



The Sensible and Identity Crisis of Healthcare Workers: The Perspective of Physiotherapists Practicing Fasciatherapy

Christian Courraud^a, Anne Lieutaud^a, Danis Bois^b

Version française mise à la disposition de FasciaFrance et de ses adherents.
Pour préserver la diffusion de l'article original en anglais dans la revue Sociology
Study, il est demandé aux lecteurs de ne pas diffuser publiquement cette version.

La version anglaise de l'article a été réalisé par Martine Chaux.

Lien vers l'article original en accès libre :

<http://www.davidpublisher.org/index.php/Home/Article/index?id=35660.html>



Sensible et crise identitaire des professionnels de santé : le point de vue de physiothérapeutes français pratiquant la fasciathérapie

Mots-clés : fasciathérapie – identité professionnelle – kinésithérapie- crise du soignant – toucher dans la relation et soin

Abstract :

L'identité des professions para-médicales est amenée à évoluer pour s'adapter aux changements du monde de la santé. Si la dimension relationnelle constitue le socle de l'identité des soignants, la masso-kinésithérapie française fonde cette compétence relationnelle sur le toucher. De nombreux praticiens cherchent ainsi à développer cet aspect de leur pratique à travers la formation continue professionnelle. C'est dans ce secteur que se situe la fasciathérapie Méthode Danis Bois (MDB) qui se caractérise par son approche relationnelle et sensible du soin et du toucher.

Cet article présente, à partir d'une enquête par questionnaire d'auto-évaluation conduite auprès de 446 masseurs-kinésithérapeutes, les impacts de cette thérapeutique manuelle sur leur identité professionnelle. Les résultats montrent que, malgré quelques difficultés imputables au cadre d'exercice inhérent à cette profession, la pratique de la fasciathérapie s'intègre parfaitement dans l'exercice de la masso-kinésithérapie. Elle renforce fortement le sentiment d'efficacité thérapeutique et la capacité à faire face à l'évolution des besoins de santé (maladies chroniques, souffrance psychique et la qualité de vie des patients). Elle redonne également du sens et de la valeur au métier, relance la motivation et favorise la congruence des identités personnelle et professionnelle. Elle est ainsi considérée comme une valeur ajoutée à la masso-kinésithérapie, un moyen de s'accomplir et une composante essentielle de l'identité professionnelle.

1. Introduction

- **L'identité professionnelle du soignant : une identité en crise**

Chaque métier, chaque profession construit une *identité professionnelle spécifique*. Il existe alors autant d'identités professionnelles que de métier. Celle des soignants se caractérise par une double dimension : faire un soin (« to cure ») dont la visée curative est centrée sur les symptômes et leur guérison et prendre soin (« to care ») qui est centrée sur le patient et l'attention portée à autrui, à ses valeurs, ses besoins fondamentaux et son bien-être. Ces deux notions bien que distinctes dans leur définition et dans leur visée doivent coexister dans l'exercice du soin (Laemmlin-Cencig, 2015, Piguet, 2010, Tronto, 2009, Honoré, 2003, Hesbeen, 1997). Être soignant implique ainsi de posséder et de développer conjointement et harmonieusement des gestes professionnels (techniques et actes prescrits) et des attitudes « professionnelles » (écoute, disponibilité, présence).

Cette identité est aujourd'hui mise à mal dans un contexte d'évolution des soins et de la santé. En effet, construites sur la lutte contre la maladie valorisant la dimension curative, ces identités se trouvent régulièrement en perte de repères face à leur incapacité et impuissance à guérir le patient atteint de maladies chroniques : « *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).

Ces déstabilisations produisent des crises identitaires qui sont souvent l'occasion de prises de conscience d'un décalage entre la réalité professionnelle vécue et l'idéal professionnel. Les soignants ont la sensation que leur formation initiale ne les a pas préparés à affronter la réalité et la complexité de la situation de soin. Remettant en cause le sens même du métier qui ne remplit plus sa fonction existentielle, certains soignants vivent une réelle souffrance physique et psychique pouvant aller jusqu'à l'épuisement professionnel (burn-out) : « *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.* » (Daloz, 2007, p. 84).

