

Le point d'appui manuel en fasciathérapie: outil d'évaluation et de normalisation

Hélène Marchand
Co-directrice de l'École Suisse de Fasciathérapie, Genève
Co-chercheuse au CERAP/UFP

— INTRODUCTION —

La fasciathérapie est une thérapie manuelle issue des travaux du Pr Danis Bois ^[2], kinésithérapeute et ostéopathe à l'origine, aujourd'hui Dr en sciences de l'éducation, directeur du CERAP ^[1] et coordinateur du département de psychopédagogie perceptive à l'Université Fernando Pessoa (diplôme universitaire en fasciathérapie et master en kinésithérapie, enseignement en France et en Europe). Si la fasciathérapie trouve son origine dans l'ostéopathie fonctionnelle et s'est développée, à partir des années 80, sur la base de certaines idées maîtresses des pensées de Still et Sutherland notamment, elle est aujourd'hui une approche bien distincte qui contient ses propres développements théoriques et pratiques innovants ^[3,4,5,10].

La fasciathérapie est reconnue en France comme technique de kinésithérapie et entre dans la «charte de qualité» de la profession. Elle y est enseignée dans le cadre de la formation continue du kinésithérapeute. En Suisse, la fasciathérapie est pratiquée par des physiothérapeutes et des non physiothérapeutes. Une formation spécifique est réservée aux physiothérapeutes depuis 2010.

L'objectif de cet article n'est pas de présenter la fasciathérapie dans tous ses aspects curatifs et pédagogiques, mais de zoomer sur la phase dite du point d'appui ^[5,6,7], geste manuel essentiel à la fois à l'évaluation de l'organisation du schéma pathologique dans les tissus et à sa normalisation.

— LE POINT D'APPUI MANUEL, — UN GESTE AU SERVICE DES FORCES D'AUTORÉGULATION DU VIVANT

Pour comprendre la logique efficiente du point d'appui, il est nécessaire d'introduire la notion du mouvement interne ^[2,4,10], au cœur de toute l'approche de fasciathérapie. Nous définissons le mouvement interne comme l'expression cinétique, au sein de l'ensemble des tissus du corps, des forces d'autorégulation du vivant. Cette mouvance de l'intériorité du corps est perceptible à travers un entraînement manuel perceptif, et particulièrement au sein des fascias, qui servent ainsi de porte d'entrée à cette

dynamique du vivant. Toutefois, l'action du fasciathérapeute, et comme nous le verrons, notamment du point d'appui, concerne l'ensemble des structures du corps. La fasciathérapie appartient donc aux thérapies dites fluidiques ou fonctionnelles, qui s'appuient sur les forces d'autorégulation de l'organisme.

Cette mouvance interne s'exprime selon une dynamique rythmique de 2 allers/retours par minute, se distinguant ainsi du rythme du MRP en ostéopathie, celui-ci étant de 7 à 14 fois par minute. Il s'agit donc d'un rythme extrêmement lent appelé biorythme sensoriel; le terme sensoriel renvoie justement à cette lenteur grâce à laquelle il est possible d'entrer en relation de manière extrêmement fine et intime avec l'expression de ce mouvement interne et son organisation dans les tissus.

L'expression libre de cette mouvance au sein des tissus et des articulations leur confère un degré de malléabilité, souplesse et adaptabilité favorable à un état de santé. La microcirculation et les échanges métaboliques sont optimisés. Les zones de tensions musculaires, de crispations fasciales, de densités périostées et osseuses sont entraînées de la bonne circulation de ce mouvement interne.

Afin de libérer les zones du corps «immobiles», c'est-à-dire désertées de la présence de ce mouvement interne, et dont les tissus se retrouvent en conséquence densifiés, en souffrance vasculaire, en restriction d'adaptabilité gestuelle et posturale, le fasciathérapeute utilise le geste du point d'appui manuel ayant pour objectif de mobiliser et de potentialiser la présence du mouvement interne là où il est absent. La libération et la correction ne sont donc pas imposées de l'extérieur par une manipulation articulaire ou tissulaire, mais se réalisent à travers une potentialisation des forces d'autorégulation de l'organisme. Dans ce sens, nous pouvons dire que la libération et la correction se font de l'intérieur, sous l'autorité des forces du vivant.

