



# XIII<sup>ème</sup> Rencontres D' Ostéopathie Comparée

Montjoie (09, France) - 22/23/24 Juin 2018



## « *Fasciathérapie Méthode Danis Bois -Toucher Sensible et relation de soin* »

Intervenant : Christian Courraud, MKDE, Dr en Sciences Sociales (spécialité psychologie), directeur du Centre d'Etude et de Recherche en Psychopédagogie perceptive (CERAP/UFP), Formateur en fasciathérapie (TMG Concept).

### Résumé :

Cette communication aborde le toucher dans sa dimension sensible et sa place dans la relation de soin. Après une introduction qui insiste sur la place de la dimension relationnelle dans le soin et plus particulièrement dans la thérapie manuelle, je préciserai ce qui est entendu sous le terme « Sensible » et présenterai les contours du toucher de relation sur le mode sensible pratiqué dans le cadre de la fasciathérapie Méthode Danis Bois (MDB).

*« 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).*

### • Introduction

Le choix du thème toucher Sensible et relation de soin s'est imposé pour aborder la question centrale de la sensibilité, dimension qui traverse et caractérise tous les êtres vivants y compris le monde animal et qui est au cœur de nos interactions sociales et thérapeutiques. Rogers, psychologue américain, considérait ainsi que les relations thérapeutiques étaient une forme de relation sociale et pensait que la qualité de la relation était le fondement toute action thérapeutique. Aujourd'hui, des auteurs suggèrent que l'effet placebo (ou effet contextuel), partie prenante du traitement et dépendant des conditions de traitement, constituerait le mécanisme commun à toutes les thérapies manuelles.

Mais au fond qu'entend-on par sensibilité ? Et faut-il distinguer la sensibilité du terme Sensible ? De plus, quel rôle joue la sensibilité dans la relation thérapeutique ? Une relation peut-elle être insensible ? Une relation sensible est-elle thérapeutique ? Que soigne-t-elle ? Cette communication abordera tous ces sujets à travers une présentation des travaux issus de l'évolution de la fasciathérapie Méthode Danis Bois (MDB) sur le toucher, son impact sur la relation au corps Sensible et le développement d'un mode relationnel appelé réciprocité.

- **Le dualisme dans les soins**

La fasciathérapie MDB, tout comme l'ostéopathie, sont des approches thérapeutiques basées sur le développement de la perception manuelle. Still parlait de palpation immatérielle, Becker de méditation manuelle pour décrire l'importance de la qualité du toucher dans le soin.

La fasciathérapie s'inscrit dans cette philosophie du soin en se décrivant comme une thérapie manuelle qui associe indistinctement deux touchers : un toucher symptomatique et un toucher relationnel (Bois, 2007, Courraud, 2007). L'efficacité thérapeutique de la fasciathérapie dépend de l'association de ces deux touchers car chaque toucher possède une fonction soignante distincte. Le premier soulage les troubles organiques alors que le second prend soin de la personne. Ce modèle thérapeutique manuel s'inscrit ainsi dans une double définition du soin : celle de faire un soin (« to cure ») dont la visée curative est centrée sur les symptômes et leur guérison et celle du prendre soin (« to care ») qui est centrée sur le patient par l'attention portée à autrui, à ses valeurs, ses besoins fondamentaux et son bien-être (Tronto, 2009).

Toutefois, la professionnalisation des soins et l'avènement du modèle biomédical ont progressivement conduit à une asymétrie dans les soins. Pendant longtemps, la dimension curative a pris le pas sur la dimension relationnelle créant parfois une crise identitaire du soignant (perte du sens, perte de compétences). Aujourd'hui, avec le développement croissant des maladies chroniques et l'émergence d'un nouveau modèle de santé centré sur le patient (modèle global, bio-psycho-social) on assiste à un retour du prendre soin.

Ces prises de conscience se retrouvent dans toutes les professions du soin y compris dans le monde de la thérapie manuelle et de l'ostéopathie qui est amenée à reconfigurer son paradigme. Certains auteurs n'hésitent pas ainsi à considérer que les attitudes du praticien (réassurance, confiance, alliance thérapeutique) et la qualité de la relation thérapeutique serait tout aussi importantes que l'excellence clinique (diagnostic, connaissances théoriques et maîtrise des techniques) (Bialosky, 2017).