Ces nouvelles situations de soin réactualisent avec force l'importance d'un retour à la relation de soin présentée par certains auteurs comme le socle identitaire du soignant : « *La relation avec le patient demeure, (...), la spécificité irréductible des métiers exercés dans les services de soins, quand bien même elle est professionnalisée.* » (Holcman, 2006, p. 37). Elles impliquent toutefois de la part du soignant un retour vers eux-mêmes pour se découvrir comme être de relation sensible à soi et à autrui : « *L'émergence du patient sujet de sa santé peut se faire dans le cadre de la relation de soin(?) 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).

Un nouveau modèle identitaire articulant harmonieusement le soin et le prendre soin doit ainsi prendre forme et constitue un enjeu majeur de la formation initiale et continue du soignant. La construction de cette nouvelle forme identitaire est un enjeu pour prévenir la souffrance au travail, favoriser l'accomplissement personnel et professionnel et améliorer la qualité et l'efficacité des soins.

- **L'exercice de la masso-kinésithérapie en France**

En 2013, le nombre total de Masseurs-Kinésithérapeutes (MK) français était estimé à 77 778. Plutôt masculine (51% d'hommes) cette population avait une moyenne d'âge de 41 ans (DREES, 2013). L'exercice professionnel est préférentiellement libéral (79% de la population) dans un cadre conventionnel (remboursement effectif des soins aux patients) et non conventionnel (le patient ne bénéficie pas de ce remboursement). Dans le cas de l'exercice conventionnel, la norme de la durée de la séance est de 30 minutes. Toutefois, la pratique est multiforme et hétérogène selon que le praticien réalise une kinésithérapie individualisée (1 patient à la fois) ou prend plusieurs patients à la fois (3 à 4 voire plus s'il s'agit d'animation de groupe) (ONDPS, 2009).

Les différentes enquêtes menées auprès des masseurs-kinésithérapeutes (Groupe Pasteur Mutualité, 2001, CARPIMKO, 2008, CNOMK, 2009, CNOMK, 2010) montrent que ceux-ci sont très attachés à leur métier avec comme raison essentielle la vocation à soigner les gens. Ils considèrent également que la population française a une bonne image d'eux et que leur place dans la société est importante. Ils estiment toutefois que leur métier est devenu plus difficile à exercer principalement en raison d'un envahissement des tâches administratives et d'une exigence croissante des patients, avec un « sentiment de surcharge de travail très marqué » limitant les temps de récupération et impactant négativement le travail et les activités familiales. Enfin, il faut souligner que, comme les autres professionnels de santé, ils sont globalement assez peu confiants dans leur avenir.

Les enquêtes soulignent également une certaine insatisfaction concernant la formation initiale ne préparerait pas suffisamment à l'exercice libéral (ONDPS, 2009, CNOMK, 2009), la formation continue professionnelle étant un recours pour combler ces manques mais aussi pour pouvoir « faire face à un besoin identifié dans la patientèle » ou « élargir son spectre ou approfondir un domaine ». Pour certains, la formation continue serait également l'occasion d'engager une formation longue (comme l'ostéopathie) les conduisant vers un exercice non conventionné voire à un changement de métier (ONDPS, 2009).

Enfin, la masso-kinésithérapie, comme toutes les autres professions de santé doit s'adapter pour faire face à l'évolution croissante des maladies chroniques en passant d'un modèle exclusivement biomédical à un modèle de santé dit « global » ou « centré sur le patient » (Gatto, 2005). Cette nouvelle conception du soin implique que le masseur-kinésithérapeute se forme à une prise en charge globale (composantes biophysiological, psychologique, sociale et culturelle) et complexe intégrant des compétences éducatives et relationnelles. Le masseur-kinésithérapeute qui se perçoit avant tout comme un thérapeute est ainsi amené à reconfigurer sa façon de se percevoir et de concevoir sa fonction et son métier (ONDPS, 2009).

- **Le toucher au cœur de l'identité du masseur-kinésithérapeute français**

En France, la masso-kinésithérapie se distingue des autres professions de santé par le fait que le soin se fait par et à travers le toucher : *« 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). Pour souligner cette importance attribuée au toucher, il faut souligner que la France est le seul pays au monde à intégrer dans l'intitulé de la profession le terme masseur à côté

de celui de kinésithérