyenne de 7 ans. Le groupe kinésithérapeute-fasciathérapeute est dans la moyenne générale (entrée en formation de fasciathérapie en 2001), avec une expérience de la fasciathérapie d'environ 12 années.

**Le niveau de qualification professionnelle de fasciathérapie** est la seule variable de cette catégorie de l'analyse qui discrimine de façon significative les 3 groupes : le groupe kinésithérapeute n'a plutôt pas de qualification (37,5% des membres du groupe), le groupe kinésithérapeute-fasciathérapeute est plutôt titulaire d'un Diplôme Universitaire (48%) et les fasciathérapeutes ont presque tous le « diplôme » de fasciathérapie (77%). Le DU de fasciathérapie étant apparu en 2008 après le diplôme privé de fasciathérapie, il semble logique que les fasciathérapeutes, plus anciens, soient caractérisés par le « diplôme » et les kinésithérapeutes-fasciathérapeutes par le diplôme universitaire. Cette différence de qualification ne correspond pas à une différence de durée mais de contenu de la formation et signe avant tout une évolution du mode de certification de la formation de fasciathérapie.

L'adhésion à l'ANKF discrimine significativement le groupe kinésithérapeute (70% n'adhèrent pas) du groupe fasciathérapeute (87% adhèrent). Notons toutefois que le groupe kinésithérapeute-fasciathérapeute adhère majoritairement à l'ANKF (73% des membres du groupe).

La « formation continue » en fasciathérapie permet de distinguer le groupe des kinésithérapeutes des deux autres groupes par le fait qu'il ne réalise aucune formation par an (77,5% de ses membres). Les fasciathérapeutes se caractérisent par leur suivi de 1 à 2 formations continues chaque année (53%). Pour information, la tendance moyenne des kinésithérapeutes-fasciathérapeutes est de se former pour une part 1 à 2 fois par an (48% des praticiens du groupe) et pour une part presque aussi importante moins de 1 fois par an (42%).

Enfin, les motivations à la formation en fasciathérapie permettent de caractériser le groupe des fasciathérapeutes dont 60% des membres déclarent y avoir cherché à se développer personnellement, à changer de métier ou y avoir trouvé une nouvelle motivation.

Pour conclure, même si toutes ces variables permettent de dresser un portrait compréhensif solide, des trois profils au plan professionnel, seul le niveau de qualification permet de les discriminer deux à deux. L'exercice libéral conventionné ou non, le niveau d'expérience en fasciathérapie et l'adhésion à l'ANKF permettent toutefois de discriminer significativement le groupe des fasciathérapeute de celui des kinésithérapeutes. Formation continue et spécificité de kinésithérapie permettent de caractériser de façon spécifique, respectivement, les kinésithérapeutes et les fasciathérapeutes.

### 3.2 Les types de pratique

Le tableau ci-dessous (Tableau 32) synthétise les différences significatives entre les trois profils, pour les variables décrivant les types de pratique et les descripteurs de sa mise en œuvre.

On observe d'abord très nettement que les 3 profils se distinguent de façon significative par la **part de l'activité consacrée à la fasciathérapie** : les kinésithérapeutes y consacrent la moins grande voire la plus petite partie de leur activité (82% du groupe), les kinésithérapeutes-fasciathérapeutes la majeure partie (42% du groupe) et les fasciathérapeutes la totalité (50% du groupe). Ils se distinguent également significativement entre eux par la **durée de leur séance** : les kinésithérapeutes exercent plutôt la fasciathérapie dans le cadre du temps conventionnel de la séance soit entre 20 à 30 minutes (40% du groupe) alors que les deux autres groupes dépassent ce temps

conventionnel. Les kinésithérapeutes-fasciathérapeutes sont caractérisées par le fait qu'une partie du groupe pratique des séances de 30 à 45 minutes (31% du groupe) alors que la quasi-totalité du groupe des fasciathérapeutes réalise des séances encore plus longues allant de 45 à 60 minutes (72,5%).

Par ailleurs, les trois groupes se différencient de façon très significative par le profil de leur patientèle : le groupe kinésithérapeute se caractérise ainsi par le peu de patients (25%) demandant à être traité en fasciathérapie (60% du groupe), celui de kinésithérapeute-fasciathérapeute par un nombre plus important de patients formulant cette demande (25 à 50% pour 21% du groupe) et celui de fasciathérapeute par le fait que la totalité de leur patientèle demande à être traitée en fasciathérapie (100% pour 50% du groupe).

Tableau 32 : Profil de pratique

Modalité	Kinésithérapeute	Kinésithérapeute-Fasciathérapeute	Fasciathérapeute
<b>Part de l'activité consacrée à la fasciathérapie</b>	<b>Plus petite à moins grande partie (82%)</b>	<b>Majeure partie (42%)</b>	<b>Totalité (50%)</b>
Nombre de séances de fasciathérapie/jour	<b>au mieux 1 (37,5%)</b>	<i>5 à plus de 10 (62%)</i>	<b>5 à plus de 10 (72,6%)</b>
<b>Durée de la séance</b>	<b>20 à 30 min (40%)</b>	<b>30 à 45 min (31%)</b>	<b>45 à 60 min (72,5%)</b>
<b>Mode d'exercice de la séance de kinésithérapie</b>	« <b>Au sein</b> » ou « <b>en complément</b> » (64,2%)	<i>En remplacement (54%) et au sein (47%)</i>	« <b>En dehors</b> » ou « <b>en remplacement</b> » (83,5%)
Modalité d'application de la fasciathérapie	Thérapie manuelle (27%) Pas de thérapie gestuelle (27%) ni de cours collectifs (95%)	-	Thérapie gestuelle (27%)
Association à d'autres techniques	Oui (45%)	<i>Non (75%)</i>	<i>Non (84%)</i>
<b>Part de la patientèle demandant de la fasciathérapie</b>	<b>Moins de 25% des patients demande la fasciathérapie (60%)</b>	<b>25 à 50% demande la fasciathérapie (21%)</b>	<b>100% des patients demande la fasciathérapie (50%)</b>
<b>Mode de consultation de la patientèle (score)</b>	<b>En dernier recours (« exceptionnellement ») (32,5%)</b>	<b>En dernier recours (« rarement ») (22%)</b>	<b>En dernier recours (« souvent ») (51,5%)</b>
	<b>En 1<sup>ère</sup> intention (« exceptionnellement ») (35%)</b>	<b>En 1<sup>ère</sup> intention (jamais « exclusivement »)</b>	<b>En 1<sup>ère</sup> intention (« souvent ») (55%)</b>
	<b>Sur le conseil d'un autre patient (« exceptionnellement »,</b>		<b>Sur le conseil d'un autre patient (« souvent » ou</b>

« Manière » de la patientèle de consulter (score)	« rarement » ou « parfois » (50%)		« exclusivement » (95,2%)
	Sur conseil d'un médecin ou confrère (« exceptionnellement ») (47,5%)	Sur conseil d'un médecin ou confrère (« souvent ») (39%)	
	Suite à une lecture ou une information sur la fasciathérapie (« exceptionnellement » ou « rarement ») (70%)		Suite à une lecture ou une information sur la fasciathérapie (« parfois ») (43,5%)

Une analyse de variance des moyennes (voir annexe 4 : Comparaison des trois profils identitaires) pour chaque groupe confirme ces différences :

- le groupe kinésithérapeute avec en moyenne 25% de sa patientèle demandant à être traitée en fasciathérapie est significativement en dessous de la moyenne générale de 58% ( $p=0,001$ ) ;
- celui des fasciathérapeutes avec en moyenne 84% de sa patientèle qui formule cette demande est supérieur à la moyenne ( $p=0,001$ ) ;
- et le groupe kinésithérapeute-fasciathérapeute n'est pas différent de la moyenne générale (55%, résultat non significatif). Il ne présente donc pas de caractère distinctif moyen sur cette modalité au regard de la population générale de l'échantillon. Cela vient pondérer quelque peu le caractère discriminant mentionné plus haut, qui n'est en fait porté que par une faible part de la population de ce groupe (21% des membres de ce groupe ont 25 à 50% de leur patientèle qui demande à être traitée en fasciathérapie).

Ces distinctions dans le profil de la patientèle sont confortées par le **mode de consultation des patients** qui présente également un pouvoir de discrimination des trois profils entre eux. Le groupe fasciathérapeute se distingue par le fait que 64,5% de ses praticiens reçoit « souvent » ou « exclusivement » ses patients en 1<sup>ère</sup> intention tandis que 67,5% des membres du groupe kinésithérapeute estime cette patientèle plutôt « rare » à « exceptionnelle ». Concernant les consultations en dernier recours, la majorité des répondants du groupe fasciathérapeute a une patientèle qui vient « souvent » sur ce mode-là, tandis que dans le groupe kinésithérapeute, c'est plutôt « rare » à « exceptionnel » (42% sur ces deux modalités cumulées, avec un PEM de 19%). Sur ces deux variables (voir Anova, annexes 4 : Comparaison des trois profils identitaires) :



- le groupe kinésithérapeute-fasciathérapeute n'est pas significativement différent de la moyenne générale de l'échantillon (moyenne pour les deux modalités : 2,98) ;
- le groupe kinésithérapeute reçoit plutôt « rarement » des patients en 1<sup>ère</sup> intention et en dernier recours (moyennes respectives : 2,05 et 2,58) ;
- le groupe fasciathérapeute reçoit plutôt « souvent » des patients en 1<sup>ère</sup> intention (moyenne : 3,66) et en dernier recours (moyenne : 3,27).

La manière de consulter discrimine également certains des profils entre eux. Ainsi les réponses des groupes s'opposent différemment sur les trois variables concernées :

- les patients du groupe fasciathérapeute consultent « souvent », voire « exclusivement » sur le conseil d'un autre patient (95,2% des membres) tandis que les réponses du groupe kinésithérapeute se caractérisent par une proportion importante de scores « rare » (17%), et la quasi-majorité (50% des membres) qui estime que sa patientèle vient « parfois » à « exceptionnellement » sur le conseil d'un autre patient ;
- le groupe kinésithérapeute estime très largement (70%) que ses patients consultent « exceptionnellement » ou « rarement » suite à la lecture de documentation sur la fasciathérapie (PEM 32% sur le regroupement de ces deux modalités de réponse ; moyenne des scores : 1,93). La réponse du groupe fasciathérapeute s'y oppose en ce sens que sa réponse moyenne est un peu plus élevée (moyenne : 2,56) et qu'il compte une part significative de répondants estimant que sa patientèle vient « parfois » (43,5% du groupe) ;
- le groupe kinésithérapeute se différencie significativement du groupe kinésithérapeute-fasciathérapeute par le fait que les patients du groupe kinésithérapeute consultent « exceptionnellement » sur le conseil d'un médecin ou d'un confrère (47,5% du groupe) alors que les patients du groupe kinésithérapeute-fasciathérapeute le font « souvent » (39% du groupe).

Le mode d'exercice de la fasciathérapie discrimine significativement le groupe kinésithérapeute du groupe fasciathérapeute. Le premier exerce essentiellement la fasciathérapie « au sein » et/ou « en complément » de la séance de kinésithérapie (64,2% des membres du groupe pour ces deux modalités cumulées, PEM 41%) tandis que le second la pratique majoritairement « en dehors » ou « en remplacement » de la séance (83,5% du groupe, PEM 58%). Le groupe des kinésithérapeutes-

fasciathérapeutes exerce de façon hétérogène tant « en dehors » ou « en remplacement » (58,9 % du groupe) qu'« au sein » ou « en complément » de la séance (41,1% du groupe) et ne se distingue pas de la tendance moyenne de la population totale.

De même, le nombre de séances réalisées quotidiennement discrimine significativement le groupe fasciathérapeute du groupe kinésithérapeute (voir Tableau 33 ci-dessous) :

- le groupe fasciathérapeute se distingue significativement (PEM 32%) par une très large majorité de ses membres (72,6%) réalisant plus de 5 séances de fasciathérapie par jour ;
- le groupe kinésithérapeute a une proportion de ses membres significativement supérieure à celles des deux autres groupes qui pratique au mieux une séance de fasciathérapie par jour (37,5% des membres, PEM 36%) ;
- Sur cette variable et ces regroupements de modalités, les deux groupes s'opposent significativement (PEM négatifs élevés) ;
- Le groupe kinésithérapeute-fasciathérapeute bien qu'exerçant majoritairement plus de 5 séances par jour ne se distingue pas de la tendance moyenne.

Tableau 33 : Pourcentage en colonnes des réponses à la question portant sur le nombre de séances de fasciathérapie pratiquée par jour, selon les trois modalités de la variable identitaire. Le PEM local est indiqué entre parenthèses en italique. ( $\text{Khi}^2=27,4$  ddl=9  $p=0,001$  V de Cramer=0,196)

Nombre de séances par jour	Kinésithérapeute-fasciathérapeute	Fasciathérapeute	Kinésithérapeute	Total
Moins de 1 ou au moins 1	10,9	4,8 (-65%)	37,5 (+36%)	13,9
Entre 1 et 5	27,1	23,4	33,3	27,7
De 5 à plus de 10	62,0	72,6 (+32%)	32,5 (-46%)	58,4
Total (% par groupe)	100,0	100,0	100,0	100,0

Les modalités d'application de la fasciathérapie (thérapie manuelle, gestuelle, cours collectifs et animations de stages) sont complexes à analyser. On remarque que :

- le groupe kinésithérapeute l'exerce préférentiellement sous sa forme de thérapie manuelle (100% de la pratique pour 27,5% du groupe) et pratiquement jamais sous sa forme de thérapie gestuelle (0% de la pratique pour 27,5% du groupe), de cours collectifs ou de stages (95%) ;
- le groupe fasciathérapeute au contraire se caractérise par une proportion significative (PEM 43%) de ses membres (77,4%) consacrant entre 5 et 20% de son

temps à la thérapie gestuelle. Il est aussi le seul groupe à pratiquer l'animation de stages (22,6% des membres y consacrent 5 à 10% de leur pratique, PEM 37%) ;

- le groupe kinésithérapeute-fasciathérapeute a une activité diversifiée, avec 64,3% de ses membres qui consacrent 70 à 90% du temps de pratique à la thérapie manuelle (PEM à 14%), et une proportion de ses membres significativement plus élevée que les deux autres groupes qui consacrent entre 25 et 30% de sa pratique à la thérapie gestuelle (21,7% des membres, PEM 36%).

Enfin, 45% des membres du groupe kinésithérapeute associent d'autres techniques à leur pratique de la fasciathérapie (tendance supérieure aux deux autres groupes, PEM 26%), tandis la plupart des membres du groupe fasciathérapeute pratique la fasciathérapie de façon exclusive (83,9% du groupe, PEM 38%).

Au final, les trois profils se distinguent significativement entre eux par la part de l'activité consacrée à la fasciathérapie, la durée de la séance et le mode de consultation des patients. Les profils kinésithérapeute et fasciathérapeute se distinguent entre eux par le nombre de séances consacrées quotidiennement à la fasciathérapie, le mode d'application de la fasciathérapie et l'association éventuelle d'autres techniques. Le profil fasciathérapeute se distingue des deux autres par la part proportionnellement plus importante de ses membres qui consacrent entre 25 et 30% de leur pratique à la thérapie gestuelle, tandis que le profil kinésithérapeute est proportionnellement plus exclusif de la thérapie manuelle. Le profil fasciathérapeute est le seul à pratiquer l'animation de stages.

### **3.3 Les formes de changement de l'exercice professionnel**

Le Tableau 34 synthétise les différences significatives entre les trois groupes, sur les trois catégories de variables suivantes : changements de la patientèle, changements de la prise en charge, changements du cadre d'exercice.

Concernant l'évolution de la patientèle, les trois groupes se distinguent de façon significative dans l'évolution du nombre de leurs patients :

- les groupes kinésithérapeute et kinésithérapeute-fasciathérapeute s'opposent autour d'une tendance à l'absence de changement pour le premier (pour 77,5% des praticien, PEM +62% auquel s'oppose le PEM du second groupe à -23%) et d'une

tendance à l'augmentation pour le second (pour 59% des praticiens, PEM +29% auquel s'oppose le PEM des kinésithérapeutes à -53%) ;

- le groupe fasciathérapeute se distingue par une tendance significativement plus élevée que les deux autres groupes à la diminution du nombre de leurs patients (21% des praticiens, PEM 34%), à laquelle s'oppose le groupe kinésithérapeute de façon quasiment identitaire (corrélation négative très forte marquée par un PEM à -88%).

Tableau 34 : Changements de l'exercice professionnel

Modalité	Kinésithérapeute	Kinésithérapeute- Fasciathérapeute	Fasciathérapeute
<b>Changements de la patientèle</b>	<b>Pas de changement du nombre de patients (77,5%)</b>	<b>Augmentation du nombre de patients (59%)</b>	<b>Diminution du nombre de patients (21%)</b>
	<b>Patientèle pas changée (22%)</b>	<i>Patientèle changée (83%)</i>	<b>Patientèle changée (90%)</b>
		Nouvelles demandes de soin (gestion du stress 23%, maladies graves, 20%)	
	<b>Pas de nouveaux domaines de prise en charge (77,5%)</b>	Nouveaux domaines de prise en charge (59%)	<b>Nouveaux domaines de prise en charge (66%)</b>
<b>Changements de la prise en charge</b>	<b>Pas de changement de la durée de la séance (75%)</b>	<i>Allongement de la durée de la séance (52%), pas de changement (46%)</i>	<b>Allongement de la durée de la séance (68%)</b>
<b>Changements du cadre d'exercice</b>	<b>Aucun changement (62,5%)</b>	<i>Création de cabinet (46%)</i>	<b>Création de cabinet (64,5%)</b>
		<i>Pas de passage vers un exercice non conventionné (12%)</i>	<b>Passage vers un exercice non conventionné (34%)</b>

Ils s'opposent significativement autour du changement dans la nature de la patientèle et l'apparition de nouveaux domaines de prise en charge :

- le groupe kinésithérapeute n'a pas opéré de changement de patientèle et n'a pas engagé de nouveaux domaines de prise en charge (60% du groupe sur ces deux modalités combinées, PEM 51%, qui s'oppose de façon presque identitaire au groupe fasciathérapeute avec un PEM à -73%) ;
- le groupe fasciathérapeute revendique l'évolution de sa patientèle de façon quasi unanime (pour 90% du groupe) et 66% des membres du groupe a développé de nouveaux domaines de prise en charge ; ces deux modalités cumulées concernent

61,3 % du groupe avec un PEM de 25% qui s'oppose de façon identitaire à celui du groupe kinésithérapeute (PEM à -74%) ;

- le groupe kinésithérapeute-fasciathérapeute s'inscrit significativement du côté du groupe fasciathérapeute concernant le changement de patientèle (83% du groupe déclare un changement, PEM 30%). Par sa tendance non significative à la prise en charge de nouveaux domaines d'intervention (59% du groupe), le groupe s'oppose significativement (PEM -39%) au groupe kinésithérapeute dans son absence de tout changement (patientèle et nouveaux domaines). Notons que ce groupe se distingue également par des demandes nouvelles de soin plus souvent mentionnées (gestion du stress pour 23% du groupe et des maladies graves pour 20%).

En termes de changement dans la prise en charge et le cadre d'exercice, les groupes kinésithérapeute et fasciathérapeute s'opposent significativement : le premier ne change pas son cadre d'exercice (62,5% du groupe) ni la durée de ses séances (75% du groupe) alors que le second a vu s'allonger la durée de ses séances (68% du groupe) et son activité a évolué vers la création de cabinet (64,5% du groupe) tandis que le premier n'a pas créé de cabinet (PEM -62%). Le second est plutôt passé à un exercice non conventionné (PEM 34%).

Il est utile de noter que le changement d'orientation de la prise en charge, devenue plus globale (pour 51% des répondants), ou avec une orientation psychologique (15%) ou pédagogique (27%), est assez uniformément partagé par les trois profils.

Au final, les trois groupes se distinguent par l'évolution du nombre de leurs patients. Le groupe kinésithérapeute se caractérise de façon assez frappante par l'absence de changement (nombre de patients, nature de la patientèle, nouveaux domaines de prise en charge, durée de la séance, cadre d'exercice). Le groupe fasciathérapeute se comporte de façon assez radicalement opposée (diminution de la patientèle, nouveaux domaines d'exercice, allongement de la durée de la séance et création de cabinet). Le groupe kinésithérapeute-fasciathérapeute tend à se rapprocher du groupe fasciathérapeute sur tous les changements interrogés, à l'exception du nombre de patients qui, pour lui, a augmenté. S'il tend à créer son cabinet (46% du groupe), il reste cependant attaché à l'exercice conventionnel.

### 3.4 Les types d'améliorations de l'exercice professionnel

Les améliorations significatives de chacun des groupes sont synthétisées dans le Tableau 35, par domaines de compétences, de prise en charge et de pathologies concernées.

Du point de vue de l'amélioration des compétences, le groupe kinésithérapeute et le groupe fasciathérapeute s'opposent très significativement dans leurs réponses. Ainsi, le premier se reconnaît peu ou pas d'amélioration de ses compétences pédagogiques (50% pour le cumul des deux scores), de sa relation avec le patient (35%) et même, en partie, de son efficacité thérapeutique (20% du groupe), ce à quoi s'oppose fortement le groupe fasciathérapeute (PEM entre -84% et -61%), signifiant par là qu'un individu pris au hasard et déclarant avoir peu amélioré son efficacité thérapeutique, sa relation à ses patients ou ses compétences pédagogiques, n'a aucune chance d'appartenir au groupe fasciathérapeute.

Tableau 35 : Améliorations de l'exercice professionnel

Modalité	Kinésithérapeute	Kinésithérapeute-Fasciathérapeute	Fasciathérapeute
Compétences	<b>Efficacité thérapeutique (peu d'amélioration, 20%)</b>	<i>Efficacité thérapeutique (amélioration importante, 59%, PEM +13%)</i>	<b>Efficacité thérapeutique (amélioration très importante, 64,5%)</b>
	<b>Relation avec le patient (peu d'amélioration, 32,5%)</b>	<i>Relation avec le patient (amélioration importante, 53,5%)</i>	<b>Relation avec le patient (amélioration très importante, 53%)</b>
	<b>Compétences pédagogiques (peu d'amélioration, 40%)</b>	<i>Compétences pédagogiques (amélioration importante, 56%)</i>	<b>Compétences pédagogiques (amélioration très importante, 47%)</b>
Domaines de prise en charge	<b>Douleur physique (amélioration importante, 75%)</b>	<i>Douleur physique (amélioration importante, 56%)</i>	<b>Douleur physique (amélioration très importante, 55%)</b>
	<b>Souffrance psychique (peu d'amélioration, 37,5%)</b>	<i>Souffrance psychique (amélioration importante, 46,5%)</i>	<b>Souffrance psychique (amélioration très importante, 60%)</b>
	<b>Pathologies aiguës (peu d'amélioration, 32,5%)</b>	<i>Pathologies aiguës (amélioration importante, 57%)</i>	<b>Pathologies aiguës (amélioration très importante, 45%)</b>
	<b>Pathologies chroniques (peu d'amélioration, 32,5%, PEM +16%)</b>	<i>Pathologies chroniques (amélioration importante, 60%)</i>	<b>Pathologies chroniques (amélioration très importante, 43,5%)</b>
	<b>Bien-être et qualité de vie (peu d'amélioration, 22,5%)</b>	<i>Bien-être et qualité de vie (amélioration importante, 56%)</i>	<b>Bien-être et qualité de vie (amélioration très importante, 56%)</b>
Pathologies améliorées ou non		Céphalées (55%)	Troubles digestifs (51%), Mal-être (19%)
			Aucune non améliorée

Symétriquement, le groupe fasciathérapeute se reconnaît majoritairement une amélioration « très importante » dans les trois domaines (47% du groupe sur les compétences pédagogiques, 53% sur la relation au patient et 64,5% sur l'efficacité thérapeutique). Les réponses du groupe kinésithérapeute s'y opposent très fortement (PEM -74% sur la compétence pédagogique, -85% sur la relation patientèle et -58% sur efficacité thérapeutique), signifiant qu'un individu pris au hasard et déclarant avoir beaucoup amélioré sa pratique (l'un des trois volets interrogés) n'a aucune chance d'appartenir au groupe kinésithérapeute.

Ces deux caractérisations et discriminations « par défaut » sont liées au fait que la tendance générale de la population est à la reconnaissance globale d'une amélioration de ses compétences sur ces trois volets (moyenne générale sur l'efficacité thérapeutique 3,36, sur la relation au patient 3,15 et sur la compétence pédagogique 3,06) et que les sous-groupes se discriminent entre eux par les atypismes, les écarts à ces moyennes. C'est particulièrement vrai sur le critère « efficacité thérapeutique » sur lequel le groupe kinésithérapeute a une moyenne de 2,98 c'est-à-dire quasiment égale au score « amélioration importante », et dont l'originalité tient au fait qu'il compte « tout de même » 20% de ses membres ne validant pas cette position (contre 0% chez les fasciathérapeutes et 3% chez les kinésithérapeutes-fasciathérapeutes). Cela permet d'en déduire qu'une personne déclarant avoir peu ou pas amélioré son efficacité thérapeutique a 66,7% de chance (part des réponses du groupe kinésithérapeute sur ce score) d'être « kinésithérapeute », avec un risque de 5% d'erreur. En revanche et selon le même raisonnement, si cette personne répond qu'elle a amélioré son efficacité thérapeutique de façon importante (score 3), alors nous avons 62% de chance qu'elle appartienne au groupe kinésithérapeute-fasciathérapeute (PEM +13%) et la quasi-certitude qu'elle n'est pas fasciathérapeute (PEM -33%).

Sur le score 4 (amélioration très importante), la puissance des écarts à la moyenne nous permet seulement d'affirmer que la personne ne sera pas « kinésithérapeute ». En effet, fasciathérapeutes et kinésithérapeutes-fasciathérapeutes se partagent les réponses attribuées à ce score à parts presque égales (respectivement 42% et 51%).

Ces mécanismes d'opposition se retrouvent aussi sur la relation avec le patient ou les compétences pédagogiques, sans cette fois d'intervention du groupe kinésithérapeute-fasciathérapeute. Ainsi, nous saurons avec certitude qu'une personne déclarant avoir eu une amélioration très importante de sa relation au patient ou de ses

compétences pédagogiques n'aura aucune chance d'être kinésithérapeute (PEM -85% et -74% respectivement), tandis que si elle répond avoir peu ou pas amélioré cette relation, elle n'aura aucune chance d'être fasciathérapeute (PEM -67% et -61% respectivement). Ce faisant, 65% du groupe kinésithérapeute reconnaît une amélioration dans le domaine de la relation avec le patient et 50% dans celui des compétences pédagogiques, tandis que 95,1% et 93,5% du groupe fasciathérapeute estime avoir eu une amélioration importante voire très importante dans ces deux domaines respectivement.

Concernant les améliorations dans les domaines de prise en charge, les deux groupes kinésithérapeute et fasciathérapeute s'opposent fortement (PEM entre -81% et -38%) pour presque tous les domaines interrogés sur leurs scores respectifs significatifs (amélioration « très importante » pour les fasciathérapeutes, et « peu importante » pour les kinésithérapeutes). Une exception est à noter : la prise en charge de la douleur physique est globalement améliorée de façon importante pour tout le monde puisque la moyenne générale des réponses est à 3,31. A l'instar de la compétence « efficacité thérapeutique », les membres du groupe kinésithérapeute s'y démarquent par une proportion plus élevée que les autres groupes (75%, PEM +37%) à reconnaître une amélioration « importante ». Pour autant la discrimination « négative » des deux groupes kinésithérapeute et fasciathérapeute reste très significative : dans ce domaine, un individu répondant qu'il n'a pas ou peu connu d'amélioration dans sa prise en charge de la douleur physique ne sera certainement pas un fasciathérapeute (PEM -81%) et s'il répond qu'il a connu une amélioration très importante, nous avons la quasi-certitude qu'il n'est pas kinésithérapeute (PEM -71%). Le groupe kinésithérapeute-fasciathérapeute présente, quant à lui, une amélioration importante de tous les domaines de prise en charge sans que cela soit significatif. L'amélioration « très importante » de la prise en charge des pathologies chroniques, si elle est spécifique du groupe fasciathérapeute, est assez largement partagée par tous les répondants, si bien que cette distinction ne résiste pas à un regroupement des deux scores 3 et 4 (amélioration importante et très importante). En revanche, l'amélioration de la prise en charge des pathologies aiguës est très significativement associée au groupe fasciathérapeute, avec ou sans regroupement des scores 3 et 4 et malgré le fait que dans ce domaine l'ensemble des praticiens notent assez massivement une amélioration au moins importante (79,5% de l'échantillon score en moyenne à 3 ou 4, pour près de 89% chez le groupe fasciathérapeute).



Enfin, les variables interrogeant les pathologies améliorées mettent en évidence quelques spécificités des groupes kinésithérapeute-fasciathérapeute et fasciathérapeute. Le premier mentionne une amélioration significative des céphalées (55% du groupe, PEM +21%) et le second a de son côté plus largement cité que les deux autres groupes, les troubles digestifs (51% du groupe, PEM +11%) et la prise en charge du mal-être (19,4%, PEM +68%). Il note aussi de façon assez massive (61% du groupe) qu'aucune pathologie n'est pas améliorée par la fasciathérapie.