Dans ce contexte, où l'acquisition de nouvelles habiletés relationnelles et de développement personnel devient une exigence pour faire face aux nouveaux enjeux de la prise en charge du patient, la dimension relationnelle du toucher constitue une piste prometteuse pour tous les thérapeutes manuels qui recherchent une approche plus centrée sur le patient et moins sur le symptôme. Le toucher de relation proposé par la fasciathérapie MDB qui s'inscrit dans cette perspective, présente la particularité d'introduire la dimension sensible du toucher au cœur de la relation de soin.

- **Notion de « Sensible »**

Le terme Sensible (Bois, Austry, 2007) s'inscrit dans la lignée des paradigmes de la phénoménologie et de la psychologie humaniste qui placent la perception et l'expérience vécue du corps comme primat de la relation à soi. Le projet central est de replacer le sujet au centre de son existence et de lui permettre de faire l'expérience de lui-même à travers des mises en situation qui sollicitent la potentialité perceptive. Le sujet Sensible se construit à partir, dans et à travers l'expérience corporelle pour se reconnaître comme être sentant, percevant et pensant. Cette approche considère qu'une des crises essentielles de notre monde moderne et actuel s'enracine dans l'absence du sujet à lui-même. Le sujet ne se ressent pas, ne se perçoit pas et vit éloigné du sentiment de son existence.

Il est à noter que dans le paradigme du Sensible, l'enrichissement perceptif est le primat du développement de la relation à soi et aux autres. Dans ces conditions, la perception ne se résume pas à la perception des objets mais est défini comme un acte tourné vers l'intérieur du corps et comme un mode de relation à soi. En modifiant la perception du corps, il devient possible de modifier la relation à soi et à autrui. Les troubles de la perception du corps (traumatiques ou socio-culturels) fondent la manière dont la personne se perçoit, perçoit les

autres et le monde qui l'entoure. Cet aspect de la pathologie assez peu pris en compte dans le milieu de la thérapie manuelle est appelé imperçu (Bois, 2007) et constitue une voie pertinente pour la prise en charge des souffrances inhérentes à la maladie et au mal-être.

Perception du corps = perception de soi = perception d'autrui
---

Il est également à noter que dans ce paradigme, la perception du mouvement interne renvoie à la perception du flux de la conscience et du mouvement du moi (moi renouvelé). Le mouvement interne est ici entrevu comme dynamique, expression de la dynamique intrinsèque de croissance de la personne. Tout arrêt du mouvement interne traduit une fixité du corps et du monde des idées ou des représentations. Le mouvement interne et sa perception renvoient ainsi à un sentiment d'un moi mouvant, animé, humain.

Parmi les différentes méthodologies pratiques utilisées pour favoriser l'émergence et l'actualisation de cette dimension Sensible du sujet, figure le toucher de relation. Ce toucher permet en effet de créer et d'installer une relation de réciprocité entre le praticien et la personne accompagnée, relation non verbale, organique favorisant le retour à soi du patient (Bois et Bourhis, 2012, Austry, 2009, Courraud, 2007). La fasciathérapie MDB introduit cette dimension Sensible dans la relation de soin et son apprentissage est intégré à la démarche clinique.

Des études qualitatives menées au sein du CERAP ont mis en évidence l'impact de ce toucher sur les praticiens : développement des ressources perceptivo-cognitives (capacité à percevoir des informations internes et à les discriminer) et enrichissement des capacités relationnelles (qualité de présence et d'attention à soi et à l'autre, justesse du toucher et capacité à répondre à la demande du corps). Toutefois, ce toucher peut aussi 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 et des difficultés d'ordre attentionnelles (Bourhis, 2012).

Des recherches qualitatives menées auprès de patients suivis en fasciathérapie 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 (Angibaud 2011, Bois, Bourhis, 2010, Dupuis 2016, Bertrand et al, 2017). En sollicitant cette subjectivité corporelle, la fasciathérapie tend ainsi à s'inscrire dans le champ d'une thérapeutique centrée sur le patient.

- **Contours du toucher de relation et réciprocité**

Le toucher de relation (Austry, 2009, Austry, Berger, 2011) fait 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, 2008, p. 183). Ce toucher écoute et répond à la demande profonde du corps donnant au geste thérapeutique sa justesse et sa singularité.

L'acquisition de ce 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) : « *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).
- 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 (Courraud, 2007, Bourhis, 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 corporalisée.