Le point d'appui manuel est donc le geste essentiel à cet acte de potentialisation du vivant, qui demande à être appliqué de manière extrêmement précise afin d'obtenir une réponse positive du corps.

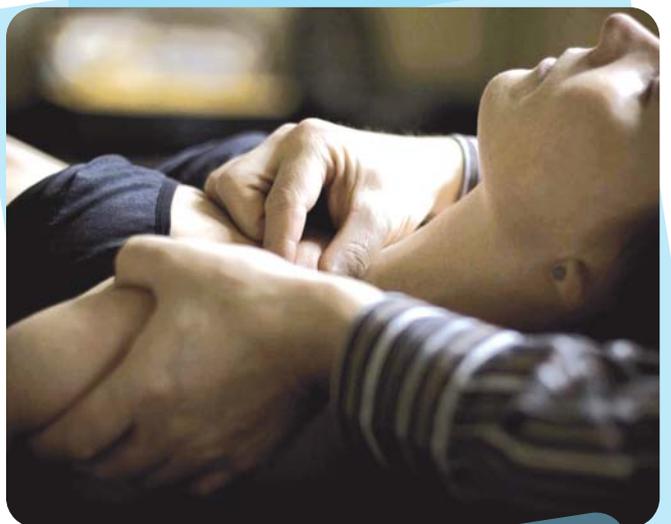
— L'APPLICATION DU POINT D'APPUI —
 COMME OUTIL D'ÉVALUATION ET DE NORMALISATION

Le point d'appui correspond à la phase statique du traitement en fasciathérapie qui se réalise en alternance avec la phase dynamique. En résumé, la phase dynamique correspond au suivi de l'expression spontanée du mouvement interne au sein des tissus, dans ses différentes amplitudes et orientations disponibles. La phase statique, ou point d'appui, correspond à un arrêt de cette dynamique par l'application d'une pression manuelle juste. Une des spécificités du point d'appui est son caractère de globalité. Pour être efficace, le point d'appui doit englober dans un même geste toutes les couches anatomiques présentes sous la main: derme, fascia, muscle, périoste et intraosseux, ou viscère. Cette globalité de connotation crée une sorte de verrouillage aux forces motrices internes favorisant ainsi leur potentialisation. La nature de la pression exercée est ainsi fondamentale: trop peu de pression empêche la potentialisation des forces internes qui fuient dans les parties non concernées par le point d'appui, trop de pression emprisonnent et étouffent la réponse. Il est donc nécessaire d'appliquer une pression juste, que nous avons appelée la pression de relation, qui demande une écoute attentionnée afin de capter la demande du corps.

Ci-contre sont présentées les différentes étapes du point d'appui, correspondant à la fois à un temps d'évaluation et de correction.

Le point d'appui commence par un arrêt provoqué au sein de la mouvance interne des tissus. Cet arrêt a la vocation de déclencher une réponse des forces motrices internes, appelée la réaction tonique. Cette réaction tonique, dont nous détaillerons le contenu ci-dessous, apparaît selon un temps de latence plus ou moins long, cette temporalité constituant un premier élément d'évaluation de critères de santé du patient. Ainsi, plus le délai d'apparition de la réaction tonique est court au point d'appui, meilleure est la vitalité du patient, plus grande est la capacité d'adaptation du corps, plus vivaces sont les forces d'autorégulation du vivant. En effet, le point d'appui, qui représente une situation d'immobilité inédite pour le corps dans sa dynamique de mouvance interne, est une invitation faite au corps à trouver une nouvelle organisation interne en termes de mouvement et de tonus, et de reconstruire les mouvements absents. Une réaction tonique lente à se manifester signe un état de fatigue du patient qui nécessitera un premier travail de relance des forces internes, celles-ci devant être suffisamment présentes dans le corps pour obtenir une libération.

Suit le temps de la réaction tonique. La réaction tonique correspond à une mobilisation d'un tonus interne, qui se déroule selon une évolutivité précise et fournit au praticien des indicateurs très précis sur l'état de santé du



Les différentes étapes du point d'appui (voir schéma pour illustration)

corps, sur l'organisation de la pathologie au sein des tissus, dans une simultanéité au processus de normalisation de la pathologie.