Finalement, si toutes ces variables ne permettent pas de discrimination significative des trois groupes entre eux, des oppositions marquées distinguent le groupe kinésithérapeute et le groupe fasciathérapeute. L'analyse de variance conduite sur toutes ces variables (annexes 10) le confirme. Elle laisse même entrevoir que les profils identitaires se distribuent différemment selon les niveaux d'amélioration reconnus dans l'exercice professionnel : peu d'amélioration tous domaines confondus pour le groupe kinésithérapeute (sauf pour la prise en charge de la douleur), amélioration importante pour les kinésithérapeutes-fasciathérapeutes (dans tous les domaines et de façon significative dans celui de l'efficacité thérapeutique) et amélioration très importante pour le groupe fasciathérapeute dans tous les domaines. Il est probable que l'on puisse relier les améliorations constatées par les groupes kinésithérapeute-fasciathérapeute et fasciathérapeute et l'amélioration de leur efficacité dans des prises en charges difficiles, telles les céphalées, les troubles digestifs et le mal-être.

### **3.5 Les styles d'intégration des spécificités de la fasciathérapie de la pratique**

Le Tableau 36 synthétise les formes d'intégration des spécificités de la fasciathérapie dans l'exercice de la kinésithérapie (vécus nouveaux et enrichissants, facilité à intégrer les dimensions du toucher et de l'expérience corporelle) caractérisant chacun des groupes. Les trois groupes ne peuvent être distingués par les types de vécus nouveaux et enrichissants pour la pratique. En revanche, l'analyse du degré de facilité/difficulté à intégrer les spécificités de la fasciathérapie dans la pratique de la kinésithérapie permet de discriminer les trois profils entre eux. En effet, un regard

rapide du Tableau 36 montre que les dimensions interrogées ont presque toutes un pouvoir discriminant entre les trois groupes ou entre au moins deux d'entre eux<sup>89</sup>.

Les regroupements de scores significatifs caractérisant chacune des dimensions apparaissant dans le tableau ont été obtenus par maximisation conjointe des PEM négatifs et positifs, (voir annexes 4 : Comparaison des trois profils identitaires), dont la significativité est exprimée par la valeur de p du test du Khi2 au seuil de 5% conduit variable par variable<sup>90</sup>. L'analyse des PEM, par la méthode des tris croisés a permis de repérer les dimensions ayant un fort pouvoir de discrimination. Cette capacité de discrimination apparaît lorsqu'une dimension présente des scores dont les PEM sont élevés et simultanément négatifs (opposition significative) et positifs (affinité significative) en valeur absolue. Cette approche nous permet de repérer les modalités qui caractérisent significativement chaque groupe (lecture en colonne du tableau) et celles qui distinguent significativement les groupes entre eux (lecture en ligne). Nous avons également pris en compte dans cette analyse le pourcentage de la population représenté sur les scores significatifs.

Pour compléter cette analyse, nous avons eu recours au tableau des analyses de variances (Anova, Annexes 4 : Comparaison des trois profils identitaires) nous permettant de comparer les groupes et les dimensions entre elles à l'aide des moyennes des scores obtenus pour chacune des modalités. Celle-ci nous révèle d'emblée un dénominateur commun aux trois groupes : les dimensions du toucher sont globalement plutôt plus faciles à intégrer que celles de l'expérience du corps (confirmé globalement par un test de comparaison de ces deux natures de dimension, test t au seuil de 5%,  $p=0,00042$ ).

Nous présentons dans un premier temps une lecture en colonne du tableau pour mettre en évidence les tendances générales de chaque groupe puis dans un deuxième temps, une lecture en ligne permettant de repérer les dimensions qui discriminent les groupes entre eux. À partir de cette lecture approfondie des tableaux croisés, nous avons

---

<sup>89</sup> Pour rappel, l'aisance à intégrer les dimensions du toucher ou de l'expérience corporelle dans la kinésithérapie a été évaluée par une échelle de qualification de la facilité comprise entre 1 (très difficile) et 10 (très facile).

<sup>90</sup> Cette méthode de regroupement des scores donne un nouvel aperçu des caractéristiques de chaque profil identitaire et complète les résultats obtenus par la méthode des profils de modalité

apporté des nuances au degré de difficulté ou de facilité à travers les scores. Nous avons interprété ces nuances en ayant recours à la valeur du PEM positif et négatif, au type d'opposition entre les scores et à la proportion des répondants sur ces scores. Ainsi, lorsque le PEM positif est fort sur un score supérieur à 8, qu'en même temps existe une opposition forte sur des scores inférieurs à 5 et qu'une forte partie du groupe adhère à ces scores, nous avons considéré que la dimension étudiée était « Extrêmement facile ». Nous avons procédé ainsi de façon « manuelle » et subjective pour créer une échelle allant d'un extrême à un autre et des valeurs intermédiaires pour avoir une approche plus fine de chaque modalité. Cette approche nous a également permis d'ordonner et de graduer le degré de difficulté par dimension pour chaque profil. Nous avons ainsi pu nuancer le profil de chaque groupe : au sein du groupe fasciathérapeute, pour qui tout paraît très facile, nous voyons apparaître des différences entre les dimensions allant d'« Extrêmement facile » pour la capacité à suivre le mouvement interne à « Facile à très facile » pour la capacité à se laisser toucher.

Tableau 36<sup>91</sup> : Mise en évidence des dimensions de l'intégration des spécificités de la fasciathérapie dans la kinésithérapie permettant de discriminer les groupes identitaires entre eux (tris croisés sur les trois modalités de la variable « profil identitaire », test du Khi2 au seuil de 5%).

Modalité	Kinésithérapeute	Kinésithérapeute-Fasciathérapeute	Fasciathérapeute
<b>Vécus nouveaux et enrichissants</b>		Solidité du corps du praticien (15%)	Intériorité du corps du patient (27%)
	<i>Perception de la globalité et de l'étendue tissulaire (score 2-5 pour 50%)</i>		<b>Perception de la globalité et étendue tissulaire (score 10 pour 21%)</b>
	<i>Maîtrise du point d'appui (score 5-6 pour 48%)</i>		<b>Maîtrise du point d'appui (score 7 à 10 pour 77%)</b>
	<i>Perception de la modulation psychotonique (score 5-7 pour 62,5%)</i>		<b>Perception de la modulation psychotonique (score 8-10 pour 45%)</b>
	<i>Capacité à suivre le mouvement interne tissulaire (score 1-5 pour 32,5%)</i>	<i>Capacité à suivre le mouvement interne tissulaire (score 6-7 pour 39%)</i>	<b>Capacité à suivre le mouvement interne tissulaire (score 8-10 pour 81%)</b>
<b>Dimensions du toucher</b>	<i>Capacité à écouter la demande du corps (score</i>	<i>Capacité à écouter la demande du corps</i>	<i>Capacité à écouter la demande du corps (score</i>

<sup>91</sup> Les cellules grisées indiquent les variables dont les modalités discriminent une majorité des membres du groupe (gris clair entre 45 et 59% des membres du groupe, gris foncé 60% et plus).

	<i>1-5 pour 57,5%)</i>	<i>(score 6-7 pour 41%)</i>	<i>8-10 pour 61%)</i>
	<i>Capacité à s'intérioriser pendant le traitement (1-4 pour 30%)</i>	<i>Capacité à s'intérioriser pendant le traitement (score 5 pour 10%, score 6-8 pour 65%)</i>	<i>Capacité à s'intérioriser pendant le traitement (9-10 pour 50%)</i>
	<i>Capacité à entrer dans la profondeur et l'intériorité corporelle (score 1 à 4 pour 47,5%)</i>	<i>Capacité à entrer dans la profondeur et l'intériorité corporelle (score 5-6 pour 31%)</i>	<i>Capacité à entrer dans la profondeur et l'intériorité corporelle (score 9-10 pour 40%)</i>
	<i>Capacité à entrer dans la lenteur tissulaire (scores 1-5 pour 32,5%)</i>	<i>Capacité à entrer dans la lenteur tissulaire (scores 6 pour 13%)</i>	<i>Capacité à entrer dans la lenteur tissulaire (score 9-10 pour 52%)</i>
	<i>Capacité à se laisser toucher par le toucher (score 1-5 pour 57,5%)</i>		<i>Capacité à se laisser toucher par le toucher (score 9-10 pour 29% et 7-10 pour 69%)</i>
	<i>Perception de la réciprocité dans le toucher (score 1-5 pour 77,5%)</i>		<i>Perception de la réciprocité dans le toucher (scores 8-10 pour 45,2%)</i>
	<i>Maîtrise de la neutralité active (score 1-4 pour 55%)</i>	<i>Maîtrise de la neutralité active (score 5-6 pour 49%)</i>	<i>Maîtrise de la neutralité active (score 8-10 pour 52%)</i>
<b>Dimensions de l'expérience corporelle</b>	<i>Implication du corps dans le toucher (score 4 pour 17,5%)</i>	<i>Implication du corps dans le toucher (score 5 pour 23%)</i>	<i>Implication du corps dans le toucher (score 9-10 pour 24%)</i>
	<i>Sensation de globalité et d'unité corporelle (score 4-5 pour 47,5%)</i>	<i>Sensation de globalité et d'unité corporelle (score 7-9 pour 44%)</i>	<i>Sensation de globalité et d'unité corporelle (score 6 pour 33% et score 10 pour 10%)</i>
	<i>Sensation d'unité corps-psychisme (score 1-3 pour 32,5%)</i>		<i>Sensation d'unité corps-psychisme (score 10 pour 10%)</i>
	<i>Perception de la profondeur de son propre corps (score 1-2 pour 12,5% et score 6 pour 30%)</i>		<i>Perception de la profondeur de son propre corps (score 9-10 pour 19%)</i>
	<i>Perception de l'intériorité corporelle (score 1-2 pour 17,5%)</i>	<i>Perception de l'intériorité corporelle (score 7-8 pour 42%)</i>	<i>Perception de l'intériorité corporelle (score 9-10 pour 27%)</i>
	<i>Sensation de présence et sentiment d'existence (score 1-2 pour 22,5%)</i>		<i>Sensation de présence et sentiment d'existence (score 9-10 pour 29%)</i>
	<i>Perception d'une solidité intérieure (score 1-6 pour 70%)</i>	<i>Perception d'une solidité intérieure (score 7-8 pour 38%)</i>	<i>Perception d'une solidité intérieure (score 9-10 pour 34%)</i>
	<i>Confiance dans le ressenti du corps (score 1-5 pour 57,5%)</i>	<i>Confiance dans le ressenti du corps (score 7 pour 22,5%)</i>	<i>Confiance dans le ressenti du corps (score 10 pour 18%)</i>
	<i>Sensation du corps comme lieu de relation (score 1-2 pour 17,5%)</i>		<i>Sensation du corps comme lieu de relation (score 10 pour 14,5%)</i>

La lecture en colonne du tableau nous permet de repérer les caractéristiques de chaque groupe par son degré de facilité ou de difficulté à intégrer chacune des spécificités de la fasciathérapie. Elle donne un nouvel éclairage sur les styles d'intégration des spécificités de la fasciathérapie de chaque profil traité dans la section précédente (Analyse cas par cas des trois profils de modalités). Un premier regard nous indique que le groupe kinésithérapeute-fasciathérapeute se caractérise par moins de dimensions que les deux autres groupes (6 sur 11 pour le toucher et 5 sur 9 pour l'expérience corporelle) :

**Le groupe fasciathérapeute** est significativement associé à des scores élevés (de 7 à 10) sur l'ensemble des modalités, même si la part de ses membres qui scorent à ce niveau de facilité ne constitue pas la majorité du groupe<sup>92</sup>. Il se distingue ainsi toujours des deux autres groupes par sa très grande facilité à intégrer les spécificités de la fasciathérapie dans sa pratique. L'analyse des variances (annexe ANOVA) indique que les dimensions du toucher sont globalement plus faciles à intégrer (scores moyens supérieurs à 7) que celles de l'expérience du corps (scores moyens compris entre 6 et 7). Cette grande facilité à intégrer les dimensions du toucher est confirmée par des PEM systématiquement positifs et significatifs dans les scores élevés (scores 8 à 10) et inversement négatifs du côté des scores les plus bas (entre 1 et 4 et parfois 5) et est unanimement partagée par la majorité de l'effectif (entre 45 et 81% des membres scorent entre 7 à 10 pour chaque modalité). Une lecture du Tableau 37 indique toutefois des degrés de facilité : la perception du mouvement interne tout comme la capacité à s'intérioriser pendant le traitement et à écouter la demande du corps peuvent être considérées comme extrêmement faciles au regard de leur haut niveau de score (8 à 10, respectivement PEM +60%, +46% et +35 à 23%), du pourcentage de la population concernée (respectivement 81%, 50% et 61%) et de leur opposition significative à toute difficulté (PEM négatifs sur tous les scores inférieurs). La maîtrise du point d'appui manuel tout comme la capacité à se laisser toucher par le toucher sont considérées comme facile à très facile au regard de leur score moyen à élevé (de 7 à 10 pour respectivement 77% et 69% du groupe, PEM +21% et +38%) et de leur opposition à

---

<sup>92</sup> On observe que les modalités « se laisser par le toucher » et « perception de la modulation psychotonique » qui n'étaient pas apparues avec le profil de modalité sont mises en évidence par ce tri croisé avec regroupement des scores

toute grande difficulté (respectivement PEM supérieur à -50% et -65% sur scores 1 à 5). Les six autres dimensions sont considérées comme très faciles au regard de leur haut niveau de score (8 à 10 pour au moins 45% du groupe sauf pour la perception de la globalité et de l'étendue tissulaire) et de leur opposition à toute grande difficulté (PEM supérieur à -30%).

Tableau 37 : Tableau du niveau de facilité à intégrer les dimensions du toucher reprenant les regroupements de score significatifs et indiquant les PEM positifs et négatifs pour chaque dimension ainsi que le pourcentage de la population le plus fort pour chaque dimension

<b>Dimensions</b>	<b>Profil Fasciathérapeute</b>
<b>Perception du mouvement interne</b>	<i>Extrêmement facile (scores 8 à 10 pour 81% du groupe, PEM +60% et PEM négatifs sur tous les scores inférieurs)</i>
<b>Capacité à s'intérioriser pendant le traitement</b>	<i>Extrêmement facile (scores 9 à 10 pour 50% du groupe, PEM +46% et PEM négatifs sur tous les scores inférieurs)</i>
<b>Capacité à écouter la demande du corps</b>	<i>Extrêmement facile (scores 8 à 9 pour 45% du groupe, PEM +23%, score 10 pour 16% PEM +35% et PEM négatifs sur tous les scores inférieurs)</i>
<b>Capacité à entrer dans la profondeur et l'intériorité corporelle</b>	<i>Très facile (scores 9 à 10 pour 40% du groupe, PEM +45% et PEM -56% sur score 1 à 4 et -53% sur scores 5 et 6)</i>
<b>Capacité à entrer dans la lenteur tissulaire</b>	<i>Très facile (scores 9 à 10 pour 52% du groupe, PEM +32% et PEM -57% sur score 1 à 5 et -84% sur scores 6)</i>
<b>Maîtrise de la neutralité active</b>	<i>Très facile (scores 8 à 10 pour 52% du groupe, PEM +40% et PEM -62% sur scores 1 à 4 et -33% sur scores 5 à 6)</i>
<b>Perception de la réciprocité dans le toucher</b>	<i>Très facile (scores 8 à 10 pour 45% du groupe, PEM +36% et PEM -46% sur scores 1 à 5)</i>
<b>Perception de la modulation psychotonique</b>	<i>Très facile (scores 8 à 10 pour 45% du groupe, PEM +23% et PEM -50% sur score 1 à 4)</i>
<b>Perception de la globalité et de l'étendue tissulaire</b>	<i>Très facile (score 10 pour 21% du groupe, PEM +44% et PEM -31% et -52% sur respectivement scores 2 à 5 et 6)</i>
<b>Maîtrise du point d'appui manuel</b>	<i>Facile à très facile (scores 7 à 10, pour 77,4%, PEM +21 et PEM -50% et -57% sur respectivement scores 1 à 4 et 5 à 6).</i>
<b>Capacité à se laisser toucher par le toucher</b>	<i>Facile à très facile (scores 7 à 10 pour 69% du groupe, PEM +38% et PEM -65% sur score 1 à 5)</i>

Même si ce groupe éprouve également une grande facilité à intégrer les différentes dimensions de l'expérience corporelle, on ne retrouve pas cette unanimité. En effet, la proportion de la population estimant avoir une grande facilité est moins élevée (entre 10 et 34% seulement scorent de 9 à 10 pour chaque modalité). Le Tableau 38 met en évidence la très grande facilité significative à intégrer la perception d'une solidité intérieure, la sensation de présence et de sentiment d'existence en raison de leur score élevé (9 à 10 respectivement PEM +37% et +38%) même si ce n'est pas partagé par la majorité du groupe (respectivement 34% et 29%) et par leur opposition à toute grande difficulté (PEM -27% et -43% sur scores 1 à 5). La confiance dans le ressenti corporel est également caractérisée de façon significative par une grande facilité (score 10 PEM +38%) toutefois le peu de répondants sur ce score (10% du groupe) associé à

une opposition à une relative facilité (PEM -48% sur score 7) et au fait que la majorité du groupe éprouve une réelle difficulté (scores 1 à 5 pour 32% du groupe) nous autorise à penser que cette dimension n'est pas aussi facile qu'il n'y paraît. La sensation de globalité et d'unité corporelle se rapproche de ce comportement puisqu'elle peut être qualifiée de très facile au regard de son (score 10 PEM +39%) mais le peu de répondants sur ce score (10%) combiné au fait que la majorité du groupe éprouve une facilité moyenne (score 6 pour 33% PEM +17%) et qu'il y a une opposition à une grande facilité (PEM -30% sur scores 7 à 9) en font une dimension qui peut également être considérée comme simplement facile. Les autres dimensions (accès à l'intériorité, sensation de profondeur, implication du corps dans le toucher, perception d'unité corps-psychisme et du corps comme lieu de relation) sont également considérés comme très faciles au regard de leur score (9 à 10 PEM supérieurs à +32%) même si on ne note pas d'opposition à toute difficulté (pas de PEM négatifs sur les scores inférieurs). Toutefois la prise en compte des scores réunissant la plus grande partie de la population vient relativiser et nuancer cette analyse : le groupe tendrait plutôt vers cette grande facilité sur l'accès à l'intériorité, la sensation de profondeur (scores 7 à 8 pour 29% du groupe) et l'implication du corps dans le toucher (6 à 8 pour 47% du groupe) alors qu'il tendrait vers une facilité moyenne sur la perception d'unité corps-psychisme (score 6 à 7 pour 35,5% du groupe) et vers certaine difficulté sur la perception du corps comme lieu de relation (scores 3 à 5 pour 32% du groupe).

Tableau 38 : Tableau du niveau de facilité à intégrer les dimensions de l'expérience corporelle reprenant les regroupements de score significatifs et indiquant les PEM positifs et négatifs pour chaque dimension ainsi que le pourcentage de la population le plus fort pour chaque dimension

<b>Dimensions</b>	<b>Fasciathérapeute</b>
<b>Perception d'une solidité intérieure</b>	<i>Très facile (score 9 à 10 pour 34% du groupe, PEM +37% et PEM -27% sur scores 1 à 5)</i>
<b>Sensation de présence et de sentiment d'existence</b>	<i>Très facile (scores 9 à 10 pour 29% du groupe, PEM +38% et PEM -43% sur scores 1 à 5)</i>
<b>Confiance dans le ressenti corporel</b>	<i>Très facile (score 10 pour 17,7% du groupe, PEM +38% et PEM -48% sur score 7) Tend vers la difficulté (scores 1 à 5 pour 32% du groupe)</i>
<b>Sensation de globalité et d'unité corporelle</b>	<i>Facile à très facile (scores 10 pour 10% du groupe, PEM +39%, score 6 pour 33% PEM +17% et PEM -30% sur scores 7 à 9)</i>
<b>Accès à l'intériorité</b>	<i>Très facile (scores 9 à 10 pour 27% du groupe, PEM +53%) Tend vers la facilité (scores 7 à 8 pour 29% du groupe)</i>
<b>Sensation de profondeur</b>	<i>Très facile (scores 9 à 10 pour 27% du groupe, PEM +53%) Tend vers la facilité (scores 7 à 8 pour 29% du groupe)</i>
<b>Implication du corps dans le toucher</b>	<i>Très facile (scores 9 à 10 pour 24% du groupe, PEM +32%) Tend vers la facilité (score 6 à 8 pour 47%)</i>

<b>Perception d'une unité entre le corps et le psychisme</b>	<i>Très facile (scores 10 pour 10% du groupe, PEM +32%) Tend vers la facilité moyenne (score 6 à 7 pour 35,5% du groupe)</i>
<b>Perception du corps comme lieu de relation</b>	<i>Très facile (scores 10 pour 14,5% du groupe, PEM +46%) Tend vers la difficulté (scores 3 à 5 pour 32% du groupe)</i>

**Le groupe kinésithérapeute** est lui significativement associé à des scores inférieurs ou égaux à 5, dans tous les cas, sauf pour deux dimensions du toucher (la maîtrise du point d'appui scorée de 5 à 6 et la perception de la modulation psychotonique scorée de 5 à 7), avec le plus souvent la majorité du groupe se situant dans cette partie basse de l'échelle. L'analyse des variances conforte ce constat en montrant des moyennes presque toujours inférieures à 6, sauf pour trois dimensions différentes de celles obtenues par regroupement des scores (score > 6 concernant la capacité à suivre le mouvement interne, à s'intérioriser pendant le traitement et à entrer dans la lenteur du tissu). Cette tendance nette à éprouver des difficultés à intégrer les spécificités de la fasciathérapie se repère dans les dimensions du toucher par des PEM positifs et significatifs du côté des scores inférieurs (compris entre 1 et 5) et des PEM négatifs et forts du côté des scores élevés (entre 7 et 10). Le Tableau 39 nous laisse entrevoir des graduations dans cette difficulté globale : la perception de la modulation psychotonique peut être interprétée comme moyennement difficile voire légèrement facile au regard de son score moyen (5 à 7, PEM +27%) partagé par la majorité du groupe (62,5%). La maîtrise du point d'appui manuel peut être elle aussi considérée comme moyennement difficile mais pas facile (scores 5 à 6 pour 47,5% du groupe, PEM +25%).

La perception de la réciprocité dans le toucher tout comme la capacité à se laisser toucher par le toucher peuvent elle être considérées comme extrêmement difficiles puisqu'une majorité du groupe (respectivement 77,5% et 57,5%) scorent de façon basse (1 à 5, PEM respectivement +59% et +37%) et qu'il existe une opposition forte avec des scores élevés et moyens surtout pour la perception de la réciprocité (PEM négatifs respectivement sur tous les scores supérieurs et - 46% sur score 7 à 10). Les autres dimensions du toucher sont significativement très difficiles à intégrer (scores 1 à 5 pour au moins 30% du groupe, PEM supérieur à 23%) avec une opposition à toute facilité (PEM supérieurs à -41%). On remarque également qu'une partie des praticiens éprouve une très grande facilité avec la maîtrise du point d'appui manuel, la capacité à écouter la demande du corps et la perception de la globalité et de l'étendue tissulaire



puisque respectivement 12,5%, 7,5% et 5% d'entre eux ont scoré 10 et qu'on ne retrouve pas d'opposition significative sur ce score.

Tableau 39 : Tableau du niveau de facilité à intégrer les dimensions du toucher reprenant les regroupements de score significatifs et indiquant les PEM positifs et négatifs pour chaque dimension ainsi que le pourcentage de la population le plus fort pour chaque dimension

<b>Dimensions</b>	<b>Kinésithérapeute</b>
<b>Perception de la modulation psychotonique</b>	<i>Moyennement difficile à légèrement facile (scores 5 à 7 pour 62,5% du groupe, PEM +27% et PEM -74% sur scores 8 à 10)</i>
<b>Maîtrise du point d'appui</b>	<i>Moyennement difficile (scores 5 à 6 pour 47,5% du groupe, PEM +25% et PEM -50% sur scores 7 à 8)</i>
<b>Perception du mouvement interne</b>	<i>Très difficile (scores 1 à 5 pour 32,5% du groupe, PEM +23%)</i>
<b>Capacité à s'intérioriser pendant le traitement</b>	<i>Très difficile (scores 1 à 4 pour 30% du groupe, PEM +24% et PEM -83% sur score 8 à 9)</i>
<b>Capacité à écouter la demande du corps</b>	<i>Très difficile (scores 1 à 5 pour 57,5% du groupe, PEM +40% et PEM -83% sur scores 8 à 9)</i>
<b>Capacité à entre dans la profondeur et l'intériorité corporelle</b>	<i>Très difficile (scores 1 à 4 pour 47,5% du groupe, PEM +36% et PEM -73% sur score 9 à 10)</i>
<b>Capacité à entrer dans la lenteur tissulaire</b>	<i>Très difficile (scores 1 à 5 pour 32,5% du groupe, PEM +24% et PEM -65% sur score 9 à 10)</i>
<b>Maîtrise de la neutralité active</b>	<i>Très difficile (score 1 à 4 pour 55% du groupe, PEM +40% et PEM -90% sur scores 8 à 10)</i>
<b>Perception de la globalité et de l'étendue tissulaire</b>	<i>Très difficile (score 2 à 5 pour 50% du groupe, PEM +28% et PEM -41% sur scores 10)</i>
<b>Perception de la réciprocité dans le toucher</b>	<i>Extrêmement difficile (score 1 à 5 pour 77,5% du groupe, PEM +59% et PEM négatifs sur tous les scores supérieurs).</i>
<b>Capacité à se laisser toucher par le toucher</b>	<i>Extrêmement difficile (scores 1 à 5 pour 57,5% du groupe, PEM +37% et PEM -46% sur score 7 à 10)</i>

Les difficultés rencontrées avec l'expérience corporelle se repèrent essentiellement sur sept des neuf dimensions (toutes sauf l'implication du corps dans le toucher et la sensation d'une solidité intérieure) par des PEM positifs et significatifs du côté des scores inférieurs (compris entre 1 et 5) et des PEM négatifs et forts du côté des scores élevés (entre 7 et 9). Le Tableau 40 montre cependant que la sensation de globalité et d'unité corporelle peut être considérée comme moyennement difficile au regard de son score moyennement bas (4 à 5, PEM +29%) partagé par la majorité du groupe (47,5%) et de son opposition à toute facilité (PEM -36% sur scores 7 à 9 et -55% sur score 6). La sensation de profondeur peut elle aussi être qualifiée de moyennement difficile en raison de son score moyen (6, PEM +15%) partagé par une part importante de la population (30%), de son opposition à toute facilité (PEM -53% sur scores 7 à 8) et du fait que la plus grande que plus grande partie du groupe éprouve une relative difficulté (scores 4 à 5 pour 35% du groupe) même si une partie du groupe (12,5%) éprouve de façon significative une très grande difficulté (scores 1 à 2, PEM +24%).

L'implication du corps dans le toucher peut également être rangée du côté de la difficulté en raison de son score significativement bas (4, pour 17,5%, PEM +18%), même sans aucune opposition à toute autre grande facilité ou difficulté n'apparaît, avec une tendance à la relative facilité puisque la majorité du groupe (52,5%) score entre 6 et 8. La sensation de présence et de sentiment d'existence et la confiance dans le ressenti corporel sont considérées comme difficiles au regard de leurs scores très bas (score 1 à 5, respectivement PEM +45% et +35%) partagés par la majorité du groupe (respectivement 52,5% et 57,5%) et leur opposition à toute facilité (PEM supérieurs à -49% sur scores 8 à 10). L'accès à l'intériorité, la perception d'une unité entre le corps et le psychisme et la perception du corps comme relation sont classées comme très difficiles en raison de leurs scores bas (1 à 3, respectivement PEM +45%, +19% et +20%) sans que cela soit partagé par la majorité du groupe (respectivement 17,5%, 32,5% et 17,5%) et leur opposition à toute facilité (PEM - 70% sur scores 8 à 9).

