

Effets sur l’anxiété et l’estime de soi d’une approche psycho-corporelle, la somato-psychopédagogie

Anne Lieutaud, PhD ; Karine Grenier, PhD ; Danis Bois, PhD

Annexes

Annexe S1 – Les grands principes de la somato-psychopédagogie	1
Les origines : sur la fasciathérapie DBM et le toucher psychotonique	1
Les quatre outils de la SPP.....	2
Une séance typique de SPP consacrée au toucher relationnel.....	3
La place centrale de la perception	4
La formation en SPP	4
Annexe S2 – Construction et validité de l’échantillon.....	5
Annexe S3 – Informations et données sur le groupe de référence : Conditions et critères ; Comparaison des réponses à la littérature francophone.....	6
Annexe S4 : Caractéristiques sociodémographiques et pratiques psychocorporelles des participants et du groupe de référence	7
Annexe S5 : Principes de conception d'une enquête à long terme	7
Annexe S6 : questionnaires des participants et de suivi	9
Questionnaire socio-démographique (recrutement des participants)	9
Questions de contexte avant les séances 1 et 10 (groupe intervention seulement).....	10
Questionnaire de suivi (praticiens seulement)	10
Annexe S7 : Méthodes d’analyses.....	10
Références bibliographiques des annexes	11

Annexe S1 – Les grands principes de la somato-psychopédagogie

Les origines : sur la fasciathérapie DBM et le toucher psychotonique

La fasciathérapie MDB est une thérapie manuelle et gestuelle du fascia qui a été développée au début des années 1980 par le Pr Danis Bois (ostéopathe et kinésithérapeute de formation, il a ensuite passé un doctorat en sciences de l’éducation). Elle est dérivée des grands principes de l'ostéopathie, c'est-à-dire de l'importance fondamentale du fascia et de la vascularisation, et de l'existence d'un mouvement et d'un rythme internes dans les tissus, que Still et Sutherland, les fondateurs de l'ostéopathie, ont décrit comme une force organique d'autorégulation dans le corps (Bois, 2008). Comme la plupart des thérapies fasciales et myofasciales, également appelées "thérapies des tissus

mous", la fasciathérapie MDB agit directement sur le fascia pour restaurer ses différentes fonctions, à savoir l'élasticité, le glissement, la plasticité, la contractilité (Courraud, Bois, & Lieutaud, 2016). Alors que certaines de ces thérapies se concentrent sur la structure mécanique et biophysique du fascia (par exemple la méthode Cyriax) et d'autres sur la relaxation du myofascia (par exemple le Myofascial Release), certaines pratiques visent un impact psycho-corporel par la libération simultanée des tensions physiques, émotionnelles et mentales (par exemple le Rolfing, l'Intégration Posturale) (Courraud, 2019). La fasciathérapie DBM appartient à ces dernières, partageant avec elles certaines des façons de traiter le fascia lui-même, mais retenant des caractéristiques spécifiques telles que le toucher relationnel et le psychotonus (Courraud, Lieutaud, Bertrand, Dupuis, & Bois, 2021).

Le terme "psychotonus" a été conceptualisé par le fondateur de la fasciathérapie MDB. Il est considéré comme la voie de communication entre le corps et la psyché en utilisant les fonctions conjonctives du fascia (Bois, 2006; Courraud, Bois, & Lieutaud, 2015; Quéré, 2010). Les dimensions physio-pathologiques du tonus fascial sont maintenant bien documentées (Levin & Martin, 2012; Schleip, Klingler, & Lehmann-Horn, 2005). Les preuves de sa dimension psychologique n'en sont encore qu'à leurs débuts. Elle a surtout été explorée dans le domaine de la douleur et de la souffrance⁵, mais les avancées récentes confirment l'idée soulignée par le concept de psychotonus, à savoir que le fascia possède bien cette capacité particulière de porter à la fois les dimensions physiologiques (musculaires, posturales, vasculaires, fasciales, tenségrales) et psychologiques (émotion, relation, identité) du tonus des tissus. Courraud et ses collègues (2021) le désignent sous le terme de "toucher psychotonique" :

"Le toucher psychotonique, spécifique de la fasciathérapie DBM, vise à réaliser un 'accordage corps/esprit' qui se manifeste par un effet simultané sur les tonus somatiques et psychiques lorsqu'une tension dans l'ensemble du système fascial est générée par le toucher (Courraud, 2007). Le toucher psychotonique initie et active un état de " dialogue " entre les mains du praticien et le corps du patient, et constitue la base du " toucher relationnel ". D'un point de vue épistémologique, la fasciathérapie MDB est proche du paradigme de la psychologie humaniste qui établit un pont entre la valeur thérapeutique et la qualité de l'interaction patient/praticien, tout en mobilisant les ressources propres du patient (Rogers 2005)."

Les quatre outils de la SPP

La SPP utilise quatre outils qui peuvent être mobilisés simultanément au cours d'une même séance (Bouchet, 2015) : le toucher relationnel, le mouvement gestuel, l'introspection sensorielle (méditation en pleine présence) et le dialogue verbal.