La première phase de la réaction tonique est la phase dite de confrontation tonique. Alors que les mains du praticien ne bougent pas et sont appliquées à exercer une pression adéquate, tout en réceptionnant les effets qu'elles déclenchent, on assiste à une activité intense au sein des tissus. Cette activité tonique n'est pas visible par un regard extérieur mais perceptible sous les mains par une écoute fine. La réaction tonique qui se manifeste à ce moment est la résultante d'une discussion, plus ou moins intense, entre les forces de préservation de l'organisme et les forces de renouvellement. Face à la proposition qui lui est faite, le corps cherche à s'adapter en se renouvelant, mais en même temps ces forces de renouvellement sont confrontées aux habitudes du corps qui tendent vers une préservation des acquis. Lorsque le point d'appui est positif, se réalise dans des conditions optimales, c'est-à-dire au bon moment, au bon endroit et à la bonne pression, la réponse tonique déclenchée et observée est évolutive: l'intensité qui est le fruit de cette discussion entre ces deux forces opposées augmente, ces deux forces bien qu'opposées ne s'inhibant pas mais se potentialisant, pour aboutir au seuil maximal de tension tonique.

Le seuil maximal de tension tonique traduit l'intensité maximale de la négociation qui conduit à un choix: soit le corps accepte la proposition du point d'appui qui lui est faite et se libère, soit le corps refuse la proposition et le point d'appui se met à stagner; dans ce dernier cas, il faut alors proposer un autre point d'appui, soit dans un autre endroit du corps, soit selon une pression de connotation différente. Dans le cas où le corps accepte le point d'appui, on assiste alors à l'effondrement de la tension tonique.

L'effondrement de la tension tonique correspond sous les mains à une sensation de relâchement de la tension tonique. En réalité, le tonus est en train de changer de forme d'expression pour donner lieu à une nouvelle possibilité de mobilité tissulaire ou articulaire. «Le corps traduit de cette manière qu'il a assimilé l'information nouvelle, qu'il s'est transformé et accommodé autour d'elle: il peut à nouveau exprimer un mouvement qui était devenu impossible» (H. Courraud-Bourhis, 2005) ^[8]. Le praticien perçoit alors sous ses mains une réponse sous la forme d'un mouvement intentionnel dans les tissus, selon une orientation spécifique, qu'il va suivre jusqu'à poser un nouveau point d'appui au bout de son amplitude, à la rencontre d'une nouvelle immobilité. Ainsi se déroule, de façon schématique, le traitement en fasciathérapie, dans une alternance entre points d'appui et suivis dynamique du mouvement émergeant du résultat du point d'appui. A noter que la succession de mouvements naissant des points d'appui correspond au schéma d'autorégulation

de la pathologie, remontant ainsi le schéma de lésions tissulaires.

La notion de contagion tonique, également illustrée sur le schéma, permet une évaluation de la diffusion, en profondeur comme en étendue, de la réaction tonique déclenchée par le point d'appui. Lorsque les mains du praticien appliquent une pause à la mouvance interne des tissus, la réponse offerte par le corps se manifeste selon une géographie anatomique propre à chaque individu, selon l'organisation historique de sa pathologie, et évolutive. Ainsi, à travers l'évaluation de la contagion tonique, le praticien évalue à distance les zones de mobilité et d'immobilité et les niveaux de profondeur atteints par la pathologie (derme, fascia, muscle, périoste, os, pulsologie...). Si le traitement est positif, la contagion tonique, c'est-à-dire l'étendue de la participation de la réponse au point d'appui, augmente au cours du traitement, pour arriver à concerner, en un point donné, une globalité corporelle.

Les données de la biomécanique sensorielle, qui permettent une lecture de la réaction tonique et des mouvements internes en termes de cohérence et d'incohérence, et ainsi d'aborder le mouvement interne comme support sensoriel du geste, ne seront pas abordées ici. Le lecteur intéressé pourra se référer au livre de Hélène Courraud-Bourhis, «Biomécanique sensorielle et biorythmie» ^[8].