Tableau 40 : Tableau du niveau de facilité à intégrer les dimensions de l'expérience corporelle reprenant les regroupements de score significatifs et indiquant les PEM positifs et négatifs pour chaque dimension ainsi que le pourcentage de la population le plus fort pour chaque dimension

<b>Dimensions</b>	<b>Kinésithérapeute</b>
<b>Sensation de globalité et d'unité corporelle</b>	<i>Moyennement difficile (scores 4 à 5 pour 47,5% du groupe, PEM +29%, et PEM -36% sur scores 7 à 9 et -55% sur score 6)</i>
<b>Sensation de profondeur</b>	<i>Moyennement difficile (scores 1 à 2 pour 12,5% du groupe, PEM +24% et score 6 pour 30%, PEM +15% et PEM -53% sur scores 7 à 8)</i>
<b>Sensation de présence et de sentiment d'existence</b>	<i>Difficile (score 1 à 5 pour 52,5% du groupe, PEM +45% et PEM -68% sur score 8 et -65% sur scores 9 à 10)</i>
<b>Confiance dans le ressenti corporel</b>	<i>Difficile (score 1 à 5 pour 57,5% du groupe, PEM +35% et PEM -68% sur score 7 et -49% sur scores 8 à 9)</i>
<b>Perception d'une unité entre le corps et le psychisme</b>	<i>Très difficile (scores 1 à 3 pour 32,5% du groupe, PEM +19% et PEM -73% sur score 8 à 9) Tend vers la facilité moyenne (score 6 à 7 pour 32,5% du groupe)</i>
<b>Perception du corps comme relation</b>	<i>Très difficile (score 1 à 2 pour 17,5% du groupe, PEM +20% et PEM -70% sur scores 8 à 9) Tend entre facilité et difficulté (scores 3 à 7 pour 70% du groupe)</i>
<b>Accès à l'intériorité</b>	<i>Très difficile (scores 1 à 2 pour 17,5% du groupe, PEM +45% et PEM -49% sur score 7 à 8) Tend vers la difficulté (scores 3 à 5 pour 40% du groupe)</i>
<b>Perception d'une solidité intérieure</b>	<i>Difficile (score 1 à 5 pour 57,5% du groupe, PEM +34%)</i>
<b>Implication du corps dans le toucher</b>	<i>Difficile (score 4 pour 17,5% PEM +18%) Tend vers la facilité (score 6 à 8 pour 52,5%)</i>

Toutefois la prise en compte des scores réunissant la plus grande partie de la population permet de considérer que le groupe tend vers une facilité moyenne (score 6 à 7 pour 32,5% du groupe) sur la perception d'une unité entre le corps et le psychisme, oscille entre difficulté et facilité (scores 3 à 7 pour 70% du groupe) sur l'accès à

l'intériorité et confirme sa difficulté sur l'accès à l'intériorité (scores 3 à 5 pour 40% du groupe). La perception d'une solidité intérieure bien que ne présentant aucune opposition à toute facilité est classée comme difficile en raison de son score bas (score 1 à 5, PEM +34%) partagé par la majorité du groupe (57,5%). On observe, comme précédemment pour le toucher, qu'une partie des praticiens éprouve une très grande facilité sur toutes ses dimensions (excepté pour la sensation de présence et de sentiment d'existence qui présente une opposition significative sur les scores compris de 8 à 10) puisque qu'une petite partie d'entre eux (entre 2,5% et 7,5%) a scoré 9 à 10 et qu'on ne retrouve pas d'opposition significative sur ce score.

**Le groupe kinésithérapeute-fasciathérapeute** qui, rappelons-le, est caractérisé par moins de dimensions (11 sur les 20) se trouve positionné globalement dans le bas de la moitié supérieure de l'échelle d'évaluation (scores compris entre 5 et 8) ce qui permet de penser qu'il a plutôt une facilité à intégrer les spécificités de la fasciathérapie ce qui n'exclue pas parfois une difficulté modérée quand les scores tendent vers 5 à 6 comme c'est le cas pour quatre dimensions du toucher (la maîtrise de la neutralité active, la capacité à entrer dans la profondeur et l'intériorité corporelle, à entrer dans la lenteur tissulaire et de façon moindre à s'intérioriser pendant le traitement). Les résultats obtenus ici par regroupement de score laissent apparaître une facilité plus grande à intégrer les dimensions de l'expérience corporelle (scores entre 7 et 8, parfois 9) que celles du toucher (scores compris entre 5 à 7) ce que ne montre pas l'analyse de variances (Annexes 4 : Comparaison des profils identitaires). Cette tendance à une moindre facilité globale avec le toucher se retrouve sur les six dimensions (Tableau 41) qui présentent des PEM positifs sur les scores moyens à élevés (5 à 8) et des PEM négatifs du côté des scores très élevés (8 à 10) traduisant une facilité modérée à grande et une opposition à une très grande facilité. On observe toutefois que la capacité à s'intérioriser pendant le traitement peut être considérée la dimension la plus facile à intégrer au regard de son score supérieur aux autres (6 à 8) partagée par la majorité du groupe (65%) même si une petite proportion éprouve une certaine difficulté (score 5 pour 10% du groupe). La capacité à suivre le mouvement interne et à percevoir la demande du corps peuvent, elles, être considérées comme moyennement faciles au regard de leur score moyen (6 à 7) partagé par une part importante du groupe (respectivement 39% et 41%). La capacité à entrer à entrer dans la lenteur tissulaire peut

elle aussi être classée comme moyennement facile au regard de son score (6) même s'il est partagé par une faible proportion du groupe (13%). En effet, 50% de l'effectif a scoré entre 7 et 8 et seulement 23% s'oppose à toute grande facilité (PEM -19% sur score 9 à 10) ce qui renforce sa facilité modérée.

Tableau 41 : Tableau du niveau de facilité à intégrer les dimensions du toucher reprenant les regroupements de score significatifs et indiquant les PEM positifs et négatifs pour chaque dimension ainsi que le pourcentage de la population le plus fort pour chaque dimension

<b>Dimensions</b>	<b>Kinésithérapeute-fasciathérapeute</b>
<b>Capacité à s'intérioriser pendant le traitement</b>	<i>Facile (scores 5 pour 10% du groupe, PEM +58%, scores 6 à 8 pour 65% du groupe, PEM + 19% et PEM -44% sur scores 9 à 10)</i>
<b>Capacité à écouter la demande du corps</b>	<i>Moyennement facile (scores 6 et 7 pour 41% du groupe, PEM +24% et PEM -50% sur score 10)</i>
<b>Perception du mouvement interne</b>	<i>Moyennement facile (scores 6 et 7 pour 39% du groupe, PEM +25% et PEM -20% sur scores 8 à 10)</i>
<b>Capacité à entrer dans la lenteur tissulaire</b>	<i>Moyennement facile (score 6 pour 13% du groupe, PEM +41% et PEM -19% sur scores 9 à 10) Tend vers la grande facilité (scores 7 à 9 pour 49%)</i>
<b>Capacité à entrer dans la profondeur et l'intériorité corporelle</b>	<i>Moyennement difficile à facile (scores 5 à 6 pour 31% du groupe, PEM +38% et PEM -23% sur scores 1 à 4 et -36% sur score 9 à 10)</i>
<b>Maîtrise de la neutralité active</b>	<i>Moyennement difficile (score 5 à 6 pour 42% du groupe, PEM +19% et PEM -25% sur scores 8 à 10)</i>
<b>Perception de la globalité et de l'étendue tissulaire</b>	<i>S'oppose à très facile (PEM -43% sur score 10) Tend vers la grande facilité (scores 7 à 9 pour 49%)</i>
<b>Maîtrise du point d'appui</b>	<i>S'oppose à très facile (PEM -35% sur score 9 à 10) Tend vers la facilité (scores 7 à 8 pour 34%)</i>
<b>Perception de la réciprocité dans le toucher</b>	<i>S'oppose à très facile (PEM -19% sur scores 8 à 10) Tend vers la difficulté (scores 1 à 5 pour 44%)</i>
<b>Perception de la modulation psychotonique</b>	<i>Tend vers la facilité modérée (scores 5 à 7 pour 47%)</i>
<b>Capacité à se laisser toucher par le toucher</b>	<i>Tend vers la grande facilité (scores 7 à 10 pour 49%)</i>

La capacité à maîtriser la neutralité active peut être classée comme moyennement difficile au regard de son moyen (5 ou 6) partagé par la plus grande partie du groupe (42%). La capacité à entrer dans la profondeur et l'intériorité du corps peut elle aussi être considérée comme moyennement difficile en raison de son score moyen (score 5 à 6 pour 31% du groupe) mais son opposition à toute grande difficulté et toute grande facilité (respectivement PEM -23% sur scores 1 à 4 et -36% sur score 9 à 10) conjuguée au fait que la plus grande partie de l'effectif (43%) a scoré 7 à 8 nous permet d'envisager que cette dimension puisse être considérée également comme facile à intégrer. Enfin, ce groupe s'oppose à toute grande facilité sur la perception de la globalité et de l'étendue tissulaire et de la capacité à maîtriser le point d'appui manuel (respectivement PEM -43% et -35%) même si la part la plus importante du groupe

exprime une réelle facilité sur la maîtrise du point d'appui (scores 7 à 8 pour 34%) et une grande facilité sur la perception de la globalité et de l'étendue tissulaire (scores 7 à 9 pour 49%) sans que cela soit significatif. La perception de la réciprocité dans le toucher semble être la plus difficile à intégrer au regard de son opposition à toute facilité (PEM -19%) et parce que la plus grande partie du groupe (44%) estime sans que cela soit significatif éprouver une très grande difficulté (scores 1 à 5) sur cette dimension. Notons également que la perception de la modulation psychotonique et la capacité à se laisser toucher par le toucher ne permettent pas de caractériser significativement ce groupe mais on peut observer à partir du pourcentage des répondants que sur la première des deux dimensions le groupe tend vers une facilité modérée (scores 5 à 7 pour 47%) et que sur la seconde il tend vers une grande facilité (scores 7 à 10 pour 49%).

Les dimensions de l'expérience corporelle sont, comme nous l'avons déjà évoqué globalement plus faciles à intégrer (scores entre 7 et 8, parfois 9). Toutefois, le Tableau 42 met en évidence quelques nuances.

Tableau 42 : Tableau du niveau de facilité à intégrer les dimensions de l'expérience corporelle reprenant les regroupements de score significatifs et indiquant les PEM positifs et négatifs pour chaque dimension ainsi que le pourcentage de la population le plus fort pour chaque dimension

<b>Dimensions</b>	<b>Kinésithérapeute-fasciathérapeute</b>
<b>Accès à l'intériorité</b>	<i>Facile (scores 7 à 8 pour 42% du groupe, PEM +28% et PEM -55% sur scores 1 et 2 et -52% sur scores 9 à 10)</i>
<b>Confiance dans le ressenti corporel</b>	<i>Facile (score 7 pour 22,5% du groupe, PEM +56% et PEM -16% sur scores 1 à 5 et -37% sur score 10)</i>
<b>Sensation de globalité et d'unité corporelle</b>	<i>Facile à très facile (scores 7 à 9 pour 44% du groupe, PEM +33% et PEM -18% sur score 4 à 5)</i>
<b>Perception d'une solidité intérieure</b>	<i>Facile (scores 6 à 8 pour 55% du groupe PEM +20% et PEM -31% sur scores 9 à 10)</i>
<b>Implication du corps dans le toucher</b>	<i>Moyennement difficile (score 5 pour 23% du groupe PEM +35%) Tend vers la facilité (score 6 à 8 pour 547%)</i>
<b>Perception d'une unité entre le corps et le psychisme</b>	<i>S'oppose à très facile (PEM - 67% sur score 10) Tend vers la facilité moyenne (score 6 à 7 pour 36% du groupe)</i>
<b>Sensation de présence et de sentiment d'existence</b>	<i>S'oppose à très facile (PEM - 29% sur score 9 à 10) Tend vers la facilité moyenne (score 6 à 7 pour 37% du groupe)</i>
<b>Sensation de profondeur</b>	<i>S'oppose à très facile (PEM - 43% sur score 9 à 10) Tend vers la difficulté moyenne (score 3 à 5 pour 39,5% du groupe)</i>
<b>Perception du corps comme relation</b>	<i>S'oppose à très facile (PEM -74% sur scores 10) Tend vers la difficulté (scores 3 à 5 pour 41% du groupe)</i>

Ainsi, il apparaît que quatre dimensions (l'accès à l'intériorité corporelle, la confiance dans le ressenti corporel, la sensation de globalité et d'unité corporelle et la perception d'une solidité intérieure) peuvent être considérées comme faciles par leur score significativement élevé (compris entre 7 à 9, PEM supérieurs à +20%) et partagée par la majorité du groupe (entre 44 et 55%) excepté pour la confiance dans la confiance dans le ressenti corporel (22,5%).

Nous présentons maintenant, à partir d'une lecture en ligne du Tableau 36, les dimensions les plus discriminantes du toucher et de l'expérience du corps du praticien nous ayant permis de caractériser les oppositions significatives inter-groupes (prise en compte des PEM positifs et négatifs élevés ainsi que du pourcentage élevé de la population pour les PEM positifs).

### **3.6 Les dimensions discriminantes du toucher**

Les trois groupes peuvent être comparés par leur degré de facilité et de difficulté à intégrer dans leur pratique les différentes dimensions. Six dimensions paraissent discriminer transversalement les trois groupes et cinq permettent de distinguer en plus les kinésithérapeutes des fasciathérapeutes (Tableau 43).

Cinq dimensions du toucher (la perception de la globalité et de l'étendue tissulaire, la maîtrise du point d'appui, la perception de la modulation psychotonique, la capacité à se laisser toucher par le toucher et perception de la réciprocité) opposent les groupes kinésithérapeute et fasciathérapeute de façon significative. En effet, sur l'ensemble de ces dimensions, le groupe kinésithérapeute est caractérisé par sa très grande difficulté et son rejet de toute facilité (PEM positifs sur les scores bas et PEM négatifs sur les scores élevés) et le groupe fasciathérapeute par sa très grande facilité et son opposition à toute difficulté (PEM positifs sur les scores élevés et PEM négatifs sur les scores bas). Cette opposition semble plus forte sur deux de ces dimensions (la capacité à se laisser toucher par le toucher et la perception de la réciprocité) puisque l'extrême difficulté du groupe kinésithérapeute (score 1 à 5) contraste avec la très grande facilité du groupe fasciathérapeute (scores 7 à 10) alors que sur les deux autres dimensions (la maîtrise du point d'appui manuel et la modulation psychotonique) c'est la difficulté moyenne du groupe kinésithérapeute (respectivement scores 5 à 6 et 5 à 7) qui s'oppose à la très grande facilité du groupe fasciathérapeute (respectivement scores 7 à 8 et 7 à 10).

Tableau 43<sup>93</sup> : Présentation des dimensions les plus discriminantes du toucher.

<b>Dimensions</b>	<b>Kinésithérapeute</b>	<b>Kinésithérapeute-fasciathérapeute</b>	<b>Fasciathérapeute</b>
<b>Capacité à suivre le mouvement interne</b>	<i>Très difficile (scores 1 à 5 pour 32,5% du groupe, PEM +23%)</i>	<i>Moyennement facile (scores 6 et 7 pour 39% du groupe, PEM +25% et PEM -20% sur scores 8 à 10)</i>	<i>Extrêmement facile (scores 8 à 10 pour 81% du groupe, PEM +60% et PEM négatifs sur tous les scores inférieurs)</i>
<b>Capacité à s'intérioriser pendant le traitement</b>	<i>Très difficile (scores 1 à 4 pour 30% du groupe, PEM +24% et PEM -83% sur score 8 à 9)</i>	<i>Facile (scores 5 pour 10% du groupe, PEM +58%, scores 6 à 8 pour 65% du groupe, PEM +19% et PEM -44% sur scores 9 à 10)</i>	<i>Extrêmement facile (scores 9 à 10 pour 50% du groupe, PEM +46% et PEM négatifs sur tous les scores inférieurs)</i>
<b>Capacité à écouter la demande du corps</b>	<i>Très difficile (scores 1 à 5 pour 57,5% du groupe, PEM +40% et PEM-83% sur scores 8 à 9)</i>	<i>Moyennement facile (scores 6 et 7 pour 41% du groupe, PEM +24% et PEM -50% sur score 10)</i>	<i>Extrêmement facile (scores 8 à 9 pour 45% du groupe, PEM +23%, score 10 pour 16% PEM +35% et PEM négatifs sur tous les scores inférieurs)</i>
<b>Capacité à entre dans la profondeur et l'intériorité corporelle</b>	<i>Très difficile (scores 1 à 4 pour 47,5% du groupe, PEM +36% et PEM -73% sur score 9 à 10)</i>	<i>Moyennement difficile à facile (scores 5 à 6 pour 31% du groupe, PEM +38% et PEM -23% sur scores 1 à 4 et -36% sur score 9 à 10)</i>	<i>Très facile (scores 9 à 10 pour 40% du groupe, PEM +45% et PEM-56% sur score 1 à 4 et -53% sur scores 5 et 6)</i>
<b>Capacité à entrer dans la lenteur tissulaire</b>	<i>Très difficile (scores 1 à 5 pour 32,5% du groupe, PEM +24% et PEM -65% sur score 9 à 10)</i>	<i>Moyennement facile (score 6 pour 13% du groupe, PEM +41% et PEM -19% sur scores 9 à 10) Tend vers la grande facilité (scores 7 à 9 pour 49%)</i>	<i>Très facile (scores 9 à 10 pour 52% du groupe, PEM +32% et PEM -57% sur score 1 à 5 et -84% sur scores 6)</i>
<b>Maîtrise de la neutralité active</b>	<i>Très difficile (score 1 à 4 pour 55% du groupe, PEM +40% et PEM -90% sur scores 8 à 10)</i>	<i>Moyennement difficile (score 5 à 6 pour 42% du groupe, PEM +19% et PEM -25% sur scores 8 à 10)</i>	<i>Très facile (scores 8 à 10 pour 52% du groupe, PEM +40% et PEM -62% sur scores 1 à 4 et -33% sur scores 5 à 6)</i>
<b>Perception de la globalité et de l'étendue tissulaire</b>	<i>Très difficile (score 2 à 5 pour 50% du groupe, PEM +28% et PEM -41% sur scores 10)</i>	<i>S'oppose à très facile (PEM -43% sur score 10) Tend vers la grande facilité (scores 7 à 9 pour 49%)</i>	<i>Très facile (score 10 pour 21% du groupe, PEM +44% et PEM -31% et -52% sur respectivement scores 2 à 5 et 6)</i>
<b>Maîtrise du point d'appui</b>	<i>Moyennement difficile (scores 5 à 6 pour 47,5% du groupe, PEM +25%)</i>	<i>S'oppose à très facile (PEM -35% sur score 9 à 10)</i>	<i>Facile à très facile (scores 7 à 10, pour 77,4%, PEM +21 et PEM</i>

<sup>93</sup> la lecture des données donnent un aperçu de chaque profil et des dimensions qui les rapprochent ou qui les distinguent. Des nuances ont été apportées au degré de difficulté à partir de l'interprétation des scores significatifs retrouvés dans les tableaux croisés

	<i>et PEM -50% sur scores 7 à 8)</i>	<i>Tend vers la facilité (scores 7 à 8 pour 34%)</i>	<i>-50% et -57% sur respectivement scores 1 à 4 et 5 à 6)</i>
<b>Perception de la réciprocité dans le toucher</b>	<i>Extrêmement difficile (score 1 à 5 pour 77,5% du groupe, PEM +59% et PEM négatifs sur tous les scores supérieurs)</i>	<i>S'oppose à très facile (PEM -19% sur scores 8 à 10) Tend vers la difficulté (scores 1 à 5 pour 44%)</i>	<i>Très facile (scores 8 à 10 pour 45% du groupe, PEM +36% et PEM -46% sur scores 1 à 5)</i>
<b>Perception de la modulation psychotonique</b>	<i>Moyennement difficile à légèrement facile (scores 5 à 7 pour 62,5% du groupe, PEM +27% et PEM -74% sur scores 8 à 10)</i>	<i>Tend vers la facilité modérée (scores 5 à 7 pour 47%)</i>	<i>Très facile (scores 8 à 10 pour 45% du groupe, PEM +23% et PEM -50% sur score 1 à 4)</i>
<b>Capacité à se laisser toucher par le toucher</b>	<i>Extrêmement difficile (scores 1 à 5 pour 57,5% du groupe, PEM +37% et PEM -46% sur score 7 à 10)</i>	<i>Tend vers la grande facilité (scores 7 à 10 pour 49%)</i>	<i>Facile à très facile (scores 7 à 10 pour 69% du groupe, PEM +38% et PEM -65% sur score 1 à 5)</i>

Six dimensions discriminent fortement<sup>94</sup> les trois groupes entre eux : la maîtrise de la neutralité active, la capacité à s'intérioriser pendant le traitement, la capacité à entrer dans la profondeur et l'intériorité corporelle, à écouter la demande du corps, à suivre le mouvement interne et à entrer dans la lenteur tissulaire. Sur celles-ci, la très grande voire l'extrême facilité du groupe fasciathérapeute (8 à 10) s'oppose à la très grande difficulté du groupe kinésithérapeute (1 à 5) et à la facilité modérée voire à la difficulté moyenne du groupe kinésithérapeute-fasciathérapeute (6 à 7). La capacité à s'intérioriser pendant le traitement, à entrer dans la profondeur et l'intériorité corporelle et la maîtrise de la neutralité sont toutefois plus discriminantes au regard de leurs scores significativement élevés (8 et 10, PEM supérieurs à +40%) partagés par la majorité du groupe (respectivement 50%, 40,3% et 51,6%) et par une opposition très significative à tout score bas (entre 1 et 4) sur ces dimensions (respectivement PEM -53%, -56% et -62%). Ceci est renforcé par le fait que les deux autres groupes s'opposent significativement à toute facilité (PEM systématiquement négatifs sur les scores 8 à 10). On peut ajouter que seule la capacité à entrer dans la profondeur et l'intériorité corporelle offre une opposition significative entre les trois groupes puisqu'elle oppose aussi bien le groupe kinésithérapeute au groupe fasciathérapeute (respectivement PEM +36% et -56% sur les scores 1 à 4 et PEM -73% et +45% sur les scores 9 à 10) que le

<sup>94</sup> PEM négatifs et positifs élevés accompagnés de pourcentages de la population élevés sur les PEM positifs



groupe kinésithérapeute-fasciathérapeute au groupe fasciathérapeute (respectivement PEM +38% et -53% sur les scores 5 à 6 et PEM -36% et +45% sur les scores 9 à 10).

Notons également que la capacité à suivre le mouvement interne est avant tout caractéristique du groupe fasciathérapeute (tant par son PEM positif sur les scores élevés et la part de sa population qui y correspond que par son PEM négatif sur les scores bas) même si les groupes fasciathérapeute et kinésithérapeute-fasciathérapeute se partagent 89% des réponses totales de l'échantillon sur les scores compris entre 8 et 10. La capacité à entrer dans la lenteur tissulaire plutôt facile à intégrer pour l'ensemble de la population (75% de la population totale score entre 7 et 10) est cependant scorée de façon très significative à 6 (PEM +41%), soit à la limite de la difficulté, par 74% du groupe kinésithérapeute-fasciathérapeute. On peut ainsi considérer qu'une relative difficulté à entrer dans la lenteur tissulaire est caractéristique de ce groupe et permet de le distinguer des autres en particulier des fasciathérapeutes. Enfin, la facilité modérée à écouter la demande du corps est également un marqueur du groupe kinésithérapeute-fasciathérapeute en raison de la part importante de sa population (41%) qui a scoré de 6 à 7 et parce que les réponses de ce groupe représentent 66% de tous les scores 6-7 attribués par l'ensemble de l'échantillon.

### **3.7 Les dimensions discriminantes de l'expérience corporelle**

Notons d'emblée que l'implication du corps dans le toucher ne présente aucune opposition significative et n'a donc pas de capacité discriminante véritable (Tableau 44). Toutefois même si cette dimension est très facile à intégrer pour les fasciathérapeutes (scores 9 à 10 pur 24% PEM +32%) et plutôt difficile pour les deux autres groupes (score 5 pour 23% du groupe kinésithérapeute-fasciathérapeute PEM +35% et score 4 pour 17,5% du groupe kinésithérapeute PEM +18%), elle doit être considérée comme plutôt facile à intégrer pour l'ensemble de la population (la plus grande partie des membres de chaque groupe ayant scoré de 6 à 7, respectivement 47,3% des kinésithérapeutes-fasciathérapeutes, 48% des fasciathérapeutes et 52,5% des kinésithérapeutes). Cette dimension au lieu de discriminer les groupes les rassemble et leur donne un socle commun de facilité.

Tableau 44<sup>95</sup> : Présentation des dimensions les plus discriminantes de l'expérience corporelle.

<b>Dimensions</b>	<b>Kinésithérapeute</b>	<b>Kinésithérapeute-fasciathérapeute</b>	<b>Fasciathérapeute</b>
<b>Implication du corps dans le toucher</b>	<i>Difficile (PEM +18% sur score 4 pour 17,5% du groupe)</i>	<i>Moyennement difficile (score 5 pour 23% du groupe PEM +35%)</i>	<i>Très facile (scores 9 à 10 pour 24% du groupe, PEM +32%)</i>
<b>Sensation de globalité et d'unité corporelle</b>	<i>Moyennement difficile (PEM +29% sur scores 4 à 5 pour 47,5% du groupe, -36% sur scores 7 à 9 et -55% sur score 6)</i>	<i>Facile à très facile (PEM +33% sur scores 7 à 9 pour 44% du groupe, et -18% sur score 4 à 5)</i>	<i>Facile à très facile (scores 10 pour 10% du groupe avec PEM +39%, scores 7 à 9 et PEM -30%)</i>
<b>Perception d'une unité entre le corps et le psychisme</b>	<i>Très difficile (PEM +19% sur scores 1 à 3 pour 32,5% du groupe, et PEM -73% sur score 8 à 9)</i>	<i>S'oppose à très facile (PEM -67% sur score 10)</i>	<i>Très facile (scores 10 pour 10% du groupe, PEM +32%)</i>
<b>Sensation de profondeur</b>	<i>Moyennement difficile (scores 1 à 2 pour 12,5% du groupe PEM +24% et score 6 pour 30% PEM +15% et PEM -53% sur scores 7 à 8)</i>	<i>S'oppose à très facile (PEM -43% sur score 9 à 10)</i>	<i>Très facile (scores 9 à 10 pour 27% du groupe, PEM +53%)</i>
<b>Accès à l'intériorité</b>	<i>Très difficile (PEM +45% sur scores 1 à 2 pour 17,5% du groupe, et -49% sur score 7 à 8) Tend vers la difficulté (scores 3 à 5 pour 40%)</i>	<i>Facile (PEM +28% sur score 7 à 8 pour 42% du groupe, -55% sur scores 1 et 2 et -52% sur scores 9 à 10)</i>	<i>Très facile (scores 9 à 10 pour 27% du groupe, PEM +53%) (scores 7 à 8 pour 29% du groupe)</i>
<b>Sensation de présence et de sentiment d'existence</b>	<i>Difficile (PEM +45% sur score 1 à 5 pour 52,5% du groupe, -68% sur score 8 et -65% sur scores 9 à 10)</i>	<i>S'oppose à très facile (PEM -29% sur score 9 à 10) ; (score 6 à 7 pour 37% du groupe)</i>	<i>Très facile (PEM +38% sur scores 9 à 10 pour 29% du groupe, et PEM -43% sur scores 1 à 5)</i>
<b>Perception d'une solidité intérieure</b>	<i>Difficile (score 1 à 5 pour 57,5% du groupe, PEM +34%)</i>	<i>Facile (scores 6 à 8 pour 55% du groupe PEM +20% et PEM -31% sur scores 9 à 10)</i>	<i>Très facile (score 9 à 10 pour 34% du groupe, PEM +37% et PEM -27% sur scores 1 à 5)</i>
<b>Confiance dans le ressenti corporel</b>	<i>Difficile (score 1 à 5 pour 57,5% du groupe, PEM +35% et PEM -68% sur score 7 et -49% sur scores 8 à 9)</i>	<i>Facile (score 7 pour 22,5% du groupe, PEM +56% et PEM -16% sur scores 1 à 5 et -37% sur score 10)</i>	<i>Très facile (PEM +38% sur score 10 pour 17,7% du groupe, et -48% sur score 7) ; Tend vers la difficulté (scores 1 à 5 pour 32% du groupe)</i>
<b>Perception du corps comme relation</b>	<i>Très difficile (PEM +20% sur score 1 à 2 pour 17,5% du groupe, et PEM -70% sur scores 8 à 9)</i>	<i>S'oppose à très facile (PEM -74% sur scores 10) ;</i>	<i>Très facile (PEM +46% sur scores 10 pour 14,5% du groupe)</i>

<sup>95</sup> La lecture des données donnent un aperçu de chaque profil et des dimensions qui les rapprochent ou qui les distinguent. Des nuances ont été apportées au degré de difficulté à partir de l'interprétation des scores significatifs retrouvés dans les tableaux croisés

Sur les autres dimensions et d'un point de vue assez global, les trois groupes se distinguent par des oppositions beaucoup plus « carrées » (PEM positif et négatif opposés sur les mêmes scores) que celles observées sur les dimensions du toucher.

Quatre dimensions de l'expérience corporelle (perception de l'unité corps/psychisme, du corps comme relation, sensation de profondeur et de présence et de sentiment d'existence) permettent de caractériser les groupes sans toutefois les distinguer significativement (pas d'opposition des PEM) : les kinésithérapeutes rencontrent systématiquement une difficulté très importante (scores inférieurs à 3, PEM positifs) et s'opposent à toute facilité (scores supérieurs à 7 et PEM négatifs), les fasciathérapeutes ont une très grande facilité (scores 9 à 10 avec des PEM positifs) et ne s'opposent à aucune difficulté (exceptée pour la sensation de profondeur et de présence et de sentiment d'existence) et les kinésithérapeutes-fasciathérapeutes s'opposent seulement à toute grande facilité (scores 9 à 10, PEM négatifs) mais ne montrent aucune difficulté ni aucune facilité.