Le toucher en jeu est le même que celui mobilisé dans la fasciathérapie MDB, avec un focus un peu moindre sur les questions biophysiques. Techniquement, il mobilise volontairement les tissus dans leur dimension psychotonique, en englobant dans un même geste tous les paramètres du mouvement interne mentionné ci-dessus, en le suivant attentivement à travers 1/ un 'suivi dynamique du tissu' qui vise à accompagner la force d'autorégulation du mouvement interne dans les tissus et à concerner la personne dans sa globalité, et 2/ l'utilisation d'un moment de suspension appelé "point d'appui" où les mains, après avoir étiré le tissu jusqu'à son tonus optimal, stoppent leur mouvement tout en restant en pleine présence aux tissus, afin de permettre au corps de trouver sa propre voie. Ceci est fait de manière à ce que les tissus soient sollicités dans leurs capacités de réponses tant somatiques que psychiques (Bourhis, 2012).

Le mouvement gestuel, également appelé gymnastique sensorielle, vient comme une pratique de deuxième étape, guidant la personne vers l'autonomie et l'auto-accompagnement, développant

davantage la relation de présence à soi et au corps en action. L'hypothèse fondamentale en termes d'apprentissage est que tout geste non effectué est un mouvement non perçu, qui suggère une possibilité de rééducation. La rééducation perceptive s'effectue à travers un ensemble d'exercices codifiés et libres réalisés en position assise ou debout, les yeux fermés, par un mouvement lent, ample, équilibré et détendu, et dans une globalité qui respecte la cohérence des articulations (Courraud, 2020). Les yeux fermés mettent en sourdine le sens visuel et laissent place à la proprioception pour orienter, percevoir et équilibrer le corps et ses mouvements dans l'espace. La lenteur sensorielle non retenue met en valeur le monde intérieur des perceptions et facilite la pleine présence au geste. Elle donne accès à des détails et à des sensations des mouvements qui seraient restés inaperçus s'ils avaient été effectués à la vitesse habituelle et permet ainsi d'ajuster le geste, la vitesse, le tonus et l'orientation à tout moment. Elle donne le sentiment d'habiter son geste, d'être pleinement présent dans l'action et d'étirer le temps et pouvoir s'ajuster aux besoins du corps. De plus, la lenteur recrute des ressources attentionnelles : plus le geste est lent, plus l'attention est tournée vers l'intériorité et plus on est stable et capable de se concentrer tout en s'ouvrant aux sensations du mouvement.

Dans l'introspection sensorielle, il s'agit pour la personne d'entrer dans une relation de présence à elle-même par le rapport à son corps et à la dynamique du mouvement intérieur, sans le contact d'une relation manuelle et sans se déplacer. La personne est confortablement installée, pas trop recroquevillée, pas trop ouverte, tonique mais détendue. Aucune posture particulière n'est demandée. La personne est centrée sur elle-même et s'adapte à la guidance du praticien. Pendant une vingtaine de minutes, la personne reste silencieuse et immobile ; seule la voix du praticien rompt le silence ; la personne garde une attention attentive à ce qu'elle vit et expérimente intérieurement. Cette pratique ouvre la voie à la pratique de la méditation de pleine présence qui va plus loin dans la relation à soi, aux autres et au monde.

L'accompagnement verbal se concentre sur ce qui se joue dans le déroulement de la séance. Il permet de maintenir l'attention et la présence de la personne à ce qui se passe dans son corps dans le temps réel de la pratique, y compris les sensations et les émotions, les tensions et les souvenirs qui défilent, en particulier lorsque, sur la table de massage, les sensations sont si fines ou les perceptions ou les sensations corporelles si nouvelles que la capacité mentale peut baisser et dériver. Mais globalement, il s'agit de déployer et de découvrir ce qui se passe, d'apprendre à décrire en temps réel le vécu corporel, pour mieux se l'approprier et devenir capable de comprendre le potentiel de sens qu'il recèle.

Une séance typique de SPP consacrée au toucher relationnel

Lorsque la séance de SPP est consacrée au toucher relationnel, le patient est généralement allongé sur une table de massage, habillé, dans une position confortable, de manière à atteindre le meilleur état de relaxation possible, et ainsi maximiser ses capacités de perception et d'auto-perception et sa disponibilité (Bouchet, 2015). Le premier toucher du praticien est une évaluation qui fait le point sur les états de tension du corps. Le toucher est ressenti comme l'application de pressions douces, superficielles ou profondes, tout en étirant légèrement les tissus (Payrau, Quere, Breton, & Payrau, 2017). Il est effectué selon les principes mentionnés ci-dessus, donc en fonction des orientations données par le mouvement interne sollicité et par la perception des tensions consécutives. Dans le processus, le praticien vise à obtenir " une diminution des tensions et une libération des adhérences dans les différentes couches du fascia, de la périphérie aux couches plus profondes " tout en écoutant les réactions et les réponses toniques des tissus (Quéré, Noël, Lieutaud, & d'Alessio, 2009). Lorsque le déploiement et l'étirement des tissus atteignent leur amplitude maximale, le praticien place le point d'appui mentionné ci-dessus, qui survient comme un arrêt de la main dans son suivi du