— UN POINT D'APPUI QUI IMPLIQUE LA PERSONNE —

Une des spécificités du point d'appui manuel en fasciathérapie est qu'il s'adresse non seulement à l'organisme dans ses capacités d'autorégulation mais à la personne dans son unité somato-psychique. En effet, la personne en tant qu'être ressentant, percevant et pensant, n'est pas à l'écart de ce qui se joue dans son corps durant ce temps du point d'appui. Ainsi, le degré d'intensité qui se dégage de la réaction au point d'appui – intensité qui se lit à travers la qualité de la lenteur qui se dégage du mouvement interne – traduit le degré d'implication du patient à ce qui se joue en lui. Plus le patient est proche de lui-même, proche de son corps, concerné par ce qui s'y joue, plus l'intensité est grande. Une faible intensité traduit au contraire une distance du patient envers son corps et envers ses phénomènes internes. Dans ce cas, le praticien appliquera pour commencer un certain nombre de points d'appui suffisamment longs afin de donner le temps et permettre au patient de venir se rejoindre et combler la distance entre lui et son corps.

Les termes de confrontation tonico-psychique et d'effondrement tonico-psychique sont utilisés sur le schéma présenté ci-dessous afin d'illustrer la nature somato-psychique de la mobilisation au point d'appui. Les études sur le tonus montrent effectivement que celui-ci apparaît au carrefour de l'unité corps / psychisme ^[9]. Ainsi, la réaction tonique déclenchée au point d'appui traduit non seulement la mobilisation des forces vitales de l'organisme, mais exprime également le potentiel d'adaptabilité somato-psychique de la personne.