Les quatre autres dimensions présentent une capacité de discrimination significative des trois groupes :

*La confiance dans le ressenti du corps* est la seule dimension qui permet de discriminer les trois groupes : la très grande difficulté des kinésithérapeutes s'oppose à la facilité des kinésithérapeutes-fasciathérapeutes (scores 1 à 5, respectivement PEM +35% et -16% et scores 7 respectivement PEM -68% et +56%) et la très grande facilité des fasciathérapeutes s'oppose à la facilité des kinésithérapeutes-fasciathérapeutes (scores 10, respectivement PEM +38% et PEM -37% et score 7, PEM -48% et PEM +56%). La facilité des kinésithérapeutes-fasciathérapeutes l'oppose donc aux deux autres groupes (score 7, PEM +37%, PEM -48% pour les fasciathérapeutes et -68% pour les kinésithérapeutes) et la caractérise un peu mieux.

*La sensation de globalité et d'unité corporelle* permet avant tout de discriminer les groupes kinésithérapeute et kinésithérapeute-fasciathérapeute et secondairement le groupe fasciathérapeute sur des scores moyens. Sur cette dimension les groupes ne s'opposent que sur des scores moyens et donc sur une relative facilité ou difficulté. En effet, la difficulté moyenne du groupe kinésithérapeute s'oppose significativement à la grande facilité du groupe kinésithérapeute-fasciathérapeute (scores 4 à 5, respectivement PEM +29% et -18% et scores 7 à 9, respectivement PEM-36% et +33%). Le groupe fasciathérapeute s'oppose quant à lui à la grande facilité du groupe

kinésithérapeute-fasciathérapeutes (scores 7 à 9 respectivement PEM -30% et +33%) et rencontre l'opposition du groupe kinésithérapeute sur sa facilité moyenne (score 6, respectivement PEM +17% et -55%).

*L'accès à l'intériorité corporelle* permet également de distinguer les groupes kinésithérapeute-fasciathérapeute et kinésithérapeute et secondairement le groupe fasciathérapeute. La grande facilité du groupe kinésithérapeute-fasciathérapeute s'oppose à la très grande difficulté du groupe kinésithérapeute (scores 7 à 8 respectivement PEM +28% et -49% et scores 1 à 2, respectivement PEM -55% et +45%). Il s'oppose également à la très grande facilité du groupe fasciathérapeute (scores 9 et 10, respectivement PEM -52% et +53%). On ne retrouve pas d'opposition entre le groupe kinésithérapeute et le groupe fasciathérapeute. On ajoute que le groupe kinésithérapeute est caractérisé par une grande difficulté sur cette dimension puisque 57,5% de ses membres ont scoré en dessous de 5.

*La perception d'une solidité intérieure* permet de distinguer les trois groupes entre eux, mais de façon moins nette et moins forte que précédemment. En effet, la grande facilité du groupe fasciathérapeute s'oppose à la grande difficulté du groupe kinésithérapeute (scores 1 à 5, respectivement PEM -27% et +34%) et rencontre seulement l'opposition du groupe kinésithérapeute-fasciathérapeute (scores 9-10, respectivement PEM +37% et -31%).

### **3.8 La nature des impacts sur la vie professionnelle**

Le Tableau 45 synthétise les différents impacts sur la vie professionnelle caractéristiques de chacun des profils afin de mettre en évidence ce qui les distingue entre eux. Pour cette partie, un regroupement des réponses sémantiques significatives (PEM positifs et négatifs) a été réalisé sur chacune des dimensions. Ces informations sont comparées entre elles et sont mises en regard de la significativité des écarts à la moyenne (analyse des PEM) dont un tableau plus détaillé peut être consulté en annexe (Annexes 4 : Comparaison des profils identitaires).

L'analyse porte sur 13 propositions, en effet deux d'entre elles, "diversifier mon activité professionnelle" et "trouver le sens de mon métier" n'ont pas été retenues car elles ne permettent pas de caractériser les groupes et de les distinguer (aucun PEM significatif). Ces deux affirmations sont donc partagées par les groupes mais ne

présentent pas de caractère discriminant. La proposition « la fasciathérapie m'a permis de découvrir quel kinésithérapeute je souhaitais être » ne figure pas dans le tableau même si elle a été citée dans l'analyse car elle n'est identifiable que par des oppositions des groupes (PEM négatifs).

Tableau 45 : Impacts sur la vie professionnelle

Modalité	Kinésithérapeute	Kinésithérapeute-Fasciathérapeute	Fasciathérapeute
Dimensions de la vie professionnelle	<b>Vivre une passion (plutôt pas d'accord, 32,5%)</b>	<i>Vivre une passion (plutôt d'accord, 46%)</i>	<b>Vivre une passion (entièrement d'accord, 69%)</b>
	<b>Nouvelle motivation (plutôt pas d'accord, 22,5%)</b>	<i>Nouvelle motivation (52%, PEM +14%)</i>	<b>Nouvelle motivation (entièrement d'accord, 63%)</b>
	<b>Mieux gagner sa vie (pas d'accord, 80%)</b>	Mieux gagner sa vie (plutôt d'accord, 22%)	<i>Mieux gagner sa vie (entièrement d'accord, 18%, PEM +26%)</i>
	Pratiquer une kinésithérapie qui me ressemble (plutôt d'accord, 47,5%)	<b>Pratiquer une kinésithérapie qui me ressemble (plutôt d'accord, 72%)</b>	Pratiquer une kinésithérapie qui me ressemble (pas du tout d'accord, 6,5%)
	Améliorer ma pratique de kinésithérapeute (plutôt d'accord, 45%)	<b>Améliorer ma pratique de kinésithérapeute (plutôt d'accord, 74%)</b>	Améliorer ma pratique de kinésithérapeute (plutôt pas d'accord, 15%)
			<b>Vocation (entièrement d'accord, 41%)</b>
	<b>Plus de plaisir (plutôt d'accord, 60%, plutôt pas d'accord, 15%)</b>	<i>Plus de plaisir (entièrement d'accord, 52%)</i>	<b>Plus de plaisir (entièrement d'accord, 68%)</b>
		Me différencier des autres kinésithérapeutes (plutôt d'accord à entièrement d'accord, 70,5%)	Me différencier des autres kinésithérapeutes (plutôt pas d'accord à pas d'accord du tout, 48%)
	Plus de valeur au travail (plutôt pas d'accord, 25%)		Plus de valeur au travail (entièrement d'accord, 58%)
	Plus de satisfaction (plutôt pas d'accord, 15%)		<b>Plus de satisfaction (entièrement d'accord, 63%)</b>
	Plus d'implication (plutôt pas d'accord, 25%)		Plus d'implication (entièrement d'accord, 48%)
	<b>Trouver ma place dans la kinésithérapie (1-2 pas d'accord, 52,5%)</b>	<i>Trouver ma place dans la kinésithérapie (3-4 d'accord, 74%)</i>	

Une première lecture nous montre que les réponses globales des participants sont très polarisées (de 80% à 95%) vers des scores 3 et 4, exprimant une tendance à être « plutôt d'accord » et « tout-à-fait d'accord » avec l'ensemble des propositions, à l'exception de cinq d'entre elles : « avec la fasciathérapie, j'ai trouvé ma véritable vocation professionnelle », « la fasciathérapie m'a permis de trouver ma place », « la fasciathérapie m'a permis de me différencier des autres kinésithérapeutes » et « la fasciathérapie m'a permis de mieux gagner ma vie ». Les caractères discriminants vont donc se dégager par des atypismes, des marginalités et ne concerneront donc que rarement des phénomènes tendanciels. Par exemple, lorsque l'on dit que le groupe fasciathérapeute n'est pas d'accord avec la proposition « la fasciathérapie m'a permis d'améliorer ma pratique de kinésithérapeute », c'est en fait une proportion faible du groupe (14,6%) mais très hautement significative (PEM -66%) qui exprime ce désaccord (score 1 ou 2). Il n'en reste pas moins que 85% de ce groupe est en accord avec cette proposition (scores 3 ou 4).

On peut toutefois observer le comportement général caractéristique de chacun des groupes face à ces différentes propositions :

- dans l'ensemble **le groupe kinésithérapeute** est significativement « plutôt pas d'accord » avec les affirmations proposées (PEM positifs sur scores 1 à 2, et négatifs sur scores 3 à 4) même si cela ne concerne pas toujours la majorité du groupe (scores 1 à 2 pour 25% à 80% du groupe). Ce désaccord modéré se retrouve réellement sur cinq propositions (« vivre une passion », « se sentir plus investi et impliqué dans le travail », « donner plus de valeur au travail », « être plus satisfait du travail », « trouver une nouvelle motivation ») puisque le groupe n'a en effet jamais répondu « pas du tout d'accord » (seuls 3 individus ont scoré 1 pour « vivre une passion »). Le désaccord est ainsi plus marqué sur deux autres dimensions (« mieux gagner ma vie » et « trouver ma place dans la kinésithérapie ») puisque la majorité du groupe exprime un désaccord total et significatif avec ces propositions (scores 1 et 2 respectivement pour 80% du groupe PEM +19%, pour 52,5% PEM +31%) et qu'il existe une opposition significative à tout accord (respectivement PEM -57% sur score 3 et -31% sur scores 3 et 4). Une troisième dimension (« trouver une véritable vocation ») présente également un désaccord plus prononcé car la majorité du groupe est « plutôt pas d'accord » avec cette proposition (score 2 pour 50% du groupe PEM +35%) et qu'une opposition significative à tout accord

est manifeste (PEM -46% sur scores 3 et 4). Le groupe se dit en revanche significativement « plutôt d'accord » avec les propositions « la fasciathérapie m'a permis d'améliorer ma pratique de kinésithérapeute » et « la fasciathérapie m'a permis de pratiquer une kinésithérapie qui me ressemble » (score 3, pour plus de 95%, respectivement PEM +19% et +21% et aucune réponse sur scores 1 et 2). On peut également considérer qu'il est plutôt d'accord avec le fait que la fasciathérapie lui apporte « plus de plaisir à pratiquer son métier » (score 3 pour 60% du groupe, PEM +29%) même si une partie de la population est significativement « plutôt pas d'accord » avec cette proposition (score 2, pour 15% du groupe, PEM +60%). On remarque également qu'il s'oppose seulement à « entièrement d'accord » à la proposition « la fasciathérapie m'a permis de découvrir quel kinésithérapeute je souhaitais être » (PEM -42% sur score 4) même si la majorité du groupe est plutôt en accord (scores 3 à 4 pour 80% du groupe). Enfin, il ne présente pas d'affinité significative avec « me différencier des autres kinésithérapeutes » même si la majorité du groupe (score 3 et 4 pour 67,5% du groupe) est en accord avec cette proposition ;

- le **groupe fasciathérapeute** est de son côté globalement « entièrement d'accord » avec l'ensemble des affirmations proposées (PEM positifs sur score 4 et négatifs sur scores 3 et parfois scores 2). Cet accord massif semble plus prononcé sur trois propositions (« vivre une passion », « la fasciathérapie donne plus de valeur au travail » et « donne plus de plaisir à pratiquer ») puisque la majorité du groupe est « entièrement d'accord » (respectivement PEM +49%, +27% et +33% sur score 4) avec une opposition à « plutôt d'accord » (respectivement PEM -37%, -22% et -30% sur score 3) et à « plutôt pas d'accord » (respectivement PEM -77%, -68% et -81% sur score 2). Il est également « entièrement d'accord » mais de façon moins significative avec la proposition « mieux gagner ma vie » (PEM +26% sur score 4 pour seulement 18% du groupe). Le groupe se caractérise aussi par son désaccord total avec trois propositions : « la fasciathérapie m'a permis d'améliorer ma pratique de kinésithérapeute » (PEM +83% et +66% sur score 1 à 2 et PEM -26% sur score 4) « pratiquer une kinésithérapie qui me ressemble » (PEM +83% sur score 1 et PEM -22% sur score 4) et « me différencier des autres kinésithérapeutes » (PEM +21% sur scores 1 à 2 et PEM -21% sur scores 3 à 4). Il s'oppose à « plutôt d'accord » sur la proposition « la fasciathérapie m'a permis de découvrir quel kinésithérapeute je souhaitais être » (PEM -27% sur score 3) même

si 82% de la population est globalement en accord. La proposition « trouver ma place dans la kinésithérapie » n'est quant à elle pas significativement repérable ;

- **le groupe kinésithérapeute-fasciathérapeute** se définit par son « accord » significatif (PEM compris entre 22% et 30% sur scores 3 et/ou 4) sur six propositions dont il influence sensiblement la tendance générale. Cet accord peut être nuancé à la lecture des PEM. Ainsi, il est « entièrement d'accord » avec le fait que « la fasciathérapie a permis d'améliorer la pratique de la kinésithérapie » et qu'elle permet « de pratiquer une kinésithérapie qui leur ressemble » car la majorité du groupe (respectivement 74% et 72%) a scoré 4 et qu'il existe une opposition significative à « plutôt d'accord » (respectivement PEM -23% et -22%) et à « tout désaccord » (PEM -78% en raison d'une absence de réponse au score 1). Il est globalement d'accord avec les propositions « me différencier des autres kinésithérapeutes » et « trouver ma place dans la kinésithérapie » pour lesquelles la majorité du groupe (75%) se dit « plutôt d'accord » ou « entièrement d'accord » (respectivement PEM +16 et +19% sur scores 3 et 4) et manifeste une opposition significative à tout désaccord (respectivement PEM -16% et -19% sur scores 1 et 2). Sur les propositions « la fasciathérapie me permet de mieux gagner ma vie » et « avec la fasciathérapie j'ai trouvé une nouvelle motivation », le groupe est « plutôt en accord » (respectivement PEM +22% et +14% sur score 3). Le groupe s'oppose à « plutôt pas d'accord » sur les propositions « je me sens plus impliqué et plus investi dans mon travail » et « la fasciathérapie m'a permis de découvrir quel kinésithérapeute je souhaitais être » (PEM -31% et -35% sur score 2) et est majoritairement en accord avec elles (respectivement 86% et 92% du groupe a scoré 3 à 4). À contrario il s'oppose à « entièrement d'accord » sur la proposition « vivre une passion » (PEM -13% sur score 4) bien que la majorité du groupe soit plutôt d'accord (80% du groupe a scoré 3 à 4). Les autres propositions ne sont pas significatives.

Une lecture en ligne du tableau de comparaison des profils identitaires de l'Annexe 4 permet de repérer les 11 propositions qui discriminent ou rapprochent les groupes entre eux (par opposition des PEM sur les mêmes scores ou par la présence de PEM positifs sur les mêmes scores). On observe d'emblée que la proposition « je me sens plus impliqué et plus investi dans mon travail » n'est significativement



discriminante sur aucun des trois profils. Elle est donc soit commune à tous, soit non reconnue par tous.

Certaines propositions permettent de discriminer les groupes deux à deux :

- **les trois groupes** se différencient partiellement par leur degré d'accord avec l'idée que la fasciathérapie leur a permis de *mieux gagner leur vie*. Le groupe kinésithérapeute est significativement massivement en désaccord avec cette proposition (PEM +49% sur scores 1 et 2 et PEM -57% sur score 3) alors que les deux autres groupes, sont significativement « plutôt d'accord » pour les kinésithérapeutes-fasciathérapeutes (34%, PEM +22%) et « entièrement d'accord » pour les fasciathérapeutes (18%, PEM +26%) même si une majorité de ces deux groupes est plutôt en désaccord (58% des kinésithérapeutes-fasciathérapeutes et 53% des fasciathérapeutes ont scoré 1 à 2). Ils se différencient également autour de l'idée que « *la fasciathérapie permet de vivre une passion* ». Le groupe fasciathérapeute étant « entièrement d'accord » (score 4 pour 69% du groupe, PEM +49% et PEM négatifs sur scores 2 et 3) tandis que les deux autres groupes sont en désaccord des (PEM -74% chez les kinésithérapeutes et -14% chez les kinésithérapeutes-fasciathérapeutes sur « entièrement d'accord ») ;
- le groupe fasciathérapeute et le groupe kinésithérapeute-fasciathérapeute se rapprochent autour de l'idée que la fasciathérapie leur a apporté une « *nouvelle motivation professionnelle* », en raison de leur accord massif (scores 3 et 4, pour respectivement 95% et 91% des groupes). Toutefois le groupe fasciathérapeute est plus largement d'accord (score 4 pour 63% du groupe, PEM +35% et PEM -31% sur score 3) que le groupe kinésithérapeute-fasciathérapeute (score 3 pour 52% du groupe, PEM +14%). Les deux groupes s'opposent significativement sur les propositions « *améliorer ma pratique de kinésithérapeute* » et « *pratiquer une kinésithérapie qui me ressemble* ». Le groupe kinésithérapeute-fasciathérapeute est massivement en accord (score 4 pour respectivement 74% et 72% du groupe, PEM +30% et +27% et PEM-23% et -22% sur score 3) alors que le groupe fasciathérapeute est significativement opposé à cet accord (respectivement PEM positifs sur scores 1 et 2 et PEM -22% et -26%) même si une majorité du groupe est plutôt d'accord (respectivement 89% et 85,5%). On retrouve cette même opposition sur la proposition « *me différencier des autres kinésithérapeutes* » mais de façon moins forte : l'accord du groupe kinésithérapeute-fasciathérapeute étant moins

significatif (scores 3 à 4 pour 70,5% pour du groupe PEM +16% et PEM-16% sur scores 1 et 2) ;

- **le groupe kinésithérapeute et le groupe kinésithérapeute-fasciathérapeute** se rapprochent quant à eux par leur affinité avec le fait que l'exercice de la fasciathérapie est l'occasion de « *pratiquer une kinésithérapie qui lui ressemble* » et « *d'améliorer sa pratique de kinésithérapeute* ». Ces deux groupes sont unanimement en accord (quasiment 100% des groupes sur scores 3 et 4), mais les kinésithérapeutes-fasciathérapeutes sont plus fortement en accord (respectivement 72% et 74% du groupe sur scores 4) que les kinésithérapeutes (45% et 47,5% du groupe score 3). En revanche, ils s'opposent sur le fait que « *la fasciathérapie leur a permis de trouver leur place* » dans la kinésithérapie. Ainsi, 74% du groupe kinésithérapeute-fasciathérapeute y adhère (PEM +19% sur scores 3 et 4 et PEM-19% sur scores 1 et 2) tandis que 52,5% des kinésithérapeutes récusent cette affirmation (PEM +31% sur scores 1 et 2 et PEM -31% sur scores 3 et 4) ;
- Enfin, **les groupes kinésithérapeutes et fasciathérapeutes** s'opposent sur plusieurs points. Tout d'abord sur l'apport de la fasciathérapie à la *valorisation de leur travail*, les kinésithérapeutes sont en désaccord avec cette idée (score 2 pour 25% du groupe PEM +29% et PEM -41% sur score 4) et ce, même si 75% du groupe est en accord, alors que les fasciathérapeutes adhèrent majoritairement et totalement avec cette proposition (score 4 pour 58% du groupe, PEM +27% et PEM -68% et -22% sur respectivement scores 2 et 3). Ils s'opposent également sur le fait que la fasciathérapie constitue une *véritable vocation* professionnelle, les fasciathérapeutes étant totalement en accord (scores 3 et 4 pour 89% du groupe, PEM +63% et PEM -71% sur score 2) quand les kinésithérapeutes s'y opposent (score 1 et 2 pour 62,5% PEM des deux scores cumulés +46% et PEM -46% sur scores 3 et 4). Ces deux groupes s'opposent également dans leur degré d'appréciation concernant *l'augmentation du plaisir à pratiquer le métier et de la satisfaction* au travail qu'ils attribuent à l'exercice de la fasciathérapie. S'ils reconnaissent tous deux y trouver plus de plaisir (scores 3 et 4 pour respectivement pour 85% des kinésithérapeutes et 98% des fasciathérapeutes), les kinésithérapeutes sont un peu moins fermement en accord (score 3, pour 60% du groupe, PEM +29% et PEM -51% sur score 4) que les fasciathérapeutes (score 4, pour 68% du groupe, PEM +33% et PEM -81% et -30% sur respectivement scores 2 et 3). Cette différence est renforcée par le fait qu'une part significative des kinésithérapeutes

manifeste un désaccord avec cette affirmation (15% du groupe, PEM +46%). On retrouve le même phénomène concernant l'augmentation de la satisfaction du travail. Le groupe kinésithérapeute est plutôt en désaccord avec cette idée (score 2 pour 15% du groupe, PEM +27% et PEM -43% sur score 4) alors que les fasciathérapeutes sont fortement en accord (score 4 pour 63% du groupe, PEM +28% et PEM -87% sur score 2).

Au final, les impacts sur les dimensions de la vie professionnelle nous permettent de discriminer par leurs degrés d'accord et de désaccord les trois groupes sur deux critères (mieux gagner sa vie et vivre une passion). On peut également discriminer les groupes kinésithérapeute et fasciathérapeute par leur désaccord sur cinq critères (vivre une passion, découvrir une vocation, donner plus de valeur au travail, ainsi que l'augmentation du plaisir et de la satisfaction professionnels). Les groupes kinésithérapeute et kinésithérapeute-fasciathérapeute, quant à eux, se ressemblent par leur accord concernant deux critères (pratiquer une kinésithérapie qui leur ressemble et améliorer leur pratique de kinésithérapeute) et s'opposent sur le fait que la fasciathérapie leur ait permis de trouver leur place dans la kinésithérapie. Les groupes kinésithérapeute-fasciathérapeute et fasciathérapeute se ressemblent par leur découverte d'une nouvelle motivation professionnelle et se différencient sur les propositions « pratiquer une kinésithérapie qui me ressemble » et « améliorer ma pratique de kinésithérapeute ». On constate ainsi que les propositions « pratiquer une kinésithérapie qui me ressemble » et « améliorer ma pratique de kinésithérapeute » rapprochent les groupes kinésithérapeute et kinésithérapeute-fasciathérapeute et opposent les groupes kinésithérapeute-fasciathérapeute et fasciathérapeute. Cette analyse révèle également des caractéristiques qui apparaissent quasiment spécifiques à chacun de ces troupes : les fasciathérapeutes ont ainsi découvert à travers la fasciathérapie une passion, une vocation, manifestent du plaisir et de la satisfaction et en même temps ils considèrent que l'exercice de la fasciathérapie ne favorise pas le développement de leur statut ou de leur position de kinésithérapeute. Les kinésithérapeutes-fasciathérapeutes ont quant à eux, amélioré leur pratique et exercent une kinésithérapie qui leur ressemblent tout en n'étant pas animé d'une vocation ou d'une sensation d'avoir découvert leur identité de kinésithérapeute même si l'exercice de la fasciathérapie leur a permis de se différencier des autres et de trouver leur place dans leur métier. Enfin, les kinésithérapeutes ont probablement baissé leurs revenus (ils n'ont pas « mieux gagné leur vie ») et bien qu'ils

aient amélioré leur pratique et aient globalement plus de plaisir à exercer, ils ne trouvent pas dans l'exercice de la fasciathérapie une façon de se positionner dans leur métier voire de se découvrir ni même plus de satisfaction et de valeur et encore moins une vocation.

### 3.9 La nature des impacts sur la vie personnelle et la santé physique et psychique

Par souci de clarté et de simplification de la démarche analytique, nous séparons les deux dimensions de la vie personnelle et de la santé physique et psychique, même si elles ne sont pas véritablement séparées dans le vécu quotidien de la personne. Le Tableau 46 et le Tableau 47 rassemblent les données les plus significatives issues de l'analyse des profils de modalités.

Il conviendra de consulter également en annexe (Annexes 4 : Comparaison des profils identitaires) dans laquelle nous avons compilé les résultats d'une analyse croisée des PEM à travers les trois groupes, pour chacun des critères interrogés (propositions sur lesquels les répondants ont positionné leur degré d'accord de 1 (pas du tout d'accord) à 4 (tout à fait d'accord)). Une première lecture rapide de ce document montre que l'ensemble de la population est globalement en accord avec les différentes propositions soumises (le cumul des scores 3 et 4 rassemble toujours 70% des répondants, voire plus de 80%, à l'exception de la proposition concernant le développement de la joie de vivre).

### 3.10 Impacts sur la vie personnelle

Le Tableau 46 synthétise les différents impacts sur la vie personnelle caractérisant chacun des profils et permettant de les distinguer.

Tableau 46 : Impacts sur la vie personnelle et la santé physique et psychique

Modalité	Kinésithérapeute	Kinésithérapeute-Fasciathérapeute	Fasciathérapeute
	<b>Plus grande confiance en soi (plutôt pas d'accord, 42,5%)</b>	<b>Plus grande confiance en soi (plutôt d'accord, 50%)</b>	<b>Plus grande confiance en soi (entièrement d'accord, 55%)</b>
	<b>Plus adaptable et plus souple face aux événements (plutôt pas d'accord, 27,5%)</b>	<b>Plus adaptable et plus souple face aux événements (plutôt d'accord, 55%)</b>	<b>Plus adaptable et plus souple face aux événements (entièrement)</b>

Dimensions personnelles			<b>d'accord, 68%)</b>
	<b>Plus conscient des besoins et limites (plutôt pas d'accord, 40%)</b>	<b>Plus conscient des besoins et limites (plutôt d'accord, 53%)</b>	<b>Plus conscient des besoins et limites (entièrement d'accord, 60%)</b>
	<b>Plus grande capacité à trouver des solutions face aux difficultés (plutôt pas d'accord, 40%)</b>	<i>Plus grande capacité à trouver des solutions face aux difficultés (plutôt d'accord, 50%, PEM +17%)</i>	<b>Plus grande capacité à trouver des solutions face aux difficultés (entièrement d'accord, 58%)</b>
	<b>Plus conscient de soi (plutôt d'accord, 52% ou plutôt pas d'accord, 17,5% PEM+20%)</b>	<i>Plus conscient de soi (plutôt d'accord, 44%, PEM +17%)</i>	<b>Plus conscient de soi (entièrement d'accord, 79%)</b>
	<b>Meilleure estime de soi (plutôt pas d'accord, 37,5%)</b>		<b>Meilleure estime de soi (entièrement d'accord, 55%)</b>
	<b>Vie plus pleine, plus riche et plus profonde (plutôt pas d'accord, 30%)</b>		<b>Vie plus pleine, plus riche et plus profonde (entièrement d'accord, 64,5%)</b>
	<b>Plus grande joie de vivre et aspiration au bonheur (plutôt pas d'accord, 47,5%)</b>		<b>Plus grande joie de vivre et aspiration au bonheur (entièrement d'accord, 42%)</b>
	<b>Meilleure capacité d'être en relation avec les autres (plutôt d'accord, 62%)</b>		<b>Meilleure capacité d'être en relation avec (entièrement d'accord, 60%)</b>

Cinq critères permettent de discriminer significativement les trois groupes entre eux : la confiance en soi, l'adaptabilité face aux événements de la vie, la conscience de ses besoins et de ses limites, la capacité à trouver des solutions face aux difficultés de la vie quotidienne et la conscience de soi :

- le **groupe kinésithérapeute** est dans l'ensemble plutôt en désaccord avec ces propositions, ce qui l'oppose à l'accord significatif manifesté par les deux autres groupes. Ce désaccord est manifeste sur les propositions « la pratique de la fasciathérapie m'a permis de développer une plus grande confiance en moi-même », « m'a rendu plus conscient de mes besoins et de mes limites » et « a développé ma capacité à trouver des solutions face aux difficultés de la vie quotidienne » (score 2, pour plus de 40% du groupe, PEM compris entre +22% et +31% et PEM entre -50% et -65% sur score 4). Concernant le gain d'adaptabilité et de souplesse face aux événements de la vie, le désaccord significatif du groupe

(PEM +22% sur score 2 et -61% sur score 4) est modéré par le fait que la majorité s'estime plutôt en accord avec cette proposition (65% du groupe a scoré 3 à 4) même si cette adhésion n'est pas significative. Concernant l'amélioration de la conscience de soi-même, le groupe est significativement et majoritairement plutôt d'accord avec cette proposition (score 3 pour 52,5% du groupe PEM +22%) tout en étant significativement opposé à entièrement d'accord (PEM -51% sur score 4). Une petite partie du groupe est également significativement en désaccord avec cette même proposition (score 2 pour 17,5% du groupe, PEM +20%) ce qui signe sa tendance double, comme nous l'avons déjà vu dans des analyses précédentes ;

- le **groupe kinésithérapeute-fasciathérapeute** est majoritairement (de 44% à 55% de ses membres) et significativement quoiqu'assez faiblement (PEM compris entre 16% et 25%) plutôt d'accord pour dire la fasciathérapie a enrichi l'ensemble de ces différentes dimensions ;
- le **groupe fasciathérapeute** est quant à lui, majoritairement et significativement entièrement d'accord avec ces propositions (score 4 pour 55% à 79% du groupe, PEM supérieurs à +30% et PEM supérieur à -47% sur scores 2 sauf pour la proposition « plus adaptable et plus souple face aux événements de la vie »). Cet accord massif est plus marqué sur les critères de conscience de soi, des besoins et des limites, de capacité à trouver des solutions et d'adaptabilité puisque le groupe est opposé à tout accord modéré (respectivement PEM -50%, -26% -24% et -47% sur score 3). On peut ainsi envisager que ce groupe est très identifié aux trois propositions de conscience de soi, conscience de ses besoins et de ses limites et de capacité à trouver des solutions.