mouvement interne et donne aux tissus, et au corps dans son ensemble, un peu de temps pour trouver sa voie de passage dans une dynamique d'autorégulation. Le point d'appui est maintenu jusqu'à ce que les tensions soient relâchées, ce qui entraîne une réduction tangible du tonus des tissus et rétablit l'équilibre global du corps (Payrau et al., 2017). Cela est souvent décrit comme si une tension profonde venait de tomber ou comme si l'air circulait soudainement mieux et en plus grande quantité dans les poumons. Une tension libérée en révèle généralement une autre qui était auparavant non perçue ou inaccessible. C'est pourquoi le déroulement de la séance de SPP est souvent formé d'une succession de suivis - points d'appui - libérations psychotoniques, jusqu'à ce que le praticien estime que la personne a atteint un stade satisfaisant d'accordage somato-psychique. Au fur et à mesure du déroulement de la séance, le patient est invité à mettre des mots sur son ressenti et ses sensations vécues, afin d'apprivoiser et reconnaître les sensations nouvelles dans le temps même où il les vit.

La place centrale de la perception

La perception est au cœur des actes de la SPP et de la fasciathérapie MDB puisqu'ils visent dans les deux cas à explorer et analyser les phénomènes et processus émergeant de l'expérience consciente qu'un être humain peut faire des manifestations internes de son corps vivant (Bois, 2008). La perception peut être envisagée sous plusieurs angles : la perception extéroceptive qui renvoie aux cinq sens ; la proprioception qui nous permet de sentir et de situer notre corps dans l'espace ; le " tact interne " décrit par Maine de Biran et par lequel la personne peut faire l'expérience d'elle-même à partir de ses sensations organiques ; et, au-delà du tact interne, la dimension sensible de la perception, présentée par Bois comme " la modalité perceptive elle-même, par laquelle la personne peut accéder aux informations délivrées dans et par son corps " (Bouchet, 2015). Selon cette perspective la perception corporelle participe à l'apprentissage de la personne, ce qui confirme le primat de la perception sur la connaissance, ainsi que théorisé par Merleau-Ponty (1976). Ce mode particulier de perception du corps vécu et ressenti va au-delà du simple constat souvent décrit dans la littérature, d'un lien positif entre une perception satisfaisante du corps et un sentiment de bien-être ou de qualité relationnelle avec l'autre (Bandura, 1997; Harter, 1990). Elle est proposée par la SPE comme une voie vers une influence positive sur l'affect de la personne (Bourhis, Bouchet, Bois, & Lieutaud, 2017).

La formation en SPP

La formation en SPP est une formation expérientielle, car elle vise à développer des compétences basées sur un " savoir-faire " et un " savoir-être " ancrés dans l'expérience. Ici, la notion d'expérience doit être prise dans sa capacité à solliciter le plus intime de l'intériorité du corps, et à devenir un mode d'appréhension de la réalité vécue à travers les ressentis corporels, le vécu corporel expérientiel et la sensation organique. Par la dimension sensorielle et la connaissance immanente que le corps délivre, l'expérience est le point de départ de l'éducation perceptive proposée par la SPP. Elle fonde l'efficacité thérapeutique et permet au praticien d'être au plus près des moments cruciaux qui se jouent dans le toucher relationnel. Mais cette efficacité nécessite la capacité de se percevoir dans l'action, et pas seulement de percevoir l'action elle-même ou le résultat de l'action. Cette qualité de perception permet de saisir le processus dynamique en jeu dans le toucher relationnel, c'est-à-dire l'ensemble des phénomènes qui émergent dans le cours immédiat de l'expérience. Elle va au-delà d'un " apprentissage dans l'action " (voir les travaux de Schön et Argyris sur le sujet) qui permet la régulation du geste dans le temps réel de l'action. Parce qu'il s'agit d'une action sur une personne et entre des personnes, l'action elle-même inclut l'empathie, la congruence, la réciprocité (simplement parce que l'attention est portée sur des processus internes, vivants, singuliers et éphémères). Pouvoir saisir l'immédiateté du vécu dans le corps et la matière vivante de

la personne accompagnée, nécessite une capacité de perception qui n'est pas de nature ordinaire et doit dépasser toutes les habitudes perceptives et sensorielles. La nature de la perception en jeu est si aiguë et subtile qu'elle est appelée " perception paroxystique " en référence à la nature hors norme de l'attention, des sensations et des sens mobilisés (Bourhis et al., 2017; Courraud, 2020). Il faut un entraînement spécifique pour accéder aux mouvements extrêmement lents qui se produisent dans le fascia, et une qualité d'attention particulière qui demande une relation de présence attentive à l'instant immédiat afin de saisir les tonalités qui accompagnent le mouvement.

Des formations existent en France, en Belgique, en Suisse, au Brésil et au Québec. Le programme de base est une formation de 3 ans totalisant plus de 500h de contact direct avec des professeurs expérimentés. Il combine théorie et pratique ainsi qu'un travail personnel sur une plateforme d'e-learning (plus de 40h). La formation est validée par une évaluation permanente et un travail final portant sur une étude de cas issue de sa pratique. Le cursus est toujours réalisé dans le cadre de l'Université Fernando Pessoa et ouvre sur un diplôme universitaire de SPP.