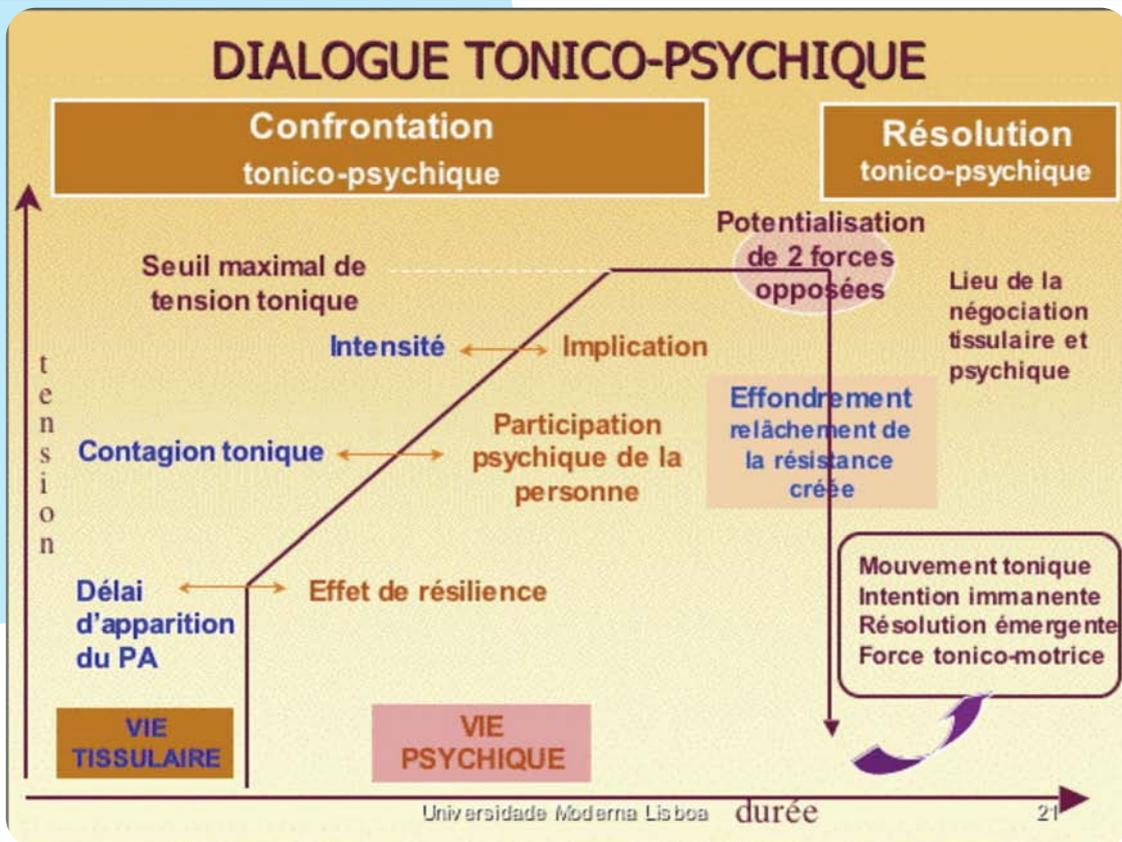


Schéma des différentes étapes de la réaction au point d'appui.

— EN RÉSUMÉ, LES INTÉRÊTS — DU POINT D'APPUI EN THÉRAPIE MANUELLE

- Le point d'appui permet de mobiliser suffisamment de forces de libération internes, dans toutes les couches anatomiques du corps, pour obtenir une normalisation de l'intérieur, donnée par le corps, sans avoir recours à une manipulation sollicitant une force de libération externe au corps. Le potentiel de libération interne n'est toutefois pas toujours spontanément disponible dans le corps, et il est souvent nécessaire de consacrer un premier temps de traitement, plus ou moins long, à recruter ces forces internes par des points d'appui de construction.
- Le point d'appui permet une évaluation du schème pathologique complémentaire au discours symptomatique du patient, en accédant à la demande silencieuse du corps, souvent différente de la demande verbalisée du patient. Le symptôme révélé n'étant souvent que la pointe de l'iceberg du problème, il est nécessaire, pour obtenir une libération en profondeur et efficace dans le temps, de remonter l'organisation à bas bruit de la pathologie, qui passe souvent inaperçue aux examens

médicaux classiques et à la conscience du patient lui-même. Il s'agit de ce que nous appelons le «non révélé» de la pathologie^[10]. Dans ce contexte, la qualité d'écoute manuelle du praticien est essentielle: pour capter les informations de l'intériorité du corps, mais aussi pour que celui-ci se sente entendu dans sa demande et se livre.

- En complément à ce dernier point, le point d'appui permet une évaluation du schème pathologique au niveau local et global: accès à des informations sous la main, en profondeur (bilan du niveau de profondeur atteint), et des informations en étendue (bilan des points d'ancrage à distance et des îlots de tension), par l'évaluation des zones d'habitation ou de non habitation de la réaction tonique déclenchée par le point d'appui.
- Le point d'appui permet une évaluation permanente et en temps réel du traitement. Nous comprenons par là que le traitement n'est jamais pré-défini à l'avance. Si certains gestes sont incontournables en fonction d'une pathologie donnée, une grande part du traitement se redéfinit en permanence au cours du travail, en fonction de l'état de vitalité de la personne, de l'histoire de sa patholo-

gie, et de sa capacité à se mobiliser face aux propositions nouvelles offertes par le thérapeute. Ainsi, un dialogue permanent s'instaure entre les propositions faites par le praticien et les réponses du patient, réponses qui évoluent et se transforment au cours du traitement.

- Le point d'appui, à l'écoute de la demande du corps en souffrance et de la personne dans ses potentialités, permet de développer la dimension relationnelle du soin, partie intégrante de celui-ci. Le patient se sent entendu dans sa demande, concerné dans qui il est, accompagné et soutenu dans son processus de guérison. Les conditions sont favorables à une collaboration positive entre le patient et le thérapeute, essentielle dans une prise en charge thérapeutique. «La pratique de la kinésithérapie instruit nécessairement un colloque singulier entre le patient et le praticien. La dimension clinique y est prévalente, la relation interpersonnelle essentielle, et ceci afin de créer les conditions favorables à la prise en charge thérapeutique.» (Rouxel et Lani, 2006) ^[12]. Si la dimension relationnelle est effectivement reconnue comme essentielle à la prise en charge thérapeutique et à son évolution positive, la manière de créer ce climat relationnel ne se donne pas d'emblée. Dans ce contexte, l'outil du point d'appui manuel, en tant que toucher à la fois curatif et relationnel, nous semble être une voie d'accès favorable à l'instauration de ce climat entre patient et thérapeute, et qui s'inscrit totalement dans le champ de compétences du physiothérapeute.