Trois critères discriminent de façon significative les groupes kinésithérapeute et fasciathérapeute : l'amélioration de l'estime de soi, le développement de la joie de vivre et de l'aspiration au bonheur ainsi que l'apport d'une vie plus pleine et plus riche :

- les kinésithérapeutes sont significativement plutôt en désaccord (PEM supérieurs à +24% sur score 2 et supérieurs à -26% sur scores 3 et 4 cumulés) avec ces trois propositions sans que cela soit partagé par la majorité du groupe (moins de 50% du groupe a scoré de 1 à 2) excepté pour le « développement de la joie de vivre et de l'aspiration au bonheur ». En effet, un véritable point de désaccord existe sur ce critère puisque la majorité du groupe se dit soit plutôt soit totalement en désaccord (score 1 et 2 pour 55% du groupe, PEM 32%) ;

- les fasciathérapeutes sont quant à eux massivement d'accord avec ces propositions (scores 3 à 4 pour plus de 85% du groupe, PEM +57 à 91%). Toutefois, les deux critères « vie plus riche et plus pleine » et « amélioration de l'estime de soi » présentent des résultats si forts (scores 3 et 4 pour respectivement 98% et 97%, PEM +91% et +85%) qu'ils doivent être considérés comme structurellement identitaires de ce groupe (les résultats étant un peu plus faibles concernant « développement de la joie de vivre et de l'aspiration au bonheur », score 3 et 4 pour 85% du groupe, PEM +57%). Notons que cette adhésion massive de la quasi-totalité du groupe à ces trois critères ne suffit pas à le discriminer du groupe kinésithérapeutes-fasciathérapeutes qui lui aussi adhère fortement mais de façon non significative (score 3 à 4 pour 63 à 80% du groupe), si bien que les fasciathérapeutes ne représentent qu'à peine plus de 30% des scores favorables.

Notons, pour terminer que les groupes fasciathérapeute et kinésithérapeute sont tous les deux d'accord avec le fait que la fasciathérapie leur a permis de développer la relation aux autres (97% des fasciathérapeutes, 82,5% des kinésithérapeutes). Ils se distinguent significativement entre eux seulement par leur degré d'accord : les premiers sont « entièrement d'accord » (score 4 pour 60% du groupe, PEM +30% et PEM -23% sur score 3 et -68% sur score 1 et 2) tandis que les seconds se disent « plutôt d'accord » (score 3 pour 62,5% du groupe, PEM +28% et PEM -52% sur score 4).

### **3.11 Impacts santé physique et psychique**

Le Tableau 47 présente la synthèse de l'analyse des impacts sur la santé physique et psychique caractéristiques de chacun des groupes et leur différence significative, telles qu'elles ont été relevées par l'analyse des profils de modalités (Annexes 4 : Comparaison des profils identitaires).

Une analyse croisée des PEM a en effet mis en évidence que la population est plutôt globalement en accord avec les différentes propositions soumises (scores 3 et 4 pour plus de 70% du groupe). Le groupe fasciathérapeute se distingue par son adhésion forte et significative : plus de 90% du groupe s'estime « plutôt d'accord » ou « totalement d'accord » avec toutes les propositions. Les deux autres groupes se positionnent ainsi soit en accord ou en désaccord sur certaines propositions par rapport au groupe fasciathérapeute.

Tableau 47 : Impacts sur la santé physique et psychique

Modalité	Kinésithérapeute	Kinésithérapeute- Fasciathérapeute	Fasciathérapeute
Dimensions de la santé physique et psychique	<b>Bien-être psychique (plutôt pas d'accord, 37,5%)</b>		<b>Bien-être psychique (entièrement d'accord, 47,5%)</b>
	<i>Plus calme et plus serein (plutôt pas d'accord, 25%)</i>		<b>Plus calme et plus serein (entièrement d'accord, 50%)</b>
	<b>Outils pour résoudre les situations quotidiennes de stress (plutôt pas d'accord, 27%)</b>		<b>Outils pour résoudre les situations quotidiennes de stress (entièrement d'accord, 59%)</b>
	<i>Soulagement des douleurs physiques et des tensions corporelles quotidiennes (plutôt pas d'accord, 22,5%)</i>		<b>Soulagement des douleurs physiques et des tensions corporelles quotidiennes (entièrement d'accord, 43,5%)</b>
	<i>Outils pour gérer les tensions physiques et psychiques (entièrement d'accord, 20%)</i>		<b>Outils pour gérer les tensions physiques et psychiques (entièrement d'accord, 60%)</b>
		<b>Meilleure santé (plutôt pas d'accord, 22,5%)</b>	<b>Meilleure santé (entièrement d'accord, 39%)</b>
		<b>Meilleure vitalité et moins fatigué (plutôt pas d'accord, 25,6%)</b>	<b>Meilleure vitalité et moins fatigué (entièrement d'accord, 39%)</b>
			Moins stressé (entièrement d'accord, 48%)
		<b>Recours à des séances de fasciathérapie pour eux-mêmes (0 à 1 fois/an, 27,5%)</b>	<b>Recours à des séances de fasciathérapie pour eux-mêmes (2 à 3 fois/an, 19%)</b>

Les oppositions significatives entre le groupe fasciathérapeute et le groupe kinésithérapeute se font sur cinq critères : le bien-être psychique, le fait d'être devenu plus calme et plus serein, avoir des outils pour résoudre les situations quotidiennes de stress, pour soulager les douleurs et tensions physiques et pour gérer les tensions physiques et psychiques. Les kinésithérapeutes sont plutôt en désaccord avec toutes ces propositions (score 2, PEM entre 15% et 24% et PEM entre -46% et -83% sur score 4) même si une majorité d'entre eux exprime son accord avec celles-ci (score 3 à 4 pour 55% à 75%). Ce désaccord semble plus important pour le ressenti d'un bien-être psychique (scores 1 et 2 pour 45% du groupe, PEM + 24% sur score 2 et PEM-83% sur score 4) que pour les autres critères (scores 1 et 2 pour 25 à 32,5%, PEM compris entre 15% et 21%, PEM entre -46% et -62% sur score 4). Les fasciathérapeutes sont par



contraste massivement et significativement en accord avec toutes ces propositions (scores 3 et 4 pour 94% à 97% du groupe), la majorité se disant même « entièrement d'accord » (PEM compris entre 22 et 27% sur score 4), sauf pour le soulagement des douleurs et tensions physiques (score 4 pour 43,5% du groupe, PEM +22%). Ce plébiscite est consolidé par une opposition très forte et systématique à tout désaccord (PEM compris entre -63% et -87% sur score 2).

Les oppositions significatives entre le groupe fasciathérapeute et le groupe kinésithérapeute-fasciathérapeute reposent sur deux critères : « l'amélioration de la santé » et « la diminution de la fatigue et le gain de vitalité ». Les fasciathérapeutes sont massivement et significativement en accord avec ces deux propositions (scores 3 à 4 pour plus de 90% du groupe, PEM + 79% et +29% et PEM -73% et -70% sur score 2). À l'opposé, les kinésithérapeutes-fasciathérapeutes sont significativement « plutôt pas d'accord » sur ces critères (respectivement PEM +34% et +26% sur score 2) même si la majorité du groupe s'estime plutôt d'accord (scores 3 à 4 pour respectivement 71% et 76% du groupe). La force de leur opposition est consolidée par le fait qu'ils représentent respectivement 70% et 67% des réponses totales sur les scores 2. Ils ne s'opposent cependant pas aux expressions d'accord (sauf lorsque l'on cumule les scores 3 et 4, ce qui prêche à considérer qu'il s'agirait alors plutôt d'un artefact de calcul).

Le groupe fasciathérapeute se distingue enfin isolément par son très fort accord pour dire qu'il se sent moins stressé depuis qu'il exerce la fasciathérapie (48% du groupe, PEM +27% et PEM -68% sur score 2). Le groupe kinésithérapeute se distingue en s'opposant à tout accord concernant cette proposition (PEM -58% sur score 4) ainsi qu'à une baisse de la fatigue et à un gain de vitalité (PEM -65% sur score 4).

Pour compléter cette analyse des impacts sur la santé, on note que les trois groupes se distinguent significativement par la fréquence de leur recours à des séances de fasciathérapie pour eux-mêmes. Le tableau final (Annexes 10) présente des regroupements significatifs qui complètent et confortent les résultats des profils de modalités rapportés au Tableau 47 :

- Les fasciathérapeutes se caractérisent par un recours important à des séances de fasciathérapie pour eux-mêmes (1 à 3 voire plus séance / mois, pour 56,5% du groupe, PEM +35%) et s'opposent fortement à une absence ou à un recours minimaliste à des séances de fasciathérapie (0-1 séance/an, PEM -69%) ;

- Les kinésithérapeutes-fasciathérapeutes y ont majoritairement (55% du groupe) recours de façon significative (PEM +24%) entre 2 et 9 fois par an, c'est-à-dire plus d'une fois par an, mais moins d'une fois par mois. Ils s'opposent, quoique faiblement, au recours massif et abondant des fasciathérapeutes (PEM -15% sur plus de 9 séances par an) ;
- les kinésithérapeutes se caractérisent très significativement (PEM 43%) par un très faible recours à des séances de fasciathérapie pour eux-mêmes (0 à 1 séance de fasciathérapie par an pour 55% du groupe, PEM +43%), consolidé par une forte opposition aux préférences des fasciathérapeutes (PEM -62% sur plus de 9 séances par an) et des kinésithérapeutes-fasciathérapeutes (PEM -30% sur 2 à 9 séances par an).

Au final, l'analyse des impacts sur la vie personnelle et la santé physique et psychique nous permet de distinguer significativement les groupes les uns par rapport aux autres : quatre propositions distinguent significativement les trois groupes entre eux (le développement de la confiance en soi, la capacité à être plus conscient de ses besoins et de ses limites et à trouver des solutions face aux difficultés de la vie quotidienne ainsi que la fréquence du recours à des séances de fasciathérapie pour soi-même). Sept propositions opposent significativement les groupes kinésithérapeute et fasciathérapeute (meilleure estime de soi, sentiment d'avoir une vie plus riche et plus pleine, bien-être psychique, plus calme et plus serein, avoir des outils pour résoudre les situations quotidiennes de stress, pour soulager les douleurs et tensions physiques et pour gérer les tensions physiques et psychiques). Deux propositions différencient spécifiquement les groupe kinésithérapeute-fasciathérapeute et fasciathérapeute (l'amélioration de la santé, la baisse de la fatigue et le gain de vitalité).

On observe également que le développement de la « capacité à être en relation avec les autres » peut être considéré comme une dimension partagée et commune aux groupes et en particulier aux groupes kinésithérapeute et fasciathérapeute.

### **3.12 La nature des difficultés rencontrées**

Le Tableau 48 synthétise l'analyse des difficultés rencontrées pour chacun des groupes pour mettre en application la fasciathérapie issues de l'analyse des profils de modalités et rend compte de leurs différences significatives. Les difficultés ont été classées en deux catégories : celles en rapport avec le contexte socio-professionnel

(reconnaissance de l'exercice de la fasciathérapie) et celles directement liées à la mise en pratique de la fasciathérapie dans l'exercice de la kinésithérapie (difficulté d'introduction, communication de la fasciathérapie, temps et tarif de la séance, conditions d'exercice de la fasciathérapie, etc...).

Tableau 48 : Nature des difficultés rencontrées pour exercer la fasciathérapie

Modalité	Kinésithérapeute	Kinésithérapeute-Fasciathérapeute	Fasciathérapeute
Difficultés en termes de reconnaissance extérieure	<b>Ni bien ni mal reconnu par les patients (30%)</b>		<b>Fasciathérapie très bien reconnue par les patients (68%)</b>
	<b>Ni bien ni mal reconnu par la profession (35%)</b>	Fasciathérapie mal reconnue par la profession (29%)	<b>Fasciathérapie très mal reconnue par la profession (66%)</b>
	Ni bien ni mal reconnu par les autres professionnels de santé (52%)		
Difficultés pratiques liées à la fasciathérapie		Fasciathérapie mal connue des patients (15,5%) <b>Choix 1</b>	Fasciathérapie mal connue des patients (26%) <b>Choix 3</b>
	Fasciathérapie difficile à introduire dans la kinésithérapie (28%)		
	Fasciathérapie difficile à expliquer (30%) <b>Choix 4</b>		
		Temps de la séance trop court (18%) <b>Choix 3</b>	

Aucune des dimensions interrogées n'apparaît pouvoir discriminer de façon significative les trois groupes entre eux.

On peut cependant distinguer significativement le groupe kinésithérapeute du groupe fasciathérapeute par leur sentiment de reconnaissance de leur pratique de la fasciathérapie : ainsi le groupe kinésithérapeute se sent « ni bien ni mal reconnu » voire « plutôt mal reconnu » par les patients dans leur pratique de la fasciathérapie (37,5% du groupe, respectivement PEM +52% et +55%) et il se dit même opposé à une très bonne reconnaissance de leur pratique de la fasciathérapie (PEM -48% sur « Très bien reconnu »). Les fasciathérapeutes de leur côté se sentent très largement « très bien reconnus » par leurs patients (68% du groupe, PEM +31%) et expriment une opposition très forte à « ni bien ni mal reconnu » et « plutôt mal reconnu » quand on cumule ces dimensions (PEM -68%). Les deux groupes s'opposent également sur l'estimation de la reconnaissance de leur pratique de fasciathérapie par les instances professionnelles de la

kinésithérapie : le fort sentiment d'être « très mal reconnu » exprimé assez massivement par le groupe fasciathérapeute (68% du groupe, PEM +26%) contraste avec le sentiment neutre d'être « Ni bien ni mal reconnu » du groupe kinésithérapeute (35% du groupe, PEM +21%) qui réfute même l'idée d'une très mauvaise reconnaissance (PEM -31% sur « Très mal reconnu »).

Le groupe kinésithérapeute apparaît significativement associé à un sentiment d'être « ni bien ni mal » reconnu par les autres professionnels de santé (52% du groupe, PEM +31%) avec une opposition à « Plutôt mal reconnu » et « Plutôt bien reconnu » (PEM -60% et -51% respectivement) ce qui en fait un trait très caractéristique de ce groupe.

Le groupe kinésithérapeute-fasciathérapeute ne peut être distingué significativement des deux autres puisqu'il exprime seulement une opposition à « Ni bien ni mal reconnu » (PEM -53%) par les patients dans leur pratique de la fasciathérapie. On observe toutefois, que la très grande majorité (94% du groupe) s'estime « Plutôt bien » voire « Très bien reconnu » par les patients. La majorité (80%) s'estime également « Plutôt mal » voire « Très mal reconnu » par les instances professionnelles. Ces chiffres rapprochent ce groupe des fasciathérapeutes.

Les autres difficultés liées à la mise en application de la fasciathérapie dans l'exercice de la kinésithérapie permettent de caractériser les différents profils mais ne peuvent les discriminer (pas d'oppositions significatives). Des tendances distinctes sont perceptibles mais les dimensions qui apparaissent significatives sont le plus souvent des difficultés de choix 3 ou 4 ce qui les rend difficiles à prendre en compte :

- Ainsi, le groupe kinésithérapeute est surtout caractérisé par sa difficulté à introduire la fasciathérapie dans la kinésithérapie (32,5% du groupe, PEM +18%). La difficulté à expliquer la fasciathérapie est citée par 30% du groupe mais comme choix ce qui n'en fait pas une difficulté prioritaire ;
- Le groupe kinésithérapeute-fasciathérapeute s'oppose quant à lui à la difficulté d'introduire la fasciathérapie dans la kinésithérapie (PEM -28% sur « Difficile ») mais exprime plus fortement que les deux autres groupes que la mauvaise connaissance de la fasciathérapie est une difficulté importante à la pratique de la fasciathérapie (Choix 1 pour 15,5% du groupe). De façon nettement moins importante, la durée trop courte de la séance de kinésithérapie est également considérée une cause de difficulté (Choix 3 pour 18% du groupe) ;

- Le groupe fasciathérapeute semble se caractériser par l'absence de difficulté liée à la pratique de la fasciathérapie à l'exception de la mauvaise connaissance de la fasciathérapie qui constitue une difficulté mineure (Choix 3 pour 26%) comparativement au groupe kinésithérapeute-fasciathérapeute).

Au final, les difficultés ne sont pas discriminantes des trois groupes, seules la reconnaissance des patients voire celle des instances professionnelles de la kinésithérapie permettent de distinguer les kinésithérapeutes des fasciathérapeutes. On observe également que le manque de reconnaissance de la fasciathérapie par la profession et le manque de connaissance de celle-ci par les patients est une difficulté qui semble partagée par les kinésithérapeutes-fasciathérapeutes et par les fasciathérapeutes. Le groupe kinésithérapeute se caractérise surtout par sa difficulté à introduire la fasciathérapie dans l'exercice professionnel sans que l'on puisse de façon significative identifier des difficultés spécifiques (excepté avec la difficulté à expliquer cette approche). Les deux autres groupes ne témoignent pas de cette difficulté, le groupe kinésithérapeute-fasciathérapeute s'y opposant même fortement. Ce dernier est d'ailleurs le seul à pouvoir être caractérisé par une difficulté spécifique (la méconnaissance de la fasciathérapie et de façon moindre la durée trop courte de la séance de kinésithérapie).

## **Chapitre VII. Synthèse et Discussion**

Dans un premier temps nous abordons la question de la professionnalisation de la fasciathérapie puis dans un second temps notre discussion se porte sur l'identité professionnelle de cette pratique et de ses praticiens et pour terminer nous développons les reconfigurations de l'identité professionnelle qui ont pu être mises en évidence.

### **1. Concernant la dynamique de professionnalisation de la fasciathérapie**

La fasciathérapie n'est pas une profession au sens fonctionnaliste et institutionnel du terme car elle n'en possède pas les traits caractéristiques soulignés dans le cadre théorique. Toutefois, les résultats témoignent de l'existence d'une dynamique de professionnalisation tant collective qu'individuelle. Nous verrons tout d'abord les modalités permettant de considérer que la professionnalisation de la fasciathérapie procède d'une dynamique collaborative associative et scientifique. Nous montrerons ensuite comment la professionnalisation individuelle s'exprime essentiellement par un fort sentiment d'efficacité renforçant leur identité de thérapeute, facilitant l'intégration des compétences pédagogiques et relationnelles inhérentes à l'évolution actuelle des soins et l'adaptation des pratiques aux situations thérapeutiques nouvelles de plus en plus complexes. Enfin, nous montrerons que cette professionnalisation individuelle s'exprime également par un fort sentiment d'accomplissement professionnel et personnel qui dans le contexte du soin constitue une dimension essentielle de la formation et contribue tant à la qualité des soins qu'à la protection des soignants contre les risques professionnels.

#### **1.1 La professionnalisation de la fasciathérapie : une dynamique collective**

Le premier élément frappant d'une dynamique de professionnalisation collective peut se lire à travers l'existence de l'Association professionnelle des kinésithérapeutes pratiquant la fasciathérapie et la forte proportion du groupe qui y adhère (68%), laquelle est principalement motivée par une volonté collective de faire reconnaître l'exercice de

la fasciathérapie et de faire reconnaître l'identité de fasciathérapeute. Par ailleurs, les motifs d'adhésion (désir d'appartenance, de partage et de représentativité) témoignent également d'une aspiration à une identité collective qui, comme nous l'avons évoqué, constitue un élément central de la professionnalisation d'une pratique. Elle constitue également un vecteur fort de renforcement de l'identité individuelle (revendication, visibilité, statut) en favorisant sa reconnaissance interne et sa reconnaissance externe (Ion, 1996, Osty, 2002, Dubar, 2009). De plus, l'existence d'une dynamique de recherche et le nombre croissant de professionnels ayant acquis des qualifications universitaires depuis 2000 (Diplôme universitaire, Master et doctorat) sont des marqueurs forts d'une dynamique de professionnalisation collective car, rappelons-le, la reconnaissance universitaire est une étape clé de la professionnalisation d'une pratique (Wilensky, 1964), même si elle n'est pas obligée si on se réfère à la reconnaissance de la kinésithérapie ou de l'ostéopathie en France. Les récents travaux scientifiques et leur reconnaissance sur la scène internationale dans la communauté de recherche sur les fascias contribuent cependant à consolider et à renforcer l'identité collective de la fasciathérapie.

Cette dynamique de professionnalisation collective s'exprime enfin par l'implication du groupe dans le perfectionnement de ses connaissances et de sa pratique, si l'on se réfère à la proportion de praticiens qui suit au moins une formation continue par an (50,4%).

## **1.2 Le constat d'un fort sentiment d'efficacité professionnelle**

Au plan individuel, la dynamique de professionnalisation se traduit très nettement par une amélioration plébiscitée de l'efficacité professionnelle, par le développement d'une nouvelle patientèle et par un changement du modèle de prise en charge du patient.

L'exercice de la fasciathérapie a également une forte influence sur le développement professionnel à travers un enrichissement des compétences relationnelles (84%) et pédagogiques (79,5%). Cette amélioration professionnelle du praticien va dans le sens d'une adaptation aux exigences actuelles de formation et d'exercice liées aux évolutions de la prise en charge des pathologies chroniques qui nécessitent un enrichissement de compétences tant éducatives que relationnelles (CNOMK, 2010a, Gatto, 2005).

L'acquisition de ces nouvelles compétences trouve une application directe dans la pratique puisque 84% des praticiens indiquent que leur pratique est devenue plus globale (84%) et plus pédagogique (45%). Cet enrichissement est accompagné d'un fort sentiment des praticiens d'amélioration de leur efficacité thérapeutique (95%) dans tous leurs domaines d'exercice et plus particulièrement dans celui de la prise en charge de la douleur physique (96%), de la souffrance psychique (80%), des pathologies chroniques (80%) et de la qualité de vie (91%).

Le changement de modèle de santé qui est à l'œuvre, peut se lire également dans l'évolution de la patientèle et surtout à travers l'importance des demandes des patients à être traités en fasciathérapie (de 3 à 5 patients sur 5 pour 53% des praticiens), dans la tendance de ces patients à souvent consulter en 1<sup>ère</sup> intention ou en dernier recours (30 à 40% des patients) et à consulter sur le conseil d'autres patients (74% des patients consultent dans ce cadre). On constate ainsi qu'outre le fait qu'elle stimule la professionnalisation des kinésithérapeutes, la fasciathérapie par son approche spécifique sur les fascias constitue une nouvelle offre de soins manuelle qui répond à une demande voire à une attente des patients. D'autre part, les praticiens témoignent d'un renouvellement de leur patientèle (pour 76%) qui se traduit par un accueil de nouveaux patients ayant des demandes plus particulièrement dans le domaine des pathologies chroniques (38%) ou de la gestion du stress (28%).

L'amélioration de l'efficacité thérapeutique ne se limite pas à la prise en charge de domaines généraux tels que ceux cités précédemment mais se manifeste également concrètement dans le traitement des pathologies habituellement prescrites telles que les pathologies du rachis (77%) ou de l'ensemble du système musculo-squelettique (64%) et dans d'autres moins familières et moins souvent prescrites comme les troubles digestifs (43%) ou les pathologies crâniennes (63%). Dans ce contexte, il se confirme que le traitement des fascias en général, et en particulier ici la fasciathérapie, apparaît clairement comme une approche « nouvelle » dont le nouveau paradigme (Simmons et al, 2010, Schleip et al, 2012, Chaitow, 2014) donne au kinésithérapeute une autre compréhension du fonctionnement du corps humain (continuité, contractilité, sensibilité) et une autre façon d'agir et d'aborder les différentes pathologies du système corporel entier (Kwong, 2014).

On observe que ce développement professionnel ne procède pas d'une crise identitaire, sans doute parce que ces compétences nouvelles restent en lien avec le cœur



de métier (toucher et corps) du kinésithérapeute. En effet, la très grande majorité des praticiens éprouvent une réelle facilité à introduire ces dimensions dans leur exercice quotidien de la kinésithérapie (80% estiment facile à très facile d'intégrer la fasciathérapie dans la kinésithérapie) et ne font pas mention de difficultés particulières liées à la technique de fasciathérapie (seulement 10% disent que la fasciathérapie est difficile à pratiquer et 5,5% qu'elle est trop différente de la kinésithérapie). La découverte de la profondeur du toucher (41,2%), la prise en compte de l'unité corps-psychisme du patient (18,9%) et la découverte de leur propre intériorité corporelle (20%), qui sont considérés par les répondants comme les aspects les plus enrichissants pour la pratique, peuvent donc être considérées comme familières et en adéquation avec leur réalité professionnelle, leur conception du soin et leur quête de professionnalisation (ONDPS, 2009).

Parmi les autres facteurs pouvant expliquer cette facilité d'intégration de la fasciathérapie, le fort sentiment d'amélioration de l'efficacité thérapeutique, qui reste plus élevé que celui de l'amélioration des compétences relationnelles et pédagogiques, est probablement un facteur qui rend cette intégration relativement aisée, car elle renforce l'identité de thérapeute que revendiquent et s'attribuent les kinésithérapeutes (ONDPS, 2009). D'autre part, le sentiment que la fasciathérapie répond à leurs attentes (recherche d'efficacité, 77%, améliorer la prise en charge de l'unité corps-psychisme, 52,5%, développement de la dimension relationnelle de leur toucher, 50%) constitue un levier facilitant fortement l'intégration de la fasciathérapie dans l'exercice de la kinésithérapie.

Ainsi la formation et l'exercice de la fasciathérapie, qui combine traitement des fascias et développement de compétences manuelles éducatives et relationnelles, participent à l'évolution de la professionnalisation des individus en répondant aux nécessités actuelles de conjuguer apprentissage de techniques et développement de nouvelles approches favorisant les capacités d'adaptation aux situations réelles et concrètes du terrain pour faire face à l'évolution des problématiques de plus en plus complexes auxquelles les professionnels sont de plus en plus souvent confrontés (Wittorsky, 2010).

### **1.3 La découverte d'un fort sentiment d'accomplissement professionnel et personnel**

Nos résultats montrent que l'exercice de la fasciathérapie s'accompagne de façon très forte d'un sentiment d'accomplissement professionnel qui se décline en deux dimensions : un renforcement du plaisir, de la satisfaction et de la valeur donnée au travail et un sentiment de trouver le sens de son métier et de découvrir sa propre identité de kinésithérapeute.

Ils montrent également que la fasciathérapie agit comme un puissant mode de développement de la personne en favorisant plus particulièrement et spécifiquement la prise de conscience de l'identité personnelle et de la personnalité profonde tout en favorisant le déploiement d'aptitudes relationnelles.

Cette dynamique de développement personnel et professionnel se traduit aussi par un effet soignant sur la personne du praticien, au plan somatique aussi bien que psychique (plus calme et plus serein) et surtout par l'acquisition d'outils personnels pour gérer les situations tant personnelles que professionnelles (stress, douleurs, tensions).

Cette satisfaction générale attribuée à la pratique de la fasciathérapie peut se percevoir à travers la diminution importante du nombre de praticiens se formant à d'autres approches après leur formation de fasciathérapie (de 60,5% avant la formation à 35% après la formation). On peut rapprocher cela des résultats indiquant un fort sentiment d'accomplissement professionnel et personnel.

Ces éléments montrent que la fasciathérapie est une méthode globale qui s'adresse autant à la personne qu'au professionnel et qui produit de la subjectivité dans et par le travail (Dejours, 2006). Dans le contexte des problématiques de la pratique soignante, ceci va dans le sens de l'amélioration de la qualité des soins, de la perception et de la reconnaissance de soi (Lasserre Moutet et al, 2008) et peut également agir comme vecteur de prévention de la souffrance professionnelle (Phaneuf, 2007) qu'elle soit liée à la perte de l'idéal professionnel ou personnel (Rothier Bautzer, 2002, Daloz, 2007).

Ce sentiment d'accomplissement professionnel et personnel exprimé par l'ensemble de la population nous a surpris car seule une petite proportion des praticiens recherchait dans la fasciathérapie un épanouissement personnel (27%) et/ou une nouvelle motivation professionnelle (21%). Si ces résultats nous permettent de dire que

la fasciathérapie est un moyen de résoudre une crise ou une tension identitaire pour cette partie de notre population, elle agit aussi auprès de ceux qui n'étaient pas dans cette dynamique de crise et contribue ainsi sans aucun doute à en prévenir la survenue. De cette façon, l'accomplissement professionnel et personnel attribué à la fasciathérapie est plus découvert que recherché.

## **2. Concernant l'identité professionnelle de la fasciathérapie**

Cette partie de la discussion aborde la question de l'identité professionnelle des praticiens de la fasciathérapie et les caractéristiques spécifiques qui émergent de la rencontre de la fasciathérapie avec la kinésithérapie. Nous faisons ressortir dans un premier temps l'existence d'une identité de référence ou de base qui prédispose à la fasciathérapie, sert de fil conducteur à la construction de la trajectoire identitaire de notre population et de support à la compréhension de l'identité professionnelle spécifique de la fasciathérapie. Dans un deuxième temps, nous constatons qu'une large majorité des praticiens évoquent un sentiment d'identité partagé, exprimé par un attachement à la kinésithérapie et à la fasciathérapie.