Plus d'informations sur les sites <https://edm-pedagogie-perceptive.pro/formation-pedagogie-perceptive/> et <https://tmgconcept.info/formations/spp-niveau-1/>

Annexe S2 – Construction et validité de l'échantillon

La somato-psychopédagogie étant une discipline récente, elle ne dispose pas d'une description de la population mère des personnes qui s'y adonnent. Sa première caractéristique étant de solliciter un accompagnement, nous avons estimé la taille minimale de notre échantillon à partir d'une hypothèse sur la demande d'accompagnement. Dans la littérature non scientifique sur le développement personnel, l'anxiété, le stress et le mal-être en général occupent une place prépondérante. Nous en avons déduit que très probablement 80% de la clientèle consultant pour un accompagnement en somato-psychopédagogie présentait a priori une problématique de mal-être consciente ou non, ou tout au moins une demande d'aide dans ce domaine. Pour autant, cette demande n'est pas un critère de sélection, car sa formulation initiale peut ne pas exprimer nécessairement la problématique effective de la personne et donc être sans lien apparent avec l'efficacité finalement mesurée (Bouchet, 2015; Bourhis et al., 2017).

Pour atteindre un niveau de confiance de 95% sur les réponses obtenues et respecter une marge d'erreur de type II proche de 7 à 7.5%, notre échantillon devait être au minimum de 110 à 125 personnes (Lafont, 2016). Si chaque praticien recrutait 4 à 5 personnes volontaires parmi sa clientèle, il convenait de mobiliser au moins 25 praticiens dans l'étude pour que les résultats soient significatifs.

La demande des participants en tant que client d'un accompagnement en somato-psychopédagogie a été questionnée en début d'enquête, dans le questionnaire sociodémographique pour caractériser cette demande et vérifier notre estimation. Il est apparu que 83% de personnes consultent en première instance pour des problématiques liées à des affects négatifs ou à améliorer¹ : douleurs physiques (20,7%), besoin d'aide psychique ou difficultés de vie (19.7%) développement personnel (19%), mieux-être relationnel (14%) et quête de sens (9%). Ceci était relativement conforme à notre hypothèse initiale. Les 114 participants recrutés entraient dans la fourchette requise. Avec les 76 participants ayant accompli la totalité du parcours de l'étude, nous avons pu compter, selon la

¹ Les 17% restant sont formés par des demandes d'entretien de soi (16%) et des accompagnements de grossesse (1%)

méthode de calcul de Lafont (2016) sur une marge d'erreur de type II de 8,4% a priori, ce qui restait acceptable compte tenu de l'absence de définition d'une population de référence à notre étude.

Annexe S3 – Informations et données sur le groupe de référence : Conditions et critères ; Comparaison des réponses à la littérature francophone

Le groupe de référence (GR) a été constitué au moyen d'un vaste appel à participation volontaire lancé par emailing et sur les réseaux sociaux. Les critères d'inclusion étaient, comme pour les participants à l'étude : l'âge légal et la maîtrise du français. Nous avons également demandé à ce que les personnes n'aient aucune connaissance expérientielle de la SPP (trois questions spécifiques de vérification croisée ont permis de contrôler ces points).

Les réponses d'anxiété et d'estime de soi du GR ont été comparées aux données de six publications francophones fréquemment utilisées comme référence dans la littérature (Alaphilippe, 2008; Bouchard, Ivers, Gauthier, Pelletier, & Savard, 1998; Bruchon-Schweitzer & Paulhan, 1993; Gauthier & Bouchard, 1993; Schmitt & Allik, 2005; Vallières & Vallerand, 1990). Aucune différence significative au seuil de 5% n'a pu être détectée entre l'un ou l'autre des groupes de la littérature et notre groupe (voir tables 3a et 3b ci-dessous), ce qui permet de considérer notre groupe comme une « mise à jour » de ces normales francophones. Cette conformité aux normes (qui les précède de plusieurs décennies) confère aux mesures de notre groupe de référence une dimension de stabilité, de cohérence et d'invariance, qui nous permet de l'appliquer à toute la période de notre étude, et donc de l'utiliser pour des comparaisons inter-groupes à T1 et T10.

Table 3a: Comparaison des valeurs les plus courantes d'anxiété d'état (STAI-Y1) et anxiété de trait (STAI-Y2) dans la littérature à celles de notre groupe de référence

1 ^{er} auteur (année)	Pays	nb	% F	Age Moy. (ET ou IC)	STAI-Y2				STAI-Y1			
					Moy.	ET	t	p	Moy.	ET	t	p
Bruchon (1993)*	FR	200	56.5		43.68	10.4	-0.7	0.31	38.56	10.33	-0.73	0.30
Gauthier (1993)	QU	1080	68.2	24 (19-55)	40.59	9.5	0.13	0.40	37.65	9.67	-0.50	0.35
Bouchard (1998)	QU	188	75.5	75.5 (6.9)	42.50	12.0	-0.41	0.37	37.70	11.10	-0.57	0.34
Groupe de référence	FR	26	65	48.4 (13.4)	41.12	10.43			34.92	11.97		

ET : Ecart-type ; IC : intervalle de confiance ; Moy. : moyenne ; t : t de Student ; p : significativité ; STAI-Y2 : anxiété de trait de Spielberger ; STAI-Y1 : anxiété d'état de Spielberger ; nb : nombre de participants ; %F : pourcentage de femmes.