— CONCLUSION —

Si la fasciathérapie a une action première sur la régulation de nombreux symptômes physiques, la dynamique relationnelle est également centrale dans l'approche, et se crée notamment dans l'interaction manuelle entre le praticien et le patient, par le média du mouvement interne. Mais la dynamique relationnelle entre le patient et le praticien laisse la place à un autre type de relation, entre le patient et son propre corps. Ainsi, la fasciathérapie agit également sur la relation de la personne à elle-même et peut être un véritable support d'accompagnement de la personne en transformation. A travers le point d'appui manuel, et grâce à un accompagnement pédagogique qui invite le patient à poser son attention sur les changements intérieurs produits par le point d'appui, la personne accède à un éprouvé d'elle-même renouvelé. En effet, le point d'appui, par la transformation de l'architecture tonique et psychotonique qu'il déclenche, constitue «les conditions de l'émergence d'une nouvelle expérience de soi et de référence à soi». Le point d'appui peut alors être considéré comme «le moment d'émergence de l'expérience, le moment où s'amorce, se développe et se

construit l'émergence d'une nouvelle expérience de soi. Ce processus de changement tissulaire perçu sous la main du praticien constitue le premier stade de transformation de la personne.» (Courraud, 2009) Dans ces conditions, le praticien proposera en fin de séance manuelle une phase d'entretien, afin de permettre au patient de témoigner du vécu de son expérience et d'en saisir les significations émergentes. Ainsi, plus qu'un outil d'évaluation et de normalisation, le point d'appui constitue un véritable support interne, tuteur sur lequel la personne va pouvoir construire sa vitalité, se rejoindre en elle, pour se déployer dans des dimensions nouvelles et salutogènes.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Centre d'Etude et de Recherche Appliquée en Psychopédagogie perceptive, Université Fernando Pessoa, Porto
- [2] Bois D. & Berger E. (1990). Une thérapie manuelle de la profondeur. Paris: Guy Trédaniel
- [3] Bois, D. (2007). Le corps sensible et la transformation des représentations chez 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.
- [4] Courraud, C. (1999). Fasciathérapie et sport. Le match de la santé. Paris: Éditions Point d'Appui.
- [5] Courraud, C. (2004). La fasciathérapie somatologie, le toucher psychotonique, revue SNKG, juillet août septembre 2004.
- [6] 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 de Mestrado en psychopédagogie perceptive, Université Moderne de Lisbonne.
- [7] Courraud, C. (2009). Le point d'appui à l'Être. In Vers l'accomplissement de l'être humain; soin, croissance et formation. Bois D. et Humpich M. (dir.). Ivry sur Seine: Point d'Appui.
- [8] Courraud-Bourhis, H. (2005). Biomécanique sensorielle et biorythmie. Paris: Point d'appui.
- [9] Giromini, F., André, P., Benavidès, T. (2004). Le tonus comme communication et expression de la vie psychique. In Corps et psychiatrie. Paris: Heure de France
- [10] Quéré, N. (2004). La pulsologie, méthode Danis Bois. Paris: Point d'Appui.
- [11] Quere, N., et Al., (2008). Fasciathérapie combinée avec la pulsologie induit des changements dans la turbulence sanguine potentiellement bénéfique pour l'endothélium vasculaire. Journal of Bodywork and Movement Therapy (2008).
- [12] Rouxel, K. et Lani, F. (2006). L'enseignement de la psychosociologie en IFKM: vers une histoire naturelle des prises en charge kinésithérapiques, Paris: fmt mag, n°80.

ADRESSES ET COORDONNÉES

CERAP
 (CENTRE D'ÉTUDE ET DE RECHERCHE APPLIQUÉE EN
 PSYCHOPÉDAGOGIE PERCEPTIVE):
www.cerap.org
 ÉCOLE SUISSE DE FASCIATHÉRAPIE: 23, RUE JACQUES GROSSELIN,
 1227 CAROUGE. TÉL.: 022 301 30 85
www.fasciatherapie.ch