### **2.1 Une identité spécifique de kinésithérapeute manuel privilégiant l'acte individuel, la pluridisciplinarité et l'activité libérale en groupe**

Les résultats nous permettent d'identifier l'identité de « base » des kinésithérapeutes exerçant la fasciathérapie. Ils font partie de cette population que nous avons évoquée dans notre partie théorique qui revendique un attachement fort et une spécificité dans le domaine du toucher et de la thérapeutique manuelle. En effet 74% d'entre eux revendiquent posséder une spécificité dans ce domaine (49 % en thérapie manuelle, 40% en drainage lymphatique manuel, 18% en massage et 12% en ostéopathie). Il faut noter que comparativement aux autres domaines l'ostéopathie, dont la fasciathérapie est issue, n'est pas une approche qui incite à réaliser une formation de fasciathérapie. Ceci peut indiquer que les praticiens perçoivent la fasciathérapie comme une pratique distincte de l'ostéopathie et une alternative possible. La fasciathérapie est donc une approche qui peut être considérée comme un moyen d'affirmer son identité de thérapeute manuel au sein de la kinésithérapie voire de développer ou de découvrir son

identité spécifique au sein de la kinésithérapie manuelle comme cela a été évoqué plus haut (sentiment de trouver son identité de kinésithérapeute et le sens de son métier).

Ces résultats confirment ainsi que les kinésithérapeutes pratiquant la fasciathérapie considèrent, comme de nombreux autres kinésithérapeutes (rappelons que l'étude du CNOMK de 2009 menée sur 3050 masseurs-kinésithérapeutes a révélé que 53% d'entre eux déclarent une spécificité dans ce domaine) que le toucher est l'outil privilégié de leur métier parce qu'il crée ce contact unique et spécifique tant physique que relationnel avec le patient, qu'il est le seul outil permettant de réaliser un soin global tant somatique que psychique et qu'il est une source essentielle de motivation et de passion pour leur métier (ONDPS, 2009). Les résultats laissent toutefois suggérer que la fasciathérapie contribue plus spécifiquement à l'enrichissement de cette dimension relationnelle du toucher puisque 49% déclarent faire la formation de fasciathérapie pour acquérir cette dimension.

De façon logique, cette vocation à exercer la thérapie manuelle implique un mode d'exercice privilégiant l'acte individuel demandant plus de temps et s'opposant à une prise en charge de plusieurs patients simultanément (ONDPS, 2009). Il est donc logique que les kinésithérapeutes exerçant la fasciathérapie soient très attachés à cette forme de prise en charge individualisée du patient. Ainsi, 83% des interrogés se disent renforcés dans ce type de prise en charge et une autre partie (15%) s'oriente vers cette approche individualisée au contact de la fasciathérapie. Ces praticiens trouvent donc tout naturellement dans la fasciathérapie un moyen de prolonger voire de développer leur approche centrée sur le patient et la dimension relationnelle de leur toucher.

D'autre part, les kinésithérapeutes exerçant la fasciathérapie s'inscrivent dans une kinésithérapie pluridisciplinaire, comme 74% de leurs confrères (CNOMK, 2009), puisque 81% d'entre eux déclarent exercer une ou plusieurs spécificités en kinésithérapie et que 60% disent avoir suivi une ou plusieurs formations avant celle de fasciathérapie. Si comme nous l'avons vu 74% d'entre eux se considèrent avant tout comme thérapeute manuel, 68% déclarent exercé une spécificité kinésithérapique autre que la thérapie manuelle (kinésithérapie respiratoire 37%, douleur 36%, neurologie 27%, sport 17%, périnéologie 17%). Ces résultats montrent que la fasciathérapie est exercée par des professionnels ayant une vision pluridisciplinaire de leur métier et qu'elle constitue une approche thérapeutique parmi d'autres.

Notre population n'est donc pas exclusivement formée à la fasciathérapie et son apprentissage n'éloigne pas les professionnels de la kinésithérapie conventionnelle. En effet, on observe que si notre population a tendance à moins se former en thérapie manuelle après leur formation de fasciathérapie, elle a tendance à se former plus (+10 points) dans des domaines spécifiques de la kinésithérapie (respiratoire, pédiatrie, etc...). Cela montre une réelle volonté de développer leur expertise de la kinésithérapie et d'actualiser leurs connaissances professionnelles. Notons enfin que ce groupe a très peu tendance à se former (8,5% seulement) à des thérapies dites non conventionnelles (médecine chinoise, hypnose, etc...) ce qui renforce le sentiment que cette population considère que la fasciathérapie fait partie de leur métier de kinésithérapeute.

Enfin, les kinésithérapeutes exerçant la fasciathérapie présentent également la particularité d'exercer quasi exclusivement sur le mode libéral (92,4% des répondants contre 79% dans le groupe de référence) en privilégiant l'activité en cabinet de groupe (47,9% contre 29% dans la population de référence). Ce dernier point confirme que la pratique de la fasciathérapie s'intègre assez facilement dans une activité pluridisciplinaire privilégiant le travail en réseau et les interactions avec d'autres kinésithérapeutes exerçant ou pas la fasciathérapie et/ou avec d'autres professionnels de santé.

## **2.2 Une pratique exercée par des professionnels aguerris à prédominance féminine**

Si notre échantillon se rapproche d'une partie de la population des kinésithérapeutes par son attrait pour le toucher et l'exercice individualisé, il présente des particularités qui permettent d'en cerner les spécificités : les kinésithérapeutes qui exercent la fasciathérapie ont une forte expérience de la kinésithérapie (au minimum 9 années d'exercice) et de l'exercice de la fasciathérapie (12 années en moyenne d'exercice) et ils se situent dans la période la plus active de leur vie professionnelle (85% de notre population a entre 30 et 59 ans contre 66% dans la population de référence). Ces résultats montrent que la fasciathérapie est exercée par des professionnels aguerris, ayant une grande expérience de la kinésithérapie libérale, de ses exigences et particularités, et qui ont développé une expertise dans de nombreux domaines de la kinésithérapie. Cette expérience et ces différentes expertises nous conduisent à considérer qu'ils ont du recul sur leur métier et sur la place que tient la

fasciathérapie dans cet exercice. Leur choix d'exercer la fasciathérapie, de l'appliquer et leur capacité de distinguer ses apports spécifiques relèvent sans aucun doute d'une réflexion et d'une analyse approfondie de leur situation et de leur pratique.

Une tendance forte se dégage concernant l'identité des praticiens de ce groupe. La proportion de femmes (64,7% des répondants) est beaucoup plus importante que dans la population de référence (49%). Cette tendance nous laisse penser que la fasciathérapie par son approche relationnelle conviendrait mieux à la sensibilité féminine. Par contraste, la proportion de femme kinésithérapeute exerçant l'ostéopathie est de 1 sur 4 (DREES, 2013). Cela est sans doute lié au fait que la fasciathérapie est une technique qui n'a pas recours aux manipulations et qui sollicite plus particulièrement des qualités relationnelles et éducatives plus proches peut-être de la sensibilité féminine.

### **2.3 Une tendance à adapter le cadre d'exercice**

Si le mode de prise en charge du patient ne change pas (individuel) et si la thérapeutique manuelle reste au cœur de l'exercice, on observe des changements importants dans l'orientation de cette prise en charge (96%), dans le type de patients qui consultent (76% ont de nouveaux patients) et dans une moindre mesure, dans le développement de nouveaux domaines d'exercice (55%) et dans la durée de la séance (55% allongent la durée). Toutefois, nous avons été surpris par les changements opérés dans le cadre d'exercice et plus particulièrement par le pourcentage important de praticiens (68%) qui ont créé leur cabinet après la formation et par le nombre non négligeable qui évoluent vers une pratique non conventionnée (26%). Ces changements de cadre peuvent s'expliquer par les difficultés attribuées au cadre conventionnel de la kinésithérapie (temps de séance trop court pour 20% et tarif insuffisant pour 18%) qui peut inciter les professionnels à adapter leur cadre d'exercice. On comprend ainsi qu'une grande partie de la population se sente à l'aise dans la kinésithérapie et qu'une autre partie puisse éprouver le besoin de changer de cadre professionnel et s'émanciper de la kinésithérapie.

#### **2.4 Un sentiment d'appartenance professionnel partagé mais contesté**

Les résultats indiquent clairement que la majorité de l'échantillon est partagé entre son attachement à la kinésithérapie, son identité de base (62,2% estiment que pratiquer la fasciathérapie c'est faire de la kinésithérapie) et à la fasciathérapie (64% l'associent à leur identité de masseur-kinésithérapeute). Ces résultats ne sont pas surprenants vu le fort attachement que les kinésithérapeutes ont à leur métier (97% s'y disent attachés, enquête du Groupe Pasteur Mutualité, 2001) car très satisfaisant (88% s'estiment très satisfaits, enquête CARPIMKO, 2008) et porté par une vocation à soigner les gens et un sentiment d'utilité sociale. Ce double sentiment d'appartenance identitaire illustre le caractère multiple et mouvant de l'identité professionnelle qui résulte de l'appartenance obligée au groupe de référence mais aussi de la possibilité d'une appartenance ressentie à d'autres groupes considérés comme attractifs, motivants (Holcman, 2006). Cet attrait pour la fasciathérapie existe et peut s'expliquer par les sentiments d'efficacité professionnelle et d'accomplissement professionnel et personnel éprouvés par les praticiens que nous avons soulignés plus haut.

Ce sentiment d'identité se retrouve dans une pratique professionnelle qui la plupart du temps mixe fasciathérapie et kinésithérapie : 58,4% des répondants exercent de façon « bimodale » c'est-à-dire en associant une pratique de la fasciathérapie en dehors et en remplacement de la séance, avec une pratique en complément ou au sein de la séance de kinésithérapie.

Ce sentiment d'identité partagée peut s'expliquer par le fait que la kinésithérapie et la fasciathérapie partagent un certain nombre de points communs que nous avons déjà évoqués (l'attachement au toucher, à l'acte individuel et à la pluridisciplinarité). Il peut également s'expliquer par le sentiment que la fasciathérapie contribue à améliorer, à développer et à enrichir la kinésithérapie voire à donner la possibilité d'affirmer son identité et sa spécificité de kinésithérapeute. La grande facilité que les kinésithérapeutes éprouvent pour intégrer la fasciathérapie dans leur pratique professionnelle et le peu de difficultés inhérentes à ses modalités d'application facilitent sans doute ce sentiment de proximité entre les deux pratiques. Il peut enfin se retrouver dans l'origine et l'évolution de la fasciathérapie qui, créée dans le but d'être exercée dans le champ de compétence des kinésithérapeutes (Bois, 1994), s'est toujours développée au sein de la kinésithérapie dans laquelle elle a longtemps été reconnue comme formation continue professionnelle.

Ces résultats montrent que, du point de vue des praticiens, l'identité de kinésithérapeute et celle de fasciathérapeute ne sont pas opposées mais forment un ensemble cohérent qui va à l'encontre des positions et avis institutionnels (CNOMK, 2012). Dans ces conditions, l'attitude de la kinésithérapie envers la fasciathérapie ressemble plus à une stratégie de prolétarianisation visant à soumettre les praticiens à une autorité que d'une stratégie de professionnalisation favorisant l'autonomie, la construction identitaire et le développement éthique des praticiens (Blin, 1997, Legault, 2003). Cette situation conduit inévitablement à créer une crise identitaire et une souffrance collective et individuelle chez les praticiens exerçant la fasciathérapie car cette absence de reconnaissance par les pairs génère instabilité, perte d'estime de soi et altération de la qualité du travail et de son efficacité (Phaneuf, 2007, Lasserre Moutet et al, 2008). Dans ces conditions, il semble difficile pour les kinésithérapeutes exerçant la fasciathérapie de construire une identité unifiée et socialement stabilisée. Aujourd'hui, l'identité professionnelle des kinésithérapeutes pratiquant la fasciathérapie est un combat, une lutte pour obtenir son droit à exister pour ensuite pouvoir être reconnue et validée par ses pairs. Une alternative à ce combat identitaire peut conduire les professionnels de la fasciathérapie à rompre avec leur identité « mère » et à construire leur propre identité (rappelons que 27% d'entre eux s'identifient exclusivement comme fasciathérapeute). La dynamique de professionnalisation que nous avons mis en évidence plus haut pourrait en être une des voies d'évolution.

Les décalages entre les différentes dimensions de l'identité constatés et évoqués dans la synthèse des résultats de l'analyse descriptive (entre identité perçue et déclarée, entre identité perçue et représentée) sont sans doute explicables par la tension identitaire ainsi déclenchée. Le contexte institutionnel non favorable à la reconnaissance de la fasciathérapie comme une dimension de la kinésithérapie peut inciter certains kinésithérapeutes à ne pas afficher publiquement leur identité de fasciathérapeute. Cette hypothèse est confortée par le fait que la mauvaise reconnaissance de la fasciathérapie par la profession est considérée comme la difficulté la plus importante pour exercer la fasciathérapie (23%).



### 3. Concernant les reconfigurations de l'identité professionnelle

Cette dernière partie aborde la question des reconfigurations de l'identité professionnelle qui constitue le centre de notre recherche puisque nous nous interrogeons sur la manière dont les kinésithérapeutes reconfigurent leur identité professionnelle au contact de la fasciathérapie.

#### 3.1 Les profils identitaires et leur mode de reconfiguration

L'analyse multivariée a permis de mettre en évidence trois profils identitaires qui relèvent de trois dynamiques très différentes. Certains praticiens souhaitent s'émanciper totalement de la kinésithérapie et opèrent une *conversion* de leur identité de kinésithérapeute vers celle de fasciathérapeute pour aller vers un nouveau métier (groupe fasciathérapeute représentant 27% de la population) alors que d'autres au contraire souhaitent préserver leur identité de kinésithérapeute en procédant à une *assimilation* de la fasciathérapie dans la kinésithérapie (groupe kinésithérapeute représentant 17% de la population). Entre ces deux pôles extrêmes se trouvent les praticiens les plus nombreux (groupe kinésithérapeute-fasciathérapeute représentant 56% de la population étudiée) dont le souhait est d'associer leurs deux identités en réalisant une sorte de *négociation* identitaire. Ces résultats illustrent le processus d'identification et de différenciation inhérent à l'édification d'une identité professionnelle et montrent que les professionnels enquêtés sont dans une dynamique d'affirmation de leur identité au sein de leur groupe de référence (Legault, 2003, Dubar, 2004, 2009).

Ces profils identitaires sont, de notre point de vue, sous tendus par des choix d'appartenance professionnelle (Holcman, 2006, Dubar, 2004). Les kinésithérapeutes-fasciathérapeutes sont véritablement attachés à la kinésithérapie et à la fasciathérapie (sentiment d'appartenance partagée) et revendiquent cette double identité (kinésithérapeute-fasciathérapeute) en ne semblant pas pouvoir ou vouloir choisir entre les deux appartenances. Les autres ont réalisé ce choix, les kinésithérapeutes celui de l'appartenance à leur identité de référence la kinésithérapie, les fasciathérapeutes celui de l'appartenance ressentie à la fasciathérapie.

L'analyse des caractéristiques des trois profils identitaires et leur comparaison montre qu'ils sont réellement spécifiques et marqués par des oppositions fortes surtout entre les kinésithérapeutes et les fasciathérapeutes. Le groupe kinésithérapeute-fasciathérapeute est le moins marqué et se rapproche par certains aspects du groupe kinésithérapeute et par certains autres du groupe fasciathérapeute. Cette porosité nous laisse penser qu'il pourrait servir de transition et de passage d'une typologie identitaire à une autre même si l'enquête ne le démontre pas aussi clairement et distinctement. Ces éléments confirment ce que décrit la théorie interactionniste, à savoir que l'étude d'un groupe professionnel met le plus souvent en évidence sa diversité et son absence de cadre normatif.

### **3.2 Les lignes directrices des reconfigurations identitaires**

Les résultats de l'analyse transversale des trois profils nous permettent de mieux comprendre les lignes directrices qui gouvernent l'adhésion à un profil identitaire. Elles donnent également une idée des dimensions qui peuvent faciliter ou faire obstacle au passage d'une identité à une autre.

Nous pouvons d'emblée dire que l'âge, l'expérience professionnelle (en kinésithérapie et fasciathérapie) ainsi que le niveau de qualification professionnelle en fasciathérapie déterminent le profil identitaire : plus l'expérience professionnelle en fasciathérapie est grande, plus le praticien est âgé et sa qualification élevée, plus il tend vers un statut de fasciathérapeute. De la même façon, le profil identitaire évolue en fonction de l'intensité de la pratique de la fasciathérapie. Plus la pratique est importante (majeure à totalité), exclusive (sans recours à d'autres techniques), plus le nombre de séances (5 à 10 séances ou plus) et leur durée augmentent (de 30 à 60 mns), plus le praticien tend à s'identifier comme fasciathérapeute.

Nous pouvons également considérer que plus le praticien développe son exercice de la fasciathérapie plus il est amené à changer son cadre d'exercice en créant son cabinet (kinésithérapeute-fasciathérapeute 46%, fasciathérapeute 64,5%) et en développant de plus en plus un exercice non conventionnel (kinésithérapeute-fasciathérapeute 12%, et fasciathérapeute 34%). On constate que les fasciathérapeutes ont tendance à exercer en individuel contrairement aux kinésithérapeutes-fasciathérapeutes qui privilégient l'exercice en cabinets de groupes. Les kinésithérapeutes-fasciathérapeutes privilégient une pratique « bimodale » (54% en

*remplacement de la séance et 47% au sein de la séance)* contrairement aux fasciathérapeutes qui pratiquent la fasciathérapie de façon « unimodale », hors de la séance de kinésithérapie (83,5%).

Le développement de la fasciathérapie et le changement de cadre d'exercice sont accompagnés d'un profond changement de la patientèle (83% des kinésithérapeute-fasciathérapeute et 90% des fasciathérapeutes) qui demande de plus en plus fréquemment à être traité en fasciathérapie (de 25 à 50% des patients des kinésithérapeutes-fasciathérapeutes à 100% des patients des fasciathérapeutes). Le profil fasciathérapeute accueille même spécifiquement souvent des patients en 1<sup>ère</sup> intention et en dernier recours contrairement aux deux autres profils et les patients viennent quasi exclusivement sur le conseil d'un autre patient contrairement aux kinésithérapeutes-fasciathérapeutes dont les patients consultent plutôt sur le conseil d'un médecin ou d'un confrère. On observe que les fasciathérapeutes ont tendance à diminuer le nombre de leurs patients contrairement aux kinésithérapeutes-fasciathérapeutes qui voient leur nombre augmenter.

Les profils identitaires sont aussi très dépendants du sentiment d'efficacité que procure la fasciathérapie quel que soit le domaine interrogé (compétences professionnelles, prises en charge de la douleur, souffrance, etc...). Plus l'efficacité du praticien s'accroît plus il se rapproche du profil de fasciathérapeute et inversement plus le sentiment d'efficacité décroît plus le praticien se perçoit comme kinésithérapeute. On remarque que l'amélioration de la prise en charge de la douleur est la seule dimension qui est améliorée quelque soit le groupe. Ce sentiment d'efficacité

Enfin, le sentiment d'accomplissement professionnel et personnel influence très fortement le positionnement identitaire des praticiens. La découverte d'une passion et d'une vocation est caractéristique des fasciathérapeutes alors que les kinésithérapeutes-fasciathérapeutes considèrent que la fasciathérapie leur a permis de se différencier des autres et de trouver leur place dans leur métier et que les kinésithérapeutes y trouvent essentiellement du plaisir à pratiquer une kinésithérapie qui leur ressemble. Sur le plan personnel, les fasciathérapeutes sont caractérisés par un très fort sentiment de développement personnel (conscience de soi, estime et confiance en soi, adaptabilité, etc...) et existentiel (vie plus pleine et plus riche, joie de vivre). Le groupe kinésithérapeute-fasciathérapeute éprouve ce sentiment de développement personnel mais pas existentiel. Le groupe kinésithérapeute ne ressent aucun effet sur lui-même

mais partage toutefois avec les trois groupes une amélioration de sa capacité à entrer en relation avec les autres. De la même manière, seul le groupe fasciathérapeute ressent une réelle amélioration de sa santé physique et psychique et trouve dans la fasciathérapie un moyen de se soigner, les deux autres groupes n'éprouvant pas ce sentiment de mieux-être et cette possibilité de prendre soin d'eux-mêmes. Rappelons que bien que la profession de kinésithérapeute ne soit pas la profession de santé la plus exposée aux risques professionnels (Groupe Pasteur Mutualité, 2001), la surcharge de travail, le manque de récupération rendent ce métier difficile tant sur le plan physique que psychique (CARPIMKO, 2008). Ces résultats tendent à montrer que l'exercice de la fasciathérapie quand il est pratiqué de façon importante et fréquente participe à la résolution des difficultés inhérentes à la kinésithérapie.

### **3.3 Appropriation du toucher et du corps et profil identitaire**

La capacité à intégrer et à maîtriser les dimensions spécifiques de la fasciathérapie détermine aussi le profil identitaire, la comparaison des groupes nous amenant à constater une facilité croissante allant du profil kinésithérapeute (difficulté maximale), à celui de kinésithérapeute-fasciathérapeute (facilité faible à modérée) et à celui de fasciathérapeute (facilité maximale). Les dimensions de l'expérience corporelle sont globalement plus difficiles à intégrer pour l'ensemble de l'échantillon que celles du toucher notamment pour le groupe fasciathérapeute.

Concernant le toucher, le degré de facilité à maîtriser la neutralité active, la capacité à s'intérioriser pendant le traitement et plus particulièrement la capacité à percevoir l'intériorité et la profondeur du corps fondent le socle identitaire permettant de distinguer significativement les 3 groupes. Ce socle est composé d'une dimension dynamique (capacité à s'intérioriser pendant le traitement), perceptive (perception de la profondeur et de l'intériorité corporelle) et relationnelle (neutralité active).

Concernant l'expérience corporelle, la facilité du praticien à percevoir la globalité et l'unité corporelle, l'intériorité corporelle, la solidité intérieure et avoir confiance dans le ressenti de son propre corps discrimine les trois groupes.

On peut ainsi noter que, si le toucher manuel et le corps constituent le cœur de métier du kinésithérapeute, et qu'il est revendiqué comme dimension de son identité professionnelle, des formes différentes d'intégration du toucher de la fasciathérapie

semble distinguer les trois profils identitaires entre eux. Notamment, il semblerait que plus la difficulté à intégrer le toucher de la fasciathérapie dans la kinésithérapie augmente (par exemple la capacité à entrer dans la profondeur et l'intériorité corporelle), plus le praticien se réfèrera à son identité de kinésithérapeute ; à l'inverse, plus les modalités sont faciles à intégrer dans la pratique de la kinésithérapie (par exemple le suivi de la lenteur tissulaire), plus le praticien se revendiquera de la fasciathérapie. Dans la suite des travaux de Bourhis (2012) sur le toucher et ses impacts sur l'identité et le développement de capacités perceptives et relationnelles, nous constatons de notre côté que le degré de facilité/difficulté à intégrer les dimensions spécifiques du toucher et de l'expérience corporelle dans la kinésithérapie a une influence sur le positionnement identitaire professionnel du pratiquant.

## **CONCLUSION GENERALE**

## Conclusion, limites et perspectives

Cette recherche était portée par un désir de connaître plus profondément le carrefour entre kinésithérapie et fasciathérapie qui bien qu'historiquement liées n'ont jamais fait l'objet d'une analyse permettant de comprendre les enjeux identitaires qui se jouent dans leur rencontre et dans leur articulation. D'ailleurs, nous n'avons pas trouvé de réels travaux sociologiques portant sur les diversités de l'identité professionnelle du kinésithérapeute. Les productions les plus riches s'intéressant à l'identité de la profession et à sa professionnalisation (Monet, 2011). Ils illustrent les efforts réalisés par la kinésithérapie pour passer du statut de para-profession à celui de véritable profession à l'image de la médecine son modèle de référence. Pourtant, derrière cette unité de façade, la kinésithérapie apparaît multiforme, diversifiée tant dans ses pratiques (3 kinésithérapeutes sur 4 déclarent exercer une spécificité) que dans ses modes d'exercice (conventionnement, non conventionnement, durée de la séance, mode de prise en charge du patient, thérapie manuelle, physiothérapie). Les kinésithérapeutes eux-mêmes considèrent que la kinésithérapie n'est pas unique et unifiée (seul 1 kinésithérapeute sur 5 est convaincu de l'existence de valeurs fortes fondant l'identité de cette profession) et ont une forte tendance à développer et à utiliser des modalités d'exercice particulières (74%, CNOMK, 2009) tant dans le domaine de la kinésithérapie appliquée (kinésithérapie respiratoire, pédiatrique, du sport, etc...) que dans celui des thérapies manuelles (ostéopathie, thérapie manuelle orthopédique, fasciathérapie, etc...). Ces spécificités de pratique apparaissent comme autant d'identités réelles, tolérées voire rejetées mais globalement non officiellement reconnues par la profession de masseur-kinésithérapeute (CNOMK, 2015a). Cette absence de reconnaissance au travail est un réel facteur de fragilisation identitaire (Brun, 2013). À la recherche de la reconnaissance de leur identité, certains praticiens exercent de véritables conversions identitaires (cas des kinésithérapeutes devant ostéopathes) comme l'illustre notre recherche (une partie de notre population tend à quitter la kinésithérapie pour se reconnaître et se faire reconnaître comme fasciathérapeute).

La question de l'identité professionnelle et de son unité est ainsi une question centrale et actuelle. Elle est au cœur de la définition de soi, participe à l'équilibre personnel, social et existentiel des individus. Les professions ne sont plus seulement des cadres de socialisation et des modes d'identification individuelle et l'identité

professionnelle ne peut se résumer à une profession, un titre ou une qualification. L'identité professionnelle se décline de plus en plus en « je » (Legault, 2003) et relève d'un processus de construction subjective faisant intervenir l'identité que nous nous donnons (identité pour soi) et l'identité qu'on nous attribue (identité pour autrui) ce qui implique d'interroger les individus sur la perception et le vécu qu'ils ont de leur profession (Dubar, 2004, 2009). De plus l'identité professionnelle n'est pas fixe mais se construit tout au long de la vie à travers les différentes appartenances professionnelles spécifiques rencontrées et traversées. L'identité professionnelle ne peut ainsi se saisir qu'en des moments, des « formes » (Dubar, 2004) s'inscrivant dans une trajectoire plus générale.

Notre recherche s'inscrit dans cette dynamique compréhensive de l'identité professionnelle puisque nous avons choisi de nous intéresser aux différentes formes de reconfigurations identitaires qu'opèrent les kinésithérapeutes à un moment de leur trajectoire professionnelle dans la rencontre spécifique entre la kinésithérapie et la fasciathérapie. Ce positionnement a donné forme à notre question de recherche : « *En quoi et comment le kinésithérapeute reconfigure-t-il son identité professionnelle au contact de la fasciathérapie ?* »

Sur le plan méthodologique, nous avons eu recours à un questionnaire dont l'objectif était de recueillir des informations sur différents aspects tant objectifs que subjectifs de l'identité professionnelle : types de changement (professionnels, personnels, organisationnels, pratiques ou conceptuels), éventuelles difficultés rencontrées (liées à la fasciathérapie, au contexte ou au métier de kinésithérapeute), positionnement identitaire (identité perçue, déclarée, affichée, représentée et projetée) et les améliorations constatées (sur la pratique et sur l'enrichissement professionnel et personnel). Ne bénéficiant pas d'échantillon représentatif, nous avons eu recours à un échantillon empirique susceptible de répondre à notre questionnement.

Les objectifs de la recherche étaient d'améliorer la connaissance des kinésithérapeutes exerçant la fasciathérapie, de cerner les impacts de la fasciathérapie sur les différentes dimensions de l'identité professionnelle du kinésithérapeute et de caractériser l'existence de profils de reconfiguration identitaire conformément à nos trois objectifs de recherche.



Concernant la connaissance des kinésithérapeutes exerçant la fasciathérapie, l'enquête a mis en évidence qu'ils se définissaient comme des praticiens ayant une expertise dans le domaine de la thérapeutique manuelle, privilégiant l'acte individuel et l'approche pluridisciplinaire. La fasciathérapie étant ainsi un moyen d'affirmer et d'enrichir cette identité de praticien manuel. Nous avons également mis en évidence la maturité et la grande expérience professionnelle de cette population ce qui montre que la fasciathérapie est exercée par des professionnels aguerris et expérimentés. Les résultats montrent également que les kinésithérapeutes exerçant la fasciathérapie sont plutôt attachés à leur identité de kinésithérapeute mais ils éprouvent également un fort sentiment d'attrance pour la fasciathérapie.