Table 3b: Comparaison des valeurs courantes d'estime de soi (RSES) dans la littérature à celles de notre groupe de référence

1 ^{er} auteur (année)	Pays	nb	% F	Age Moy. (EC)	RSES Moy.	EC	t	p
Vallières (1990)	QU	115	62.6	18.15 (nc)	32.26	5.52	-1.49	0.13
Schmitt (2005)	FR	130	56	nc*	29.86	4.16	0.14	0.39

Alaphilippe (2008)	FR	546	(nc)	77.18 (nc)	32.65	4.23	-1.52	0.13
Groupe de référence	FR	26	65	48.4 (13.4)	30.08	6.70		

nc: non communiqué ; *age premier cycle universitaire ; RSES : estime de soi de Rosenberg

Annexe S4 : Caractéristiques sociodémographiques et pratiques psychocorporelles des participants et du groupe de référence

	Groupe de Référence			Sous-groupe "effet praticien"			Groupe Intervention		
	effectif ou valeur	% ou ET	IC 95%	effectif ou valeur	% ou ET	IC 95%	effectif ou valeur	% ou ET	IC 95%
Effectif	26			41			76		
Genre									
Femmes	17	65%	[47.1-83.7]	40	98%	[92.9-102.3]	67	88%	[80.9-95.5]
Hommes	9	35%	[16.3-52.9]	1	2%	[0-7.1]	9	12%	[4.5-19.1]
Niveau d'éducation									
Bac ou moins	3	12%	[0-23.8]	9	22%	[9.3-34.7]	17	22%	[13.0-31.8]
Bac+ 2 et plus	23	89%	[76.2-100.8]	31	76%	[62.5-88.7]	59	78%	[68.2-87.0]
Age									
Moy., ET, IC	48.4	13.43	[43.2-53.6]	50.7	11.23	[47.2-54.1]	51.07	12.3	[48.3-53.8]
Pratiques corporelles et méditatives au début de l'étude									
aucune	5	19%		23	56%		44	58%	
individuelle	13	50%		16	39%		28	37%	
collective	8	31%		2	5%		4	5%	

ET : Ecart-type ; IC : intervalle de confiance ; Moy. : moyenne

Annexe S5 : Principes de conception d'une enquête à long terme

Le choix d'une intervention de dix séances de SPP est un compromis entre le protocole longitudinal de Bouchet (2015), qui préconisait un principe de douze séances pour atteindre une période d'intervention globale de 18 mois, notre revue de littérature qui rapporte des traitements révélant des changements dès six mois pour l'estime de soi et de deux à quatre mois pour l'anxiété (voir annexe S1), et enfin nos discussions avec un panel de praticiens qui estimaient peu réaliste de recruter au moins quatre ou cinq clients par praticien pour un suivi de douze séances. Le principe observationnel de notre recherche impose deux principes structurants à notre design.

Premièrement, nous avons choisi d'évaluer l'effet de la pratique sur le terrain, c'est-à-dire dans les cabinets des praticiens. Pour réduire la disparité des conditions de remplissage et maintenir une

comparabilité des données collectées, nous avons opté pour un remplissage sur place. Et pour réduire le biais lié à une telle condition de remplissage, les praticiens ont été soigneusement formés et supervisés avant et pendant l'enquête, sur la méthode et sur les conditions de l'administration des questionnaires. Un praticien n'ayant pas respecté les consignes a été écarté de l'enquête, ainsi que les participants qu'il avait recrutés.

Deuxièmement, nous avons choisi de ne pas contrôler le rythme des séances, ce qui n'offrait aucune visibilité de la durée de l'enquête. Cela a impacté directement notre décision d'interroger un groupe de référence unique au cours des trois derniers mois de l'enquête, lorsque les participants étaient tous entrés dans la dernière phase de l'intervention, plutôt qu'un panel de participants en liste d'attente pour une durée indéterminée et indéterminable, d'au moins 1 an. La date de démarrage pour chaque participant s'est faite au fil de l'eau à mesure du recrutement. La fin de l'enquête a été décidée à l'issue des 10 séances du dernier recrutement, l'identification du dernier ayant été calée par compromis entre les besoins de l'enquête et la disponibilité des praticiens à poursuivre leur engagement dans l'étude. Le groupe de référence a été recruté au cours des trois derniers mois de l'enquête, alors que les participants étaient entrés dans la dernière phase de leur suivi. De cette façon, les données recueillies pouvaient former une indication de ce que celles des participants auraient été s'ils n'avaient pas reçu le suivi de SPP.