### • Conclusion

Dans l'histoire de la fasciathérapie MDB, le développement de la dimension perceptive du toucher a permis de prendre contact avec la dimension sensible du corps qui rompt avec l'idée du corps purement objectif du paradigme biomédical et qui vient compléter celle de corps vivant animé d'un dynamisme vital que l'on retrouve dans le champ ostéopathique. Dans ce modèle, la perception du corps est le support et le primat de la relation à soi et de la relation à autrui. Ce toucher sensible apparaît donc comme un moyen de solliciter la potentialité perceptive de l'être humain et offre un moyen de renouveler la relation à soi, aux autres et au monde.

Dans ce contexte, le toucher relationnel sur le mode Sensible devient thérapeutique car il modifie la relation du thérapeute à lui-même, la relation entre le patient et le thérapeute et la relation du patient avec lui-même. Ce toucher est soignant parce qu'il recrée du lien avec soi, autrui et le monde.

Le toucher Sensible s'inscrit dans une perspective phénoménologique et dans une philosophie du « touchant/touché ». Ce que je touche me touche et ce qui me touche m'affecte. Toutefois, le toucher Sensible ne touche pas en priorité l'affectivité ou l'émotion mais s'adresse avant tout à l'humanité qui est commune à autrui et à soi et qui demande à être partagée. Le traitement basé sur cette circulation interne « non verbale » dans laquelle les deux acteurs de la

relation sont touchés dans leur humanité est nommé réciprocité et constitue le mode de relation à l'œuvre dans le soin de fasciathérapie.

Enfin, la pratique de la fasciathérapie sur le mode Sensible est un moyen pour les thérapeutes manuels de faire coexister dans leur pratique la dimension curative (« to care ») et la dimension relationnelle (« to care ») en ayant le sentiment d'accomplir un soin au sens ontologique du terme.

- **Références**

Angibaud A. (2013). La voie du corps sensible dans le traitement du mal être. Revue Réciprocités n° 8. p. 26-35

Angibaud A. (2013). La voie du corps sensible dans le traitement du mal être. Revue Réciprocités n° 8. p. 26-35

Austry D., Berger E., 2014, Empathie, toucher et corps sensible : pour une philosophie pratique du contact. L'empathie, au carrefour des sciences et de la clinique, Dir. Besse A. Botbol M., Garret-Gloanez N. Doin Éditeurs (France). pp. 229-246

Austry, D. (2009). Le touchant touché dans la relation au Sensible, une philosophie du contact. In Bois D., Josso M.-C., Humpich M. (éds.), Sujet sensible et renouvellement du moi, les apports de la fasciathérapie et de la somato-psycho-pédagogie. Ivry-sur-Seine : éditions Point d'Appui, pp. 137-166

Bertrand I., Bois D., Fédor M.C., Leysse-Ouvrard C., Miolanne M., Boirie Y. (2017). Assessing Body-Centered Educational Approaches to the Management of Obesity. Obesity Open Acces. Vol 3.2. ISSN 2380-5528

Bialosky JE, Bishop MD, Penza CW. Placebo Mechanisms of Manual Therapy: A Sheep in Wolf's Clothing? J Orthop Sports Phys Ther 2017;47(5):301-304. doi:10.2519/jospt.2017.0604

Bois, D. (2008). De la fasciathérapie à la somato-psycho-pédagogie : analyse biographique du processus d'émergence de nouvelles disciplines. Réciprocités, n°2, Revue du CERAP. p. 6-18.

Bois, D. et Austry, D. (2007). Vers l'émergence du paradigme du Sensible. Réciprocités, n°1. Revue du CERAP. p. 6-22.

Bois D. Bourhis H, Berger E. (2010). L'approche somato-psychique dans le champ de l'éducation pour la santé : Analyse biographique du récit de vie d'un patient. in Actes du congrès AREF 2010, Lucie Mottier Lopez, Catherine Martinet et Valérie Lussi (Coord.), 13 - 16 septembre 2010, Université de Genève, Symposiums courts

Bourhis, H. (2012). Toucher manuel de relation sur le mode du Sensible et Intelligence sensorielle - Recherche qualitative auprès d'une population de somato-psycho-pédagogues. Thèse de doctorat en Sciences de l'Éducation, Université Paris VIII.

Courraud, C. (2007). 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.

Dupuis C. (2016). Combinaison d'approches quantitatives et qualitatives pour l'évaluation des effets de la fasciathérapie méthode Danis Bois sur la douleur de patients fibromyalgiques. Recherches Qualitatives, « Prudence empirique et risques interprétatifs », Montpellier, juin 2015, Hors Série « Les Actes », 2016, p. 515-530

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.