Concernant les impacts de la fasciathérapie sur l'identité professionnelle, nous avons constaté que l'exercice de la fasciathérapie renforce, complète et enrichit la dynamique de professionnalisation du kinésithérapeute. Elle procure en premier lieu un fort sentiment d'efficacité professionnelle ce qui participe à renforcer l'identité du kinésithérapeute qui se perçoit avant tout comme un thérapeute. Ce sentiment d'efficacité se retrouve autant dans le développement des compétences (thérapeutique, pédagogique, relationnelle) que dans les applications cliniques (douleur, souffrance, pathologies aiguës et chroniques, bien-être et qualité de vie). Elle favorise également un glissement vers un modèle global de santé (CNOMK, 2010a, Gatto, 2005) adapté aux évolutions de la prise en charge des pathologies chroniques qui nécessitent un enrichissement de compétences tant éducatives que relationnelles. Cette efficacité professionnelle est d'autant mieux perçue qu'elle s'applique directement sur les pathologies du cabinet (pathologies rachidiennes, musculo-squelettiques) et qu'elle favorise le déploiement de nouvelles prises en charge plus complexe (stress, pathologies chroniques) donnant au kinésithérapeute la possibilité de s'adapter à des situations nouvelles et à l'évolution des maladies. Cette diversité de l'efficacité thérapeutique confirme que la fasciathérapie (méthode Danis Bois) est une méthode globale qui par son action sur l'ensemble des fascias, sur l'interaction corps-psychisme et sa dimension pédagogique et relationnelle s'applique de façon transversale et pas seulement comme une technique spécifique à une région ou une pathologie.

La fasciathérapie a également un impact sur la professionnalisation du kinésithérapeute en créant un développement harmonieux de l'identité professionnelle (plus de plaisir, de satisfaction, de valeur, sentiment de trouver le sens de son métier et

son identité de kinésithérapeute) et personnelle (plus de conscience de soi, déploiement d'aptitudes relationnelles). Cette croissance dynamique sans prédominance favorise le sentiment d'unité identitaire et peut expliquer ce fort sentiment d'accomplissement professionnel et personnel exprimé par les enquêtés. Il peut également expliquer l'effet soignant de l'exercice de la fasciathérapie tant sur le plan somatique (douleurs, tensions) que psychique (plus calme et plus serein). Il se confirme que la fasciathérapie n'est pas seulement une techniques mais une méthode qui prend en compte l'importance des qualités personnelles du praticien dans le soin et favorise leur actualisation (Bois, 1995, 2006, 2007).

Concernant l'existence de profils identitaires, cette recherche met en évidence que la fasciathérapie a un impact sur la manière dont les kinésithérapeutes définissent leur identité. Trois profils identitaires (kinésithérapeute, kinésithérapeute-fasciathérapeute, fasciathérapeute) témoignent d'un exercice non uniforme de la fasciathérapie relevant de trois dynamiques de reconfiguration distinctes (assimilation pour le groupe kinésithérapeute, négociation pour le groupe kinésithérapeute-fasciathérapeute et fasciathérapeute). L'enquête a permis de repérer les caractéristiques spécifiques de chaque profil et d'identifier les variables pouvant expliquer ce positionnement identitaire (âge et expérience professionnelle, intensité de la pratique de la fasciathérapie, sentiment d'efficacité, d'accomplissement professionnel et personnel). Elle a aussi mis en évidence les changements ou l'absence de changement qui s'opèrent pour chaque groupe. Ainsi le groupe kinésithérapeute a tendance à ne pas changer son cadre et son mode d'exercice alors que les deux autres groupes (kinésithérapeute-fasciathérapeute et fasciathérapeute) changent leur cadre d'exercice (création de cabinet), développent un exercice non conventionnel et un recours de plus en plus important et exclusif à la fasciathérapie (pratique en dehors de la séance de kinésithérapie et sans recours à d'autres techniques). Le groupe fasciathérapeute ayant une tendance significativement plus forte à aller dans ce sens. Ce mode d'exercice de la fasciathérapie chez ces deux groupes provoque un profond renouvellement de la patientèle qui demande de plus en plus fréquemment à être traité en fasciathérapie. Cette tendance est plus accentuée chez les fasciathérapeutes qui développent un accueil de patients en 1<sup>ère</sup> intention et en dernier recours et sur le conseil d'un autre patient.

En guise de conclusion, nous pouvons dire que l'état des lieux présenté dans cette recherche permet de mieux comprendre les enjeux identitaires et les impacts que

peut avoir la mise en pratique de la fasciathérapie tant sur l'exercice de la kinésithérapie que sur le kinésithérapeute lui-même. Ces données sont importantes pour les formateurs et les praticiens qui souhaiteraient s'engager dans cette approche car elle donne des repères sur ce que peut apporter la fasciathérapie d'un point de vue professionnel et personnel et sur ce qu'elle implique en fonction de la manière dont elle est exercée.

D'autre part, dans le contexte actuel de l'évolution de la kinésithérapie et des positions qui vont à l'encontre de la fasciathérapie, cette recherche peut servir de support pour mieux comprendre qui sont réellement les kinésithérapeutes pratiquant la fasciathérapie, d'où ils viennent, comment ils pratiquent et quelles sont leurs spécificités d'exercice.

Enfin, les reconfigurations identitaires qui sont opérées relèvent pour nous de stratégies de résolution de crise. Nous constatons que la fasciathérapie est d'abord pour l'ensemble des praticiens un moyen de résoudre une crise identitaire qui peut prendre plusieurs aspects (recherche d'efficacité, développement de leur identité de thérapeute manuel, recherche d'accomplissement professionnel). Toutefois, l'intégration de la fasciathérapie dans la kinésithérapie, même si a priori elle ne paraît pas difficile, produit une crise identitaire en raison principalement des contraintes matérielles et institutionnelles inhérentes à la profession de kinésithérapie. On peut ainsi entrevoir les reconfigurations identitaires comme des stratégies qui visent à résoudre cette problématique : la plus petite partie de la population évite cette crise en assimilant la fasciathérapie dans la kinésithérapie, une partie plus importante gère cette crise en faisant le choix de quitter la kinésithérapie mais la majorité essaie de trouver une nouvelle forme d'exercice mixant les deux.

Malgré ces résultats intéressants, cette recherche a été rendue plus compliquée, et s'est trouvée très influencée, par la position prise par le CNOMK (2012) ne reconnaissant pas la fasciathérapie comme un titre, une qualification ou une spécificité de la kinésithérapie. Cette posture a sans aucun doute largement influencé nos résultats sans que nous puissions réellement l'évaluer. Notre enquête doit donc être resituée dans ce contexte particulier. Bien que nous ayons constaté que la reconnaissance par les institutions constitue le point central de la difficulté des kinésithérapeutes à exercer la fasciathérapie, nous n'avons pas pu identifier les conséquences de cette position sur le processus d'identification des participants.

En faisant le choix d'une enquête exploratoire sur l'identité professionnelle et ne bénéficiant pas de questionnaire existant, nous avons été contraint de construire un questionnaire sur mesure. Nous avons ainsi opté pour avoir une approche multidimensionnelle pour englober les différentes dimensions de l'identité professionnelle pour en avoir une approche globale. Cela a eu pour effet, de nous donner des tendances générales mais ne nous a pas permis d'accéder plus profondément aux dimensions interrogées. Certaines dimensions interrogées qui sont apparues comme majeures ou problématiques auraient pu bénéficier d'une enquête plus poussée à l'aide d'une enquête par entretien.

D'autre part, l'ensemble des données recueillies avec le questionnaire donne une image arrêtée de l'identité professionnelle des kinésithérapeutes exerçant la fasciathérapie. Il ne nous a ainsi pas été possible de repérer une dynamique évolutive de l'identité professionnelle allant du statut de kinésithérapeute à celui de fasciathérapeute en passant par celui de kinésithérapeute bien que les limites entre le groupe kinésithérapeute-fasciathérapeute et les deux autres groupes soit poreux. Nous n'avons pas pu identifier si ce groupe, le plus nombreux, constitue un profil définitif ou un profil intermédiaire hybride entre deux identités spécifiques aux contours clairs.

Enfin, il aurait été intéressant de mener une analyse sur les 119 questionnaires incomplets pour comprendre mieux cette population et comparer ses réponses avec nos résultats et éventuellement repérer ce qui indépendamment des problèmes techniques de remplissage a posé problème (types de question, formulation, type de réponse offerte ou thèmes abordés). Ce travail devrait être conduit pour améliorer la qualité du questionnaire sa pertinence et sa portée générale.

En présentant un état des lieux de la situation des kinésithérapeutes exerçant la fasciathérapie, cette recherche ouvre vers de nouvelles perspectives pour la fasciathérapie.

Cette présentation de la situation des kinésithérapeutes pratiquant la fasciathérapie peut ainsi servir de référence et de base de réflexion pour faire avancer le processus de professionnalisation de la fasciathérapie. Notre enquête confirme ainsi que la fasciathérapie est une méthode et non une technique et qu'elle dépasse par certains côtés le champ d'exercice de la kinésithérapie. Elle montre aussi qu'il est possible de

prendre le chemin d'une professionnalisation en s'émancipant de la kinésithérapie. La dynamique de professionnalisation collective et individuelle en cours va dans ce sens et peut servir de point d'appui vers une identité à « faire » et « à venir ». Toutefois, des obstacles restent encore à dépasser et le premier est interne puisqu'il consiste à réaliser une unité interne et collective de l'identité professionnelle de la fasciathérapie qui au regard de notre enquête apparaît encore floue, indéfinie et inachevée.

Cette enquête contribue pleinement à faire évoluer cette dynamique de professionnalisation de la fasciathérapie puisqu'elle contribue à faire émerger l'identité professionnelle des fasciathérapeutes. Cette démarche sociologique est essentielle et devrait être poursuivie et approfondie pour continuer à mettre en forme cette identité spécifique. Par son caractère et sa portée scientifique, elle apporte un regard objectif sur les praticiens de la fasciathérapie et devrait interpeller les pouvoirs publics, les chercheurs et universitaires qui s'interrogent sur l'émergence et l'évolution des métiers et des nouvelles offres de soin dans le domaine de la santé.

Cette recherche a permis de mettre en évidence l'existence de profils de reconfiguration identitaires qui possèdent leur propre caractéristique mais nous n'avons pas mis en évidence de continuité ou d'évolution d'un profil vers un autre. Pour conforter cette idée de profils de reconfiguration et non de processus, les praticiens considèrent que leur statut du moment est celui qu'ils se voient avoir dans l'avenir. Cependant, les frontières entre les profils sont poreuses exceptées entre kinésithérapeute et fasciathérapeute qui sont radicalement opposées (exceptées la douleur et le plaisir à pratiquer). Le profil kinésithérapeute et le profil kinésithérapeute-fasciathérapeute ont quant à eux de nombreux points de convergence tout comme les groupes kinésithérapeute-fasciathérapeute et fasciathérapeute laissant possible un glissement et une évolution d'un profil vers un autre avec un passage semble-t-il obligé par le groupe kinésithérapeute-fasciathérapeute qui apparaît comme un stade final ou représenté un sas vers le profil fasciathérapeute.

Enfin, notre enquête ayant été conduite en France sur une population de kinésithérapeutes, il serait intéressant de mener la même recherche auprès de kinésithérapeutes étrangers (belges, suisses en particulier) afin de prendre en compte les contextes sociaux différents dans lesquels s'exerce la fasciathérapie. Nous pourrions ainsi comparer les résultats et dégager une vision plus générale de l'identité professionnelle des praticiens en fasciathérapie. Il serait également intéressant de mener

des enquêtes complémentaires auprès d'autres professionnels pratiquant des méthodes de traitement des fascias pour participer à la construction d'une identité de thérapeute des fascias et mettre en évidence l'identité spécifique de la fasciathérapie au sein des diverse approches manuelles et gestuelles du fascia. Enfin, d'autres enquêtes pourraient être conduite auprès de populations de kinésithérapeutes exerçant des thérapies manuelles pour comprendre leurs identités spécifiques respectives, faire émerger les points communs de ces approches en kinésithérapie, leur complémentarité et leur point de divergence afin d'offrir une plus grande lisibilité de la diversité et de la richesse de l'identité du kinésithérapeute manuel.



## BIBLIOGRAPHIE

Austry, D. (2009). Le touchant touché dans la relation au Sensible. Une philosophie du contact. In *Sujet Sensible et renouvellement du moi, La contribution de la fasciathérapie et de la somato-psychopédagogie*, Bois D. Josso MC, Humpich M (orgs), Éditions Point d'appui et Éditions Paulus, centre universitaire de São Camilo du Brésil, p. 137-165.

Austry, D., Berger, E. (2011). *Empathie, toucher et corps sensible : pour une philosophie pratique du contact*, Colloque de Cerisy – 22 juin 2011 - Centre Culturel International de Cerisy-la-Salle - <http://www.ccic-cerisy.asso.fr>.

Barbier, J.M., Bourgeois, E., De Villers, G., Kadouri, M., (2011). *Constructions identitaires et mobilisation des sujets en formation*. Action et savoir – Recherches. Paris : L'Harmattan.

Barry, C. et Falissard, B. (2012). *Évaluation de l'efficacité pratique de l'ostéopathie, Revue de la littérature médicale scientifique et de la littérature destinée aux professionnels*. INSERM U669.

Beckers, J. (2007). *Compétences et identité professionnelles. L'enseignement et autres métiers de l'interaction humaine*. Bruxelles : Éditions de Boeck.

Bellah, E. (1987). *Gewohnheiten des Herzens. Individualismus und Gemeinsinn in der amerikanischen Gesellschaft*. Cologne : Bund Verlag.

Berger, E. (1999). *Le mouvement dans tous ses états. Les recherches de Danis Bois*. Paris : Éditions Point d'appui.

Berger P., Luckmann, T. (1986). *La construction sociale de la réalité*. Paris : Méridiens Klincksieck.

Berthier, N. (2010). *Les techniques d'enquête en sciences sociales et exercices corrigés*. 4<sup>ème</sup> édition. Paris : Éditions Armand Colin.



Blin, J.F. (2010). *Représentations, pratiques et identités professionnelles, Action et Savoir*. Paris : Éditions L'Harmattan.

Bois, D. (1984). *Concepts fondamentaux de fasciathérapie et de pulsologie profonde*. Paris : Éditions Maloine.

Bois, D. (1984a). La TMOFP. *Kiné Actualité* n°78, 7 mars 1984, p. 6-7.

Bois, D. (1985). *Fascias, Sang, Rythmes*. Paris : Éditions SPEK.

Bois, D. et Berger, E. (1990). *Une thérapie manuelle de la profondeur*. Paris : Guy Trédaniel Éditeur.

Bois, D. (2002). *Intérêt de la perception kinesthésique dans le cadre de la rééducation*. *Profession Kiné Plus*, septembre, p. 10-15.

Bois, D. (2006). *Le moi renouvelé*. Paris : Éditions Point d'appui.

Bois, D. (2007). *Le corps sensible et la transformation des représentations de l'adulte, Vers un accompagnement perceptivo-cognitif à médiation du corps sensible*. Thèse de doctorat européen, Université de Séville, Département didactique et organisation des institutions éducatives (Espagne).

Bois, D. et Austry, D. (2007). Vers l'émergence du paradigme du Sensible. *Réciprocités, n°1*. Revue du CERAP. p. 6-22.

Bois, D. (2008). De la fasciathérapie à la somato-psychopédagogie : analyse biographique du processus d'émergence de nouvelles disciplines. *Réciprocités, n°2*, Revue du CERAP. p. 6-18.

Bois, D., Josso, M-C, Humpich, M. (2009). *Sujet sensible et renouvellement du moi, les apports de la fasciathérapie et de la somato-psychopédagogie*. Paris : Éditions Point d'appui.

Bois, D., Bourhis, H. (2010). *Approche somato-psychique dans le champ de l'éducation à la santé : analyse biographique du récit de vie d'un patient formateur à l'épreuve du cancer*. *Pratiques de formation et analyses*, 58-59, p. 229-246.

Bois D., Bourhis H., Bothuyne G. (2013). *La dynamique de recherche anticipation/émergence : approche catégorielle innovante du récit autobiographique d'une patiente ayant traversé l'épreuve du cancer*. Colloque RIFREQ : Du singulier à l'universel. Université de Montpellier.

Bordoni, B., Zanier, E. (2014). Understanding Fibroblasts in Order to Comprehend the Osteopathic Treatment of the Fascia. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, Article ID 860934, Hindawi Publishing Corporation.

Bourdieu, P. (1974). Avenir de classe et causalité du probable, *Revue française de sociologie*, XV, p. 3-42.

Bourdieu, P. (1980). *Le sens pratique*, Paris : Éditions de Minuit.

Bourdieu, P. (2003). L'objectivation participante, *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, n° 150, pp. 43-58.

Bourgeois, E. (2011). Tensions identitaires et engagement en formation, in *Constructions identitaires et mobilisation des sujets en formation*. Action et savoir-Recherches. Paris : L'Harmattan.

Bourhis, H. (1999). *La biomécanique sensorielle méthode Danis Bois*. Paris : Éditions Point d'appui.

Bourhis, H. (2002). *Le sens de l'équilibre. Éléments de neurophysiologie appliqués à la rééducation sensorielle*. Paris : Éditions Point d'appui.

Bourhis, H. (2005). *Biomécanique sensorielle et biorhythmie. Modélisation et protocoles d'évaluation*. Paris : Éditions Point d'appui.

Bourhis, H. (2007). *Pédagogie du Sensible et enrichissement des potentialités perceptives*. Mémoire de master II recherche : Éducation tout au long de la vie, Université Paris 8.

Bourhis, H. (2009). Pédagogie du Sensible et enrichissement des potentialités perceptives : accéder à la réciprocité actuante. *Vers l'accomplissement de l'être humain*. Bois D. et Humpich M. (dir.). Éditions Point d'appui, p. 293-304.

Bourhis, H. (2012). *Toucher manuel de relation sur le mode du Sensible et Intelligence sensorielle - Recherche qualitative auprès d'une population de somatopsychopédagogues*. Thèse de doctorat en Sciences de l'Éducation, Université Paris VIII.

Bressand, M., Abadie, M-H., Husson, R. (2008). *Réflexion autour des partages de tâches et de compétences entre professionnels de santé*, Rapport remis à Mme la Ministre de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative.

Bruchard, A. (2013). Lésions musculaires et aponévrotiques du footballeur (1<sup>ère</sup> partie). *Kiné Actualités*, n°1326. P. 18-22.

Bruchard, A. (2015). *Et si ce n'était pas une lésion myo-aponévrotique ?* Article consulté en aout 2015 sur le site Kiné Sport : [http://www.kinesport.info/Et-si-ce-n-etait-pas-une-lesion-myo-aponevrotique\\_a2206.html](http://www.kinesport.info/Et-si-ce-n-etait-pas-une-lesion-myo-aponevrotique_a2206.html).

Brun, J.P. (2013). La reconnaissance au travail, in *La reconnaissance. Des revendications collectives à l'estime de soi*. La Petite Bibliothèque de Sciences Humaines, collection dirigé par V. Bedin. Paris : Éditions Sciences Humaines.

Bucher, R., Strauss, A. (1961). Profession in Process, traduit dans Strauss A.. in *La trame de la négociation*. Paris, L'Harmattan, p. 67-86

Caisse d'Assurance et de Retraite des Pédicures, Infirmiers, Masseurs-Kinésithérapeutes et Orthophonistes (2008). *Enquête sur la pénibilité des auxiliaires médicaux. Synthèse*.

Centre d'analyse stratégique (2012). *Quelle réponse des pouvoirs publics à l'engouement pour les médecines non conventionnelles ?* Note d'analyse n°290, octobre 2012.

Carr-Saunders, A., Wilson, P.A. (1933). *The Professions*. Oxford : Clarendon Press.

Chaitow, L. (2014). Somatic dysfunction and fascia's gliding-potential. *Journal of Bodywork & Movement Therapies*. n° 18. p. 1-3.

Chaitow, L. (2015). We Have Much to Learn from Current Fascia Research, *Massage Today*. July, 2015, Vol. 15, Issue 07.

Champy, F. (2009). *La sociologie des professions*. Paris : Presses Universitaires de France

Champy, F. (2011). *Nouvelle théorie sociologique des professions*. Le lien social. Paris : Presses Universitaires de France

Chapoulie, J.M. (1973). Sur l'analyse sociologique des groupes professionnels. *Revue française de sociologie*. Vol. 14, n°1. p. 86-114.

Cibois, P. (1993). Le PEM, pourcentage de l'écart maximum : un indice de liaison entre modalités d'un tableau de contingence. *Bulletin de méthodologie sociologique*, n°40, p.43-63.

Cibois, P. (2003). *Les écarts à l'indépendance. Techniques simples pour analyser des données d'enquête*. Paris : Éditions Sciences humaines.

Cibois, P. (2007). *Les méthodes d'analyse d'enquêtes*. Collection : Que sais-je ?, n° 3782. Paris : Presses universitaires de France.

Clement, C., Lesson, V. (2013). Chiropracteur et ostéopathe : quelles compétences pour chacune de ces professions ? *Revue Générale de Droit Médical*, n°49, Décembre 2013. Les études Hospitalières, Bibliothèque Numérique de Droit de la Santé et d'Éthique Médicale. p. 167-181.

Conseil Départemental de l'Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes de l'Yonne (2009). *L'activité Hors Nomenclature*. Site internet consulté le 20 juillet 2015, <http://yonne.ordremk.fr/le-code-de-deontologie/lactivite-hors-nomenclature/>.

Conseil Interrégional de l'Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes d'Île de France et de La Réunion (2013). Enquête 2013 : Prescription et kinésithérapie. Consultable en ligne sur le site du CRO Île de France et Île de La Réunion : <http://idfreunion.ordremk.fr/2013/09/30/enquetes-aupres-des-kinesitherapeutes-dile-de-france-et-de-la-reunion/?home>

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.

Conseil National de l'Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes (2010). *Démographie des Masseurs-Kinésithérapeutes en France par région au 1<sup>er</sup> octobre 2010*. Edité par l'Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes.

Conseil National de l'Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes (2010a). *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. Edité par l'Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes.

Conseil National de l'Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes (2010b). *Questionnaire : Votre avis sur la masso-kinésithérapie aujourd'hui*. Edité par l'Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes.

Conseil National de l'Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes (2010c). *Rapport de la commission ostéopathie de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes – L'ostéopathie et le statut du masseur-kinésithérapeute (MKDO)*. Edité par l'Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes.

Conseil National de l'Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes (2011). *L'avenir est entre nos mains. Le livre vers... de la masso-kinésithérapie*. Edité par l'Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes.

Conseil National de l'Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes (2013). *Le regard des français sur les masseurs-kinésithérapeutes*, Sondage réalisé par Harris Interactive, Rapport rédigé par : J.-D. Lévy, Directeur du Département Politique-Opinion et G. Lancrey-Javal, Chargé d'études senior au Département Politique-Opinion.

Conseil National de l'Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes (2013a). *Le référentiel de la profession*. Édition 2013. Edité par l'Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes.

Conseil National de l'Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes (2015). *Avis du Conseil National de l'Ordre du 18 décembre 2015, relatif aux « manipulations articulaires »*. Consultable en ligne sur le site du CNOMK : <http://www.ordremk.fr/decouvrir-l-ordre/conseil-national-de-lordre/transparence/avis-du-conseil-national/>.

Conseil National de l'Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes (2015a). *Diplômes, titres et spécificités : règles de publicité*. Consultable en ligne sur le site du CNOMK : <http://www.ordremk.fr/exercer-la-profession/exercer/diplomes-titres-et-specificites-regles-de-publicite/>.

Convard, C. (2013). *Fasciathérapie et anxiété sportive. Étude des effets de séances de fasciathérapie sur l'anxiété de 5 compétitrices en gymnastique rythmique*. Mémoire présenté pour l'obtention du Mestrado en Kinésithérapie sportive. Faculté des Sciences de la Santé, Université Fernando Pessoa, Porto (Portugal).

Convention Nationale destinée à organiser les rapports entre les masseurs-kinésithérapeutes libéraux et l'assurance maladie (2007). Site de l'Assurance Maladie consulté en aout 2015 : <http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/masseurs-kinesitherapeutes/votre-convention/textes/la-convention-nationale.php>.

Courraud, C. (1999). *La fasciathérapie et le sport, le match de la santé*. Paris : Point d'appui.

Courraud, C. (2002). *Attention et Performance*. Paris : Point d'appui.

Courraud, C. (2003). Les fascias et leur clinique en pratique sportive, *Kinésithérapie Scientifique*. n° 435. juillet 2003. p. 37-39

Courraud, C. (2004). La fasciathérapie vers une approche novatrice de la douleur physique et de la souffrance psychique. *Revue SNKG*, janvier-février-mars 2004.p. 12-16.

Courraud, C. (2004a). La fasciathérapie somatologie : le toucher psychotonique, in *revue SNKG*, juillet-août-septembre. p. 10-13.

Courraud, C. (2005). *Le psychotonus, un instrument de gestion du stress chez le sportif de haut niveau*, Mémoire de maîtrise en Psychopédagogie Curative, Université Moderne de Lisbonne.

Courraud, C. (2007). *Toucher psychotonique et relation d'aide, l'accompagnement de la personne dans le cadre de la kinésithérapie et de la fasciathérapie*. Mémoire présenté pour l'obtention du Mestrado en Psychopédagogie Perceptive, Université Moderne de Lisbonne. Lisbonne (Portugal).

Courraud, C., (2007a). Fasciathérapie et relation d'aide. Le toucher psychotonique et son application sur la relation d'aide au patient en kinésithérapie. *Mains Libres, La Revue Romande de Physiothérapie*. n°4 juillet 2007. p.151-158.

Courraud, C. (2008). A Fasciaterapia no acompanhamento psicopedagógico do esportista. In *Em pleno corpo : educação somática, movimento e saúde*. Bolsanello D. (org). Éditions JURUÁ, de Curitiba, Paraná (Brésil).

Courraud, C. (2008a). A entrevista tissular : uma pratica da relação de ajuda em

Fasciaterapia. in *O Sujeito sensível é renovação do eu, as contribuições da Fasciatarapia e da somato-psicopedagogia*. Bois, D., Josso, M.C., Humpich, M. (Orgs). Centro universitario São Camilo. Éditions Paulus (Brésil). p. 175-206.

Courraud, C. (2009). Le point d'appui à l'être. In *Vers l'accomplissement de l'être humain*. D. Bois et M. Humpich (dir.). Paris : Éditions Point d'appui. p. 201-209.

Courraud, C., Quéré, N. (2010). La fasciathérapie : intérêts en kinésithérapie. *Profession Kiné*. n°24. p. 10-14.

Courraud, C. (2012). Au carrefour de la kinésithérapie et de la fasciathérapie – Approche exploratoire des reconfigurations identitaires des kinésithérapeutes formés à la fasciathérapie. *Réciprocités*. n°6 novembre 2012. Revue du CERAP. p. 20-35.

Courraud, C., Dupuis, C. (2014). Thérapie manuelle des fascias thoraciques, 1<sup>ère</sup> partie. *Profession Kiné*. n°41, Décembre 2013/janvier/février 2014. p. 39-42.

Courraud, C., Dupuis, C. (2014a). Thérapie manuelle des fascias thoraciques, 2<sup>ème</sup> partie. *Profession Kiné*. n°42, Mars/avril/mai 2014. p. 38-42.

Crenner, E., Donnat, O., Guérin-Pace, F., Houseaux, F., Ville, I., (2006). L'élaboration d'une enquête qualitative sur la construction des identités. *Économie et statistique*. n°393-394.

Daloz, L. (2007). Epuisement professionnel et blessures de l'idéal. Réflexions cliniques sur la désillusion des soignants et la formation initiale. *Pédagogie Médicale*. Mai 2007. Volume 8. n° 2. p. 82-90.

Darbois, N. (2012). *La fasciathérapie « Méthode Danis Bois », Niveau de preuve d'une pratique de soin non conventionnel*. Mémoire de fin d'études en Kinésithérapie et Master 1 Mouvement, Performance, Ingénierie et santé, IFMK de Grenoble et UFR Activités Physiques et Sportives de l'Université Joseph Fournier, Grenoble 1.

Daudigny, Y. (2014). *Rapport d'information fait au nom de la commission des affaires sociales sur l'enquête de la Cour des comptes sur les relations conventionnelles entre l'assurance maladie et les professions libérales de santé*. n°699, Sénat. Session extraordinaire de 2013/2014. Enregistré à la présidence du Sénat le 8 juillet 2014.

David, P.A. (2013). *Kinésithérapeutes et thérapies alternatives : entre culture professionnelle et flou identitaire*. Mémoire de fin d'études en Kinésithérapie et Master

1 Mouvement, Performance, Ingénierie et santé, IFMK de Grenoble et UFR Activités Physiques et Sportives de l'Université Joseph Fournier, Grenoble 1.

Décret n° 96-879 du 8 octobre 1996 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute. NOR: TASP9623057D. JORF n°236 du 9 octobre 1996 page 14802. Site Légifrance : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000195448&categorieLien=id>.

Dejours, C. (1993). *Travail, usure mentale*. Paris : Éditions du Centurion.

Dejours, C. (1995). Le travail entre subjectivité et rapports sociaux. in *La liberté du travail*. (coordination) P. Cours-Salies. Paris : Éditions Syllepse.