Les questionnaires ont donc été distribués et collectés par les praticiens, remplis dans les cabinets, en silence et immédiatement avant et après les séances. Le choix de ces moments et de ces lieux pour l'auto-évaluation présente un risque identifié en termes de surestimation des résultats. En revanche, il assure des conditions standards de recueil de données intra et interindividuelles, permettant des comparaisons plus pertinentes au regard des hypothèses de notre étude. Après leur formation initiale, les praticiens ont bénéficié d'un soutien téléphonique individuel tout au long de l'enquête pour leur rappeler les modalités pratiques du protocole et l'importance des règles d'auto-évaluation (silence, lieu calme, temps suffisant, et pas d'interaction ou de questions/réponses - le praticien doit partir ou envoyer le participant en salle d'attente). Les données ont été anonymisées dès la réception des formulaires renvoyés par les praticiens.

L'intervention a consisté en un suivi de 10 séances consécutives de SPP, réparties sur une période de temps illimitée, avec trois principaux moments de collecte de données, comme le montre la figure 1.

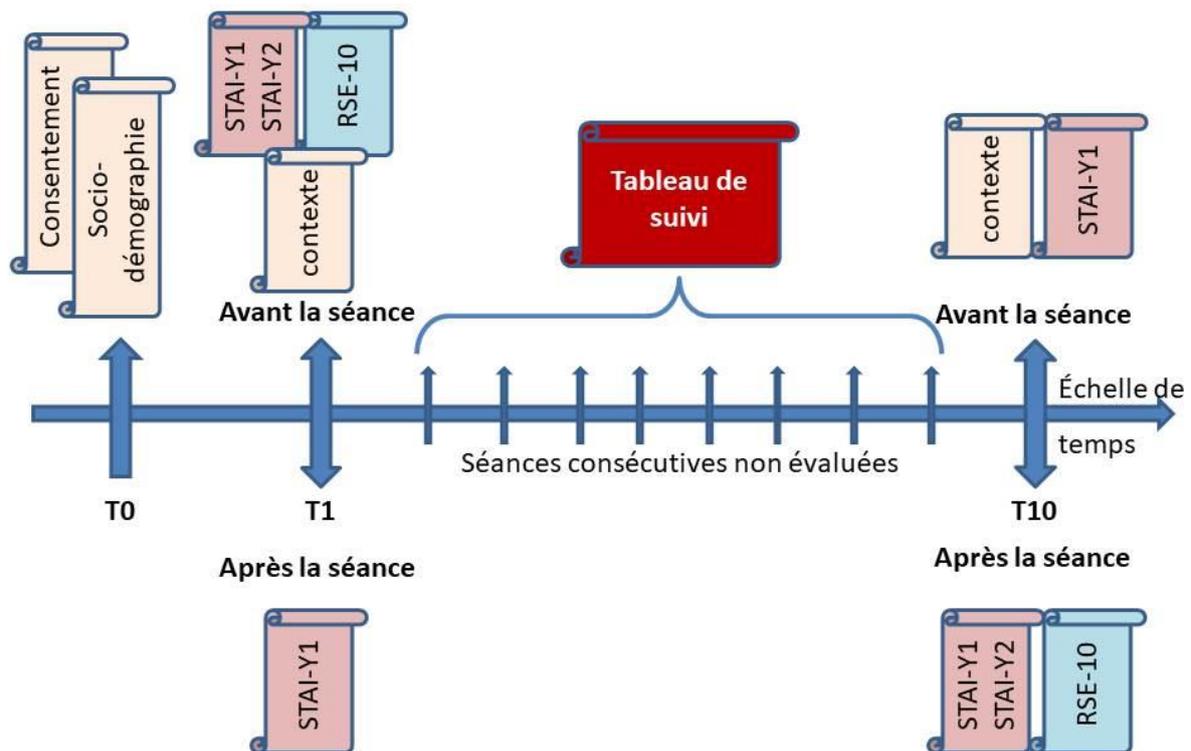


Figure 1: Plan de l'enquête présenté à travers l'exemple du parcours d'une personne, les moments de recrutement et d'administration des questionnaires au cours des 10 séances de suivi (114 personnes ont été recrutées par 25 praticiens).

Annexe S6 : questionnaires des participants et de suivi

Questionnaire socio-démographique (recrutement des participants)

Sexe : F / M Age :

Date de naissance (jour/mois/année) :

Région (administrative) de vie :

Niveau d'études : Bac -

Bac+ (compléter le nombre d'années)

Situation professionnelle et/ou profession (ou situation étudiante et domaine d'étude) :

Pratiquez-vous la PPP à titre professionnel (même à temps partiel) : oui/non

Vie personnelle (entourer le ou les choix) : seule, famille, couple, enfants, animaux domestiques

Votre demande actuelle d'accompagnement (entourer le ou les choix) :

douleurs physiques,

aide psychique ou difficultés de vie,

développement personnel,

mieux-être relationnel

entretien de soi,

quête de sens,

grossesse

Depuis combien de temps êtes-vous suivi en pédagogie perceptive ? (nombre de mois, ou nombre d'années)

Autre information que vous souhaitez nous communiquer

Questions de contexte avant les séances 1 et 10 (groupe intervention seulement)

Un événement important est-il survenu dans votre vie au cours des 8 jours derniers ? Oui / Non
Si oui, cet événement était-il douloureux / heureux

Avez-vous pratiqué **seul(e)** des outils de la PPP depuis votre dernière séance ? Oui / Non
Si oui, lesquels : introspection, gymnastique sensorielle, mouvements de base,
autre : préciser

Avez-vous pratiqué **en groupe** des outils de la PPP depuis votre dernière séance ? Oui / Non
Si oui, lesquels : introspection,
gymnastique sensorielle,
mouvements de base,
autre : préciser

Avez-vous une attente particulière pour votre séance d'aujourd'hui ? Oui / Non
Si oui, dans quel domaine ? (un seul choix)
Souffrance morale, affective ou émotionnelle
Douleurs physiques
Accordage
Fatigue chronique
Développement personnel
Autre :

Information complémentaire que vous souhaitez nous communiquer :

Questionnaire de suivi (praticiens seulement)

Nom prénom du praticien :

Client participant : _____

Indiquer la durée approximative de chaque outil

Séance	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Date										
Toucher manuel										
Gym sensorielle										
Introspection sensorielle										
Accompagnement verbal										
Autre (préciser)										

Annexe S7 : Méthodes d'analyses

L'effet de la SPP est évalué à l'aide d'une analyse intra-groupe avant-après (avant-après l'intervention, avant-après la séance, sur le Groupe Intervention ou GI) et à l'aide d'une comparaison inter-groupes (GI vs GR). L'utilisation de ce type d'analyse requiert une attention particulière aux biais (Kernis, 2006), c'est-à-dire au risque d'abandon des participants (nous avons placé la durée dans

le bas de la fourchette recommandée dans la littérature), à la survenue d'événements extérieurs perturbant les réponses (nous avons inclus une question dans le questionnaire de contexte), à la proportion de valeurs extrêmes (notre population est non pathologique c'est-à-dire qu'elle devrait avoir peu de scores initiaux extrêmes). Les questionnaires ont un effet d'apprentissage, qui est discuté dans l'article.

Les statistiques descriptives ont été établies en utilisant les moyennes et les écarts-types pour les variables continues, et les proportions pour les variables qualitatives et catégorielles. Après avoir vérifié la normalité des données, des analyses statistiques ont été effectuées à l'aide du test t de Student, d'analyses de variance à un facteur (ANOVA), d'analyses multivariées de covariance (MANCOVA) et d'analyses de covariance simple (ANCOVA). Nous avons également eu recours à des analyses de corrélations et de régressions.

Les variables dépendantes sont l'anxiété d'état (STAI-Y1), l'anxiété de trait (STAI-Y2) et l'estime de soi (RSES). Le STAI-Y1 est mesuré avant (pre STAI-Y1) et après (post STAI-Y1) la première (T1) et la dernière (T10) session de l'intervention. Le STAI-Y2 et le RSES sont mesurés avant la première session (T1) et après la dernière session (T10), englobant ainsi l'ensemble de l'intervention. Les calculs temporels comparant la première et la dernière session sont indexés T10-T1. Les calculs du STAI-Y1 avant et après la session sont indexés "post-pre". Ainsi, par exemple, "T10-T1 pre STAI-Y1" est la variable exprimant la différence entre T1 et T10 de l'anxiété d'état mesurée avant la session. Les variables explicatives comprennent toutes celles collectées via les questions sociodémographiques et contextuelles : l'âge, le sexe, la région d'habitation, la catégorie socioprofessionnelle, l'éducation, l'ancienneté de suivi en SPP, les pratiques personnelles psycho-corporelles, les attentes concernant le suivi, et la session, la durée de la session, et la survenue d'événements heureux ou douloureux dans les huit jours précédant la session.

Références bibliographiques des annexes

- Alaphilippe, D. (2008). Evolution de l'estime de soi chez l'adulte âgé. *Psychologie & NeuroPsychiatrie du vieillissement*, 6(3), 167-176. doi: 10.1684/pnv.2008.0135
- Bandura, A. (1997). *Self-Efficacy : The Exercise of Control* (1st edition). New York: Worth Publishers.
- Bois, D. (2006). *Le moi renouvelé : Introduction à la somato-psychopédagogie*. Ivry-sur-Seine: Point d'Appui.
- Bois, D. (2008). De la fasciathérapie à la somato-psychopédagogie. Analyse biographique du processus d'émergence de nouvelles disciplines. *Réciprocités*, (2), 1-13.
- Bouchard, S., Ivers, H., Gauthier, J. G., Pelletier, M.-H., & Savard, J. (1998). Psychometric Properties of the French Version of the State-Trait Anxiety Inventory (form Y) Adapted for Older Adults. *Canadian Journal on Aging / La Revue canadienne du vieillissement*, 17(4), 440-453. doi: 10.1017/S0714980800012708
- Bouchet, V. (2015). *Accompagnement en Psychopédagogie perceptive et Estime de soi. Recherche qualitative et quantitative auprès d'une population de personnes accompagnées en psychopédagogie perceptive* (Thèse de doctorat, Université Fernando Pessoa). Université Fernando Pessoa, Porto. Consulté à l'adresse www.cerap.org
- Bourhis, H. (2012). *Toucher manuel de relation sur le mode du Sensible et Intelligence sensorielle : Recherche qualitative auprès d'une population de somato-psychopédagogues* (Thèse de doctorat). Université Paris VIII, Paris.
- Bourhis, H., Bouchet, V., Bois, D., & Lieutaud, A. (2017). The Impacts of Somatic Psychoeducation on Self-Esteem. *EC Psychology and Psychiatry*, 5(2), 43-51.
- Bruchon-Schweitzer, M., & Paulhan, I. (1993). Adaptation francophone de l'inventaire d'anxiété Trait-Etat (Forme Y) de Spielberger. *Paris, France: Editions du Centre de Psychologie Appliquée*.