Desanty, R., Cardon, P. (2010). *L'initiation à l'enquête sociologique*. Paris : Éditions ASH.

Desbonnets, T. (2004). *Regards sociologiques sur la notion de profession*. Article en ligne consulté en août 2015 sur le signe cadre de santé.com : <http://www.cadredesante.com/spip/profession/profession-cadre/Regards-sociologiques-sur-la.html>.

Devillers, J. (2010). *Fasciathérapie Méthode Danis Bois, La dynamique des fascias*. Kiné Actualités. n°1180. 28 janvier 2010. p.18-21.

Devulder, C., (2008). *Intérêt des thérapies psychocorporelles dans l'anorexie mentale : Expérience d'une prise en charge par fasciathérapie chez les patientes anorexiques hospitalisées*. Thèse de Doctorat de médecine, Université du Droit et de la santé – LILLE 2, Faculté de Médecine Henri Warenbourg.

Dolto, B. (1988). *Le corps entre les mains*. Paris : Hermann, Éditeurs des sciences et des arts.

Dubar, C. (1994). Les Identités collectives et individuelles dans le champ professionnel. *Traité de sociologie du travail*. Bruxelles : Éditions De Boeck.

Dubar, C. (2007). *La crise des identités, L'interprétation d'une mutation*. 2<sup>ème</sup> édition. Paris : Le lien social, Presses Universitaires de France.

Dubar, C. (2009). *La socialisation*. 3<sup>ème</sup> édition. Paris : Éditions Armand Colin.



Dubar, C., Tripier, P. (2009). *Sociologie des professions*. 2<sup>ème</sup> édition. Paris : Éditions Armand Colin.

Dumas, J.F. (2014). *Mon ordre officiel n°27, octobre 2014*. Edité par l'Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes. p. 14.

Dussol, T. (2011). *The Role of Fascia in Manual Therapists' Diagnosis and Treatment A Critical Literature Review*. Part requirement for M.Ost Osteopathy. European School of Osteopathy.

Durckheim, E. (1990). La morale professionnelle. In *Leçons de sociologie*. 3<sup>ème</sup> édition. Paris : Presses Universitaires de France. p. 42-78.

Dutemple, B. (2012). *Émergence et évolution du concept de la globalité dans la fasciathérapie méthode Danis Bois. Analyse bibliographique du processus d'émergence et d'évolution des différentes dimensions du concept de globalité*, Mémoire présenté pour l'obtention du master de Psychopédagogie Perceptive, Université Fernando Pessoa. Porto (Portugal).

Eschallier, I. (2010). *La gymnastique sensorielle pour tous*. Paris : Guy Trédaniel Éditeur.

Eschallier, I. (2005). *La fasciathérapie. Une nouvelle méthode de bien-être*. Paris : Éditions Le cherche midi.

Fascia Resarch Society (2015). *Your resource for science, networking and education*. Site consulté en août 2105 : <http://fasciaresearchsociety.org/>.

Fayt, C. (2010). Détérioration du contrôle moteur dans les lombalgies chroniques. Mécanismes cérébraux. *Kinésithérapie la Revue*. n°108. p. 26-27.

Fédération Française des Masseurs-Kinésithérapeutes (2013). *La kinésithérapie au 1<sup>er</sup> janvier 2013*. Note de synthèse.

Fellmann, N. (2013). *Fasciathérapie endopelvienne et vécu des patientes*. Mémoire Mémoire présenté pour l'obtention du Mestrado en Psychopédagogie perceptive. Faculté des Sciences Humaines et Sociales, Université Fernando Pessoa. Porto (Portugal).

Fenneteau, H. (2007). *Enquête : entretien et questionnaire*. 2<sup>ème</sup> édition. Les topos. Paris : Éditions Armand Colin.

Findley, T., Schleip, R. (2007). *Fascia Research- basic sciences and Implications for Conventional and Complementary Health Care*. Munich (Allemagne) : Urban and Fisher. Éditions Elsevier.

Findley, T., Chaudhry, H., Stecco, A., Roman, M. (2012). Fascia research, A narrative review. *Journal of Bodywork and Movement Therapies*. n°. 16. Issue 2. p. 67-75.

Findley T. (2010), Fascia Research 2012 : Third International Fascia Research Congress. *International Journal of Therapeutic Massage and Bodywork*. Volume 3, n° 4.

Fourth International Fascia Research Congress, Basic Science and Implications for Conventional and Complementary Health Care (2015). Consultation de la page « What about fascia ? » du site en août 2015 : <http://www.fasciacongress.org/2015/conference/what-is-fascia/about-fascia/>.

Fray, A.M., Picouveau, S. (2010). Le diagnostic de l'identité professionnelle : une dimension essentielle pour la qualité au travail. *Management & Avenir*. 2010/8 n° 38. p. 72-88.

Freidson, E. (1984). *La profession médicale*. Paris : Éditions Payot.

Garner, H., Méda, D. (2006). La place du travail dans l'identité des personnes. *Vie Sociale*, 8, Données sociales. La société française. INSEE. p. 623-630.

Gatto, F. (2005). *Éduquer la santé*. Paris : Éditions L'Harmattan.

Gatto, F., Garnier, A., Viel, E. (2007). *Éducation du patient en kinésithérapie*. Montpellier : Éditions Sauramps médical.

Gedda M. (2001). *Décision Kinésithérapique : identité, démarche, chaînes logiques*. Paris. Éditions Masson.

Ghiglione, R., Matalon. B. (1998). *Les enquêtes sociologiques, Théories et pratiques*. 6<sup>ème</sup> édition. Paris : Éditions Armand Collin.

Grimm, D. (2007). Cell Biology Meets Rolfing, *Science*. Vol. 318. no. 5854. p. 1234-1235. Publié par AAAS.

Groupe Pasteur Mutualité (2011). *Baromètre des professionnels de santé*. Sondage Viavoice pour le groupe Pasteur Mutualité.

Haissat, S. (2006). La notion d'identité personnelle en sociologie. Analyse de la construction identitaire à partir du processus d'engagement. *ç Interrogations. - Revue pluridisciplinaire en sciences de l'homme et de la société.* n° 3. L'oubli. Décembre 2006. <http://www.revue-interrogations.org>.

Hesbeen, W. (1997). *Prendre soin à l'hôpital, inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante.* Paris : Éditions Masson.

Holcman, R. (2006). *L'ordre sociologique, élément structurant de l'organisation du travail. L'exemple des bureaucraties professionnelles : ordre soignant contre ordre dirigeant à l'hôpital.* Thèse de doctorat de Sciences de gestion. Conservatoire National des Arts et Métiers (CNAM).

Honoré, B. (1992). *Vers l'oeuvre de formation - L'ouverture à l'existence.* Paris : Éditions L'Harmattan.

Honoré, B., (2003). *Pour une philosophie de la formation et du soin.* Paris : Éditions L'Harmattan.

Hugues, E. C. (1958). *Men at their work.* Glenoce : The free Press.

Humpich, M., Lefloch-Humpich, G., (2008). L'émergence du sujet sensible : itinéraire d'une rencontre au cœur de soi. Réciprocité n°2. Mai 2008. Revue du CERAP. p. 19-34.

International Fascia Research Congress, Basic Science and Implications for Conventional and Complementary Health Care : site consulté le 5 août 2015 : <http://www.fasciacongress.org/about.htm>.

Ion, J. (1996). *Le travail social à l'épreuve du territoire.* Paris : Éditions Dunod.

Josso, M.C. (1997). *Cheminer vers soi. L'âge d'Homme.*

Kaddouri, M., Laspessailles, C., Maillebouis, M., Vasconcellos, M. (eds) (2008). *La question identitaire dans le travail et la formation, Contributions de la recherche, état des pratiques et étude bibliographique.* Paris : Éditions L'Harmattan.

Kania, A., Porcino, A., Vehoef, M.J., (2008). Value of Qualitative Research in the Study of Massage Therapy. *International Journal of Therapeutic Massage and Bodywork.* Vol 1. n°2. p. 6-10.

Kynos (2012). *Le lexique illustré de Modalisa. Petit lexique illustré des enquêtes et sondages*. Édité par Kynos.

Kynos (2012a). *Modalisa 7.0. Logiciel de traitement d'enquêtes par questionnaires et entretiens depuis 1987*. Édité par Kynos.

Kynos (2012b). *Modalisa. Création, analyse de questionnaires et d'entretiens pour Windows XP, 2003, 2008, 7 et MacOs 10*. Édité par Kynos.

Kwong, E. H., Findley, T. W. (2014). Fascia-Current knowledge and future directions in physiatry : Narrative review. *The Journal of Rehabilitation Research and Development*. Volume 51. n° 6. p. 875-884.

Laemmlin-Cencig, D. (2007). *La somato-psychopédagogie et ses dimensions soignantes et formatrices : l'expérience dans sa dimension soignante et formatrice vécue par des patients en somato-psychopédagogie*. Mémoire présenté pour l'obtention du Mestrado en Psychopédagogie perceptive. Université Moderne de Lisbonne (Portugal).

Laemmlin-Cencig, D. (2015). *La dimension soignante et formatrice en pédagogie perceptive. Le point de vue des personnes accompagnées en pédagogie perceptive*. Thèse de doctorat soumise en vue de l'obtention du grade de Docteur en Sciences Sociales, option Psychopédagogie. Université Fernando Pessoa (Portugal).

Lambert, S. (2013). *Fasciathérapie et ressources attentionnelles du golfeur. Effets d'une séance d'accordage somato-psychique sur la mobilisation des ressources attentionnelles de golfeurs amateurs*. Mémoire présenté pour l'obtention du Mestrado en Kinésithérapie sportive, Faculté des Sciences de la Santé, Université Fernando Pessoa, Porto (Portugal).

Langevin, H., Stevens-Tuttle, D., Fox, J., Badger, G., Bouffard, A., Krag, M., Wu, J., Henry, S. (2009). Ultrasound evidence of altered lumbar connective tissue structure in human subjects with chronic low back pain. *BMC Musculoskeletal Disorders*. 10 (1). p. 1-9.

Langevin, H., Fox, J., Koptiuch, C., Badger, G., Greenan-Naumann, A., Bouffard, N., Konofagou, E., Lee, W., Triano, J., Henry, S. (2011). Reduced thoracolumbar fascia shear strain in human chronic low back pain. *BMC Musculoskeletal Disorders*. 12 (203). p. 1-11.

Lassere-Moutet, A., Dupuis, J., Chambouleyron, M., Lagger, G., Golay, A. (2008). Transformer son identité professionnelle : impact d'un programme de formation continue de soignants en éducation thérapeutique du patient, *Revue de Pédagogie Médicale*. Mai 2008. Volume 9. n° 2. p. 83-93.

Leao, M. (2002). *Le prémouvement anticipatoire, la présence scénique et l'action organique du performer, Méthodes d'entraînement à travers la méthode Danis Bois*, Thèse de doctorat en Esthétique, Science et Technologie des Arts – Option Études Théâtrales et Chorégraphiques, Université de Paris VIII, UFR Arts, Philosophie et Esthétique.

Legault, A. (2003). *Crise d'identité professionnelle et professionnalisme*. Québec (Canada) : Presses Universitaires du Québec.

Legendre, N. (2006). Les revenus libéraux des chirurgiens-dentistes, infirmiers et masseurs-kinésithérapeutes. *Les professions de santé et leurs pratiques*. Dossier solidarité et santé n°1. janvier-mars 2006. p. 51-59.

Leclercq, E., Potocki-Malicet, D. (2006). Identités professionnelles et métiers des chercheurs. *Actes du 17<sup>ème</sup> colloque de l'ARGH*. "Le travail au cœur de la GRH", 16 novembre 2006, Reims, AGRH, 12p.

Liptan, G.L. (2010). Fascia: A missing link in our understanding of the pathology of fibromyalgia, *Journal of Bodywork & Movement Therapies* (2010), Vol.14. p. 3-12.

Maheu, E., Mahut, E., Goldman, D. (2014). Concepts et histoire de la thérapie manuelle orthopédique, *EMC, Kinésithérapie-Médecine Physique-Réadaptation*. Paris : Éditions Elsevier Masson.

Martin, O. (2012). *L'enquête et ses méthodes. L'analyse quantitative des données*. 3<sup>ème</sup> édition. Paris : Éditions Armand Colin.

Marty, M.C. (2012). *Le concept du point d'appui dans la fasciathérapie méthode Danis Bois. Analyse bibliographique de l'émergence et du processus d'élaboration pratique, théorique et philosophique*. Mémoire présenté pour l'obtention du mestrado en Psychopédagogie perceptive. Université Fernando Pessoa (Portugal).

Matharan, J., Micheau, J., Rigal, E. (2009). *Étude sur le métier de masseur-kinésithérapeute*. Rapport de l'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé (ONDPS).

Messina, M. (2010). Kiné « thérapie manuelle » versus ostéopathie, Vers une nouvelle fracture thérapeutique ?. *Kinésithérapie La Revue*. n°100. p. 50-52.

Mission interministérielle de vigilance et de lutte contre les dérives sectaires (2012). *Guide Santé et dérives sectaires*. Paris : La Documentation Française.

Mizera, D. (2012). *Rapport concernant la formation continue en kinésithérapie libérale*. Circulaire Syndicats : S-2012-015. Fédération Française des Masseurs-Kinésithérapeutes-Rééducateurs.

Monet, J. (2003). *Émergence de la kinésithérapie en France à la fin du XIXème et au début du XXème siècle, Une spécialité médicale impossible, Genèse, acteurs et intérêts de 1880 à 1914*. Thèse de doctorat en sociologie, Université de Paris I. Panthéon Sorbonne.

Monet, J. (2004). Une spécialité médicale impossible, Construction et disqualification de la kinésithérapie. *Regards Sociologiques*. n°29. p. 115-130.

Monet, J. (2011). La kinésithérapie, une spécialité médicale impossible. Le métier de kinésithérapeute : une approche socio-historique, in *Le livre vers... de la kinésithérapie, Conseil National de l'Ordre des Kinésithérapeutes*. p.4-35.

Myers, T.W. (2013). *Anatomy Trains : Myofascial Meridians for Manual and Movement Therapists*. 3<sup>ème</sup> Édition. Churchill Livingstone : Elsevier

Noel, A. (2001). *La gymnastique sensorielle selon la méthode Danis Bois*. Paris : Éditions Point d'appui.

Nomenclature Générale des Actes professionnels (2015). Site de l'assurance maladie consulté en août 2015 : <http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/directeurs-d-etablissements-de-sante/codage/ngap.php>.

Objectif Kiné (2015). Les revendications d'Objectif Kiné. Consultation du site le 5 août 2015 : <http://www.objectifkine.com/actions/compensation-de-la-degradation-des-conditions-de-travail/>.

Organisme Gestionnaire du Développement Professionnel Continu (2014). *Rapport d'activités 2013*. Édité par l'OGDPC.

Oser, F. (2003). *A la recherche d'une nouvelle identité professionnelle*, Dossier Essay, in *Panorama 2*. p 15-16.

Osty, F. (2008). *Le désir de métier, Engagement, identité et reconnaissance au travail*. Rennes : Presses Universitaires de Rennes.

Organisation Mondiale de la Santé (2010). *Benchmarks for Training in Osteopathy* ». Site de l'Organisation Mondiale de la Santé consulté le 26 juillet 2015 : <http://apps.who.int/medicinedocs/fr/m/abstract/Js17555en/> .

Parizot, L. (2010). L'enquête par questionnaire, in *L'enquête sociologique*. S. Paugam (dir.). Quadrige. Paris : Presses Universitaires de France. p. 93-113.

Parsons, T. (1968). « Professions », *International Encyclopaedia of the Social Sciences* ; New York : Macmillan, Free Presse. Vol. VI. p. 536-546.

Paugam, S. (2010). *L'enquête sociologique*. Quadrige. Paris : Presses Universitaires de France.

Payrau, B, Quéré, N., Bois, D. (2011). Vascular Fasciatherapy Danis Bois Method : a Study on Mechanism Concerning the Supporting Point Applied on Arteries, *International Journal of Therapeutic Massage and Bodywork*. Vol 4. n° 4. p.10-19.

Phaneuf, M. (2007). L'épuisement professionnel, perdre son âme pour gagner sa vie . *Article en ligne consulté en octobre 2015 sur le site « Prendre soin »* <http://www.prendresoin.org/?p=3255> .

Piguet, C. (2010). L'autonomie dans les pratiques infirmières : une posture à clarifier au sein du système de sante. *Actes du congrès de l'Actualité de la recherche en éducation et en formation (AREF)*. Université de Genève, septembre 2010.

Pinsault, N., Monvoisin, R. (2014). *Tout ce que vous n'avez jamais voulu savoir sur les thérapies manuelles*. Grenoble : Presses Universitaires de Grenoble.

Poirier Coutensais, N. (2008). *La fasciathérapie comme soin de support en oncologie. Étude de faisabilité dans une unité de soins palliatifs*. Mémoire de fin d'étude pour l'obtention du Diplôme Universitaire de Fasciathérapie. Université Fernando Pessoa, Porto (Portugal).

Poirier Coutensais, N., Courraud, C., Commer, J.M ., Polycarpe, F., Bois, D., Jadaud, E. (2010). *La fasciathérapie comme soin de support en oncologie. Étude de faisabilité dans une unité de soins palliatifs*. Poster présenté au 3<sup>ème</sup> Congrès des soins de support en oncologie AFSOS 2010. Paris.

Quéré, N. (2004) *La pulsologie méthode Danis Bois*. Éditions : Point d'appui.

Queré, N., Noël, E., Lieutaud, A, d'Alessio, P. (2009). Fasciatherapy combined with pulsology touch induces changes in blood turbulence potentially beneficial for vascular endothelium. *Journal of Bodywork and Movement Therapies*. Jul;13(3): p. 239-45.

Quéré, N. (2010). *La fasciathérapie Méthode Danis Bois et les fascias sous l'éclairage des recherches scientifiques actuelles. Aspects tissulaires, cellulaires, vasculaires et biochimiques*. Mémoire présenté en vue de l'obtention du mestrado en Psychopédagogie perceptive. Université Fernando Pessoa, Porto (Portugal).

Quéré, N. (2010a). Impacts du traitement en fasciathérapie vasculaire -Méthode Danis Bois- sur les phénomènes inflammatoires du stress. *Revue Mains Libres*. n°1. p.1-11

Raeds, L. (2013). *La fasciathérapie appliquée au fascia thoraco-lombaire est-elle efficace dans le traitement des cervicalgies, des dorsalgies et des lombalgies ?*. Mémoire présenté pour l'obtention du diplôme de Master en Kinésithérapie, Institut d'Enseignement Supérieur « Parnasse – Deux Alice » associé à la Haute École « Léonard de Vinci ». Bruxelles (Belgique).

Rééduca (2012). Enquête : *Les Français et la pratique du massage*, Enquête Salon Rééduca/ Ipsos/Logica Business Consulting, juin 2012, Consultation en ligne : [http://www.salonreduca.com/site/FR/FMT / Agenda/Recherche\\_dossiers/Dossier,Enquete\\_Les\\_Francais\\_et\\_la\\_pratique\\_du\\_massage,C8097,I8103,Zoom-0f8576959a7fa6c46e9ede6790836616.htm?KM\\_Session=7caaa246dfcd47ec20a64378e6d755f2](http://www.salonreduca.com/site/FR/FMT / Agenda/Recherche_dossiers/Dossier,Enquete_Les_Francais_et_la_pratique_du_massage,C8097,I8103,Zoom-0f8576959a7fa6c46e9ede6790836616.htm?KM_Session=7caaa246dfcd47ec20a64378e6d755f2).

Registre des Ostéopathes de France (2015). *Démographie des ostéopathes – 9 avril 2015*. Consultation du site le 22 juillet 2015 : <http://www.osteopathie.org/demographie.html>.



Regnaux, J.P., Rostagno, S., Remondière, R. (2013). Enquête sur l'enseignement de l'Evidence-Based Practice dans la formation initiale en masso-kinésithérapie-physiothérapie, en 2012. *Kinésithérapie La Revue*. Vol 13 n°136. p. 45-51.

Remondière, R. (1994). L'institution de la kinésithérapie en France (1840-1946), *Les Cahiers du Centre de Recherches Historiques*. Mis en ligne le 27 février 2009. URL : <http://ccrh.revues.org/index2753.html>.

Remondière, R. (2014). L'évolution de l'image du masseur en France, 1830-1846, *Kinésithérapie La Revue*. Vol 14 n°152-153. p.82-88.

Renaudeau, P. (2012). *La lésion ostéopathique : Essai de définition médicale et scientifique*. Site de l'Ostéopathie consulté en août 2015 : <http://www.osteopathie-france.net/essai/articles-sites/lesion/1780-lesionosteo-presentation#intro>.

Résolution Européenne du 27 mai 1997 (1997). *Rapport : Procès Verbal du 29/05/97 - Edition définitive, Médecines non conventionnelles A4-0075/97 , Résolution sur le statut des médecines non conventionnelles votée le 29 mai 1997*.

Rival, T. (2012). *Une méthodologie d'approche des pratiques non conventionnelles : Application par l'analyse critique de la Microkinésithérapie*. Mémoire de fin d'études en Kinésithérapie et Master 1 Mouvement, Performance, Ingénierie et santé, IFMK de Grenoble et UFR Activités Physiques et Sportives de l'Université Joseph Fournier, Grenoble 1.

Roberti di Sarsina, P. et Iseppato, I. (2009), *Non-conventional medicine in Italy: the present situation*, European journal of integrative medicine.

Ropert, S. (2012). *Impact de la fasciathérapie Danis Bois sur le flux artériel des artères tibiale antérieure et tibiale postérieure chez des patients diabétiques de type II*. Travail de fin d'études présenté pour l'obtention du diplôme de Master en Kinésithérapie. Haute Ecole Paul-Henri Spaak, Département paramédical, Section Kinésithérapie, ISEK, Bruxelles (Belgique).

Rosier, P. (2013). *La Fasciathérapie Méthode Danis Bois et la récupération physique, mentale et somato-psychique du sportif de haut niveau. Evaluation quantitative et qualitative auprès d'une population de sportifs de haut niveau*. Thèse de doctorat soumise à l'Université Fernando Pessoa en fonction de l'obtention du degré de Docteur en Sciences Sociales, option Psychopédagogie. Porto (Portugal).

Rothier Bautzer, E. (2002). Pratiques soignantes en mutation : de la lutte contre la maladie à la collaboration avec le patient, *Revue Française de Pédagogie*. n°138. janvier-février-mars 2002. p. 39-50.

Rothier-Bautzer, E. (2012). *Entre cure et care. Les enjeux de la professionnalisation infirmière*. Paris : Éditions Lamarre, Wolters Kluwer.

Samé, M. (2009). *Le toucher suspendu*. Thèse présentée pour le doctorat en philosophie. Université Paris-Est, ETE département cultures et sociétés.

Schleip, R. (2003). Fascial plasticity. A new neurobiological explanation: Part 1, *Journal of Bodywork and Movement Therapies*. Vol. 7, Issue 1. p. 11-19.

Schleip, R. (2003a). Fascial plasticity – a new neurobiological explanation Part 2, *Journal of Bodywork and Movement Therapies*. Vol. 7, Issue 2. p104-116.

Schleip, R., Klingler, W., Lehmann-Horn, F. (2005). Active fascial contractility : Fascia may be able to contract in a smooth muscle like manner and thereby influence musculoskeletal dynamics. *Medical Hypotheses*. 65. p. 273-277.

Schleip, R, Findley, T-W., Chaitow, L., Huijing, P. (2012). *Fascia, The tensional network o the human body*. Churchill Livinstone Elsevier.

Schleip, R., Baker, A. (2015). *Fascia in sport and movement*. 1<sup>ère</sup> Edition. Handspring Publishers.

Schoeb, V. (2012). La recherche qualitative en physiothérapie : quelle place mérite-t-elle ?. *Kinésithérapie la Revue*. Vol. 12. n°127. p. 85-93.

Schomacher, J. (2000). Au-delà des frontières, Approche et documentation en thérapie manuelle selon le Concept OMT Kaltenborn-Evjenth. In *Annales de Kinésithérapie*. Tome. 27. n°2. p.78-83. Paris : Éditions Masson.

Segarra, K.B. (2014). Managing Fascial Health for Individuals With Fibromyalgia, in *Yearbook of Structural Integration*. p. 91-101.

Sercu P. (2011), *Rééducation sensorielle auprès de patients souffrant de douleur aspécifique du dos - Influence sur le confort du mouvement et la douleur*. Mémoire présenté pour l'obtention du master de Psychopédagogie perceptive, Université Fernando Pessoa. Porto (Portugal).

Sevenier, S. (2004). *Image de la kinésithérapie vue par les praticiens*. Mémoire présenté en vue de l'obtention du diplôme Cadre de Santé, CHU de Grenoble.

Sicard, D. (2013). *Les professions de santé au 1<sup>er</sup> janvier 2013. Document de travail, série statistiques*. n°183. aout 2013. Direction de la Recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DRESS).

Simmonds, N., Miller, P., Gemmell, H. (2010). A theoretical framework for the role of fascia in manual therapy. *Journal of Bodywork & Movement Therapies*. Vol. 16, p. 83-93.

Singly (de), F. (2008). *L'enquête et ses méthodes, Le questionnaire*. 2<sup>ème</sup> édition refondue. Collection 128. Paris : Éditions Armand Collin.

Srour, F. (2011). La Thérapie Manuelle Orthopédique, Une autre voie pour l'accès direct en kinésithérapie. *Kiné Point Presse*. n°25. septembre 2011. p. 10-11.

Stecco, C., Cappellari, A., Macchi, V., Porzionato, A., Morra, A., Berizzi, A., De Caro, R. (2013). The paratendineous tissues : an anatomical study of their role in the pathogenesis of tendinopathy. *Surgery and Radiologic Anatomy*. 36(6). p. 561-572.

Stecco, C. (2014). *Functionnal Atlas of the Human Fascial System*. Churchill Livingstone, Elsevier.

Strauss, A. L., (1992). *La trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionnisme*. textes réunis par I. Bazanger. Paris : Éditions L'Harmattan.

Syndicat des Masseurs-Kinésithérapeutes Rééducateurs de Paris (2011). *Kinésithérapie à Paris et Tarifs*. Commission paritaire départementale des Masseurs-Kinésithérapeutes. Réunion du 10 octobre 2011. Point n°4 : Les pratiques tarifaires collectives des masseurs-kinésithérapeutes parisiens.

Tardivat, M. (2002). *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.

Tozzi, P., Bongiorno, D., Vitturini, C. (2011). Fascial release effects on patients with non-specific cervical or lumbar pain. *Journal of Bodywork & Movement Therapies*. Volume 15. Issue 4. p. 405-416.

Tozzi, P. (2014). Does fascia hold memories ?. *Journal of Bodywork and Movement Therapies*. Volume 18. Issue 2. p. 259-265.

Tronto, J. (2009). *Un monde vulnérable, pour une politique du care*. Traduit par Maury, H. (Moral Boundaries: a Political Argument for an Ethic of care, 1993). Paris : Éditions La Découverte.

Trudelle, P., (2003). Lomalgie : enquête autour d'un consensus. *Kinésithérapie, Les annales*. n° 20-21. Aout-septembre 2003. p. 11-35.

Trudelle, P. (2010). La thérapie manuelle devrait être le combat des kinésithérapeutes dans le concert des manipulations. *Kinésithérapie La Revue*. n°100. p. 38-49.

Trudelle, P. (2011). Le congrès WCPT 2011 en quelques chiffres. *Kinésithérapie La Revue*. n° 119. p.12-18.

Vautravers, P., Isner, M.E., Blaes, C. (2010). Manual medicine – osteopathy in France organization – education – fields of expertise, Professionals practices and recommandations, *Annals of Physical and rehabilitation Medecine*. Vol 53. p. 342-351.

Villot-Danger, J.C. (2011). Les recommandations professionnelles et le congrès de la WCPT 2011. *Kinésithérapie la Revue*. Vol. 119, p.35.

Wearing, S. C., Schleip, R., Chaitow, L., Klingler, W., Findley, T. W. (2015). *Fascia Research IV. Basic Sciences and Implications for Conventional and Complémentary Health Care*. Munich : Kiener Editions.

Wilensky, H. (1964). The professionalization of Everyone . *American Journal of Sociology*. Vol 2. p. 137-158.

Willard, F. H., Vleeming, A., Schuenke, M. D., Danneels, L., Schleip, R., (2012). The thoracolumbar fascia : anatomy, function and clinical considerations. *Journal of Anatomy*. Vol 6. p. 507-536.

Wittorsky, R. (2008). La notion d'identité collective. In *La question identitaire dans le travail et la formation, Contributions de la recherche, état des pratiques et étude bibliographique*. Kaddouri, M., Laspessailles, C., Maillebouis, M., Vasconcellos, M. (eds). Paris : Éditions L'Harmattan. p. 195-211.

Wittorsky, R. (2010). *Regards croisés sur la professionnalisation et ses objets*.  
Revue Internationale des Sciences de l'Éducation. n°24. Toulouse : Presses  
Universitaires du Mirail.