- Courraud, C. (2019). Du Fascia au système fascial : Contributions et enjeux pour la thérapie manuelle. *Mains Libres*, 1, 8.
- Courraud, C. (2020). La psychopédagogie perceptive : Une pédagogie de la perception de soi. In *Revue Française de Yoga: Vol. 61. Mémoire, Attention, Compréhension* (Dervy, p. 171-186). Paris.
- Courraud, C., Bois, D., & Lieutaud, A. (2015). The psychotonic touch of Fasciatherapy DBM : practical methodology. Perceptual and relational outcomes, and impacts on clinical practice. *Proceedings of the 4th International Fascia Research Congress*. Présenté à Update of Fascia research : Basic Science and implication for conventional and complementary health care, Reston, VA. Consulté à l'adresse http://www.fasciacongress.org/pdfs/FasciaConferenceBook_Introduction2015.pdf
- Courraud, C., Bois, D., & Lieutaud, A. (2016). Apports de la pratique de la fasciathérapie à l'exercice de la physiothérapie : le point de vue des praticiens. *Mains Libres*, (3), 49-58.
- Courraud, C., Lieutaud, A., Bertrand, I., Dupuis, C., & Bois, D. (2021). Practitioner utilisation and perceptions of the clinical utility of Danis Bois Method (DBM) Fasciatherapy to pain management : A survey of French physiotherapists. *Advances in Integrative Medicine*. doi: 10.1016/j.aimed.2021.03.004
- Gauthier, J., & Bouchard, S. (1993). Adaptation canadienne-française de la forme révisée du State-Trait Anxiety Inventory de Spielberger. [A French-Canadian adaptation of the revised version of Spielberger's State-Trait Anxiety Inventory.]. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement*, 25(4), 559-578. doi: 10.1037/h0078881
- Harter, S. (1990). Causes, correlates, and the functional role of global self-worth : A lifespan perspective. In *Competence Considered* (p. 67-97). Yale University Press.
- Kernis, M. H. (Éd.). (2006). *Self-Esteem Issues and Answers : A sourcebook of Current Perspectives*. New-York: Psychology Press. Consulté à l'adresse <https://www.bookdepository.com/Self-Esteem-Issues-Answers/9780415651660>
- Lafont, F. (2016, octobre 28). Déterminer la taille de l'échantillon [Blog pour concepteurs d'enquêtes]. Consulté 19 novembre 2016, à l'adresse Le blog de Questio website: <https://blog.questio.fr/determiner-taille-echantillon>
- Levin, S., & Martin, D.-C. (2012). Biotensegrity- The Mechanics of Fascia. In *Fascia—The Tensional Network of the Human Body. The Science and Clinical Applications in Manual and Movement Therapy* (p. 137-142). doi: 10.1016/B978-0-7020-3425-1.00054-4
- Merleau-Ponty, M. (1976). *Phénoménologie de la perception*. Paris: Gallimard.
- Payrau, B., Quere, N., Breton, E., & Payrau, C. (2017). Fasciatherapy and Reflexology compared to Hypnosis and Music Therapy in Daily Stress Management. *International Journal of Therapeutic Massage & Bodywork*, 10(3), 4-13. doi: 10.3822/ijtmb.v10i3.368
- Quéré, N. (2010). *La Fasciathérapie Méthode Danis Bois et les fascias sous l'éclairage des recherches scientifiques actuelles. Aspects tissulaires, vasculaires, cellulaires et biochimiques* (Master 2, Université Fernando Pessoa). Université Fernando Pessoa, Porto. Consulté à l'adresse https://www.cerap.org/fr/p-recherche-travaux-academiques-list?field_downloads_title_value=&field_downloads_keywords_value=&field_downloads_auteur_value=qu%C3%A9r%C3%A9&field_downloads_niveau_value=All&field_downloads_theme_tid=All
- Quéré, 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*, 13(3), 239-245. doi: 10.1016/j.jbmt.2008.06.012
- 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(2), 273-277. doi: 10.1016/j.mehy.2005.03.005
- Schmitt, D. P., & Allik, J. (2005). Simultaneous Administration of the Rosenberg Self-Esteem Scale in 53 Nations : Exploring the Universal and Culture-Specific Features of Global Self-Esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*, 89(4), 623-642. doi: 10.1037/0022-3514.89.4.623

Vallieres, E. F., & Vallerand, R. J. (1990). Traduction Et Validation Canadienne-Française De L'échelle De L'estime De Soi De Rosenberg*. *International Journal of Psychology*, 25(2), 305-316. doi: 10.1080/00207599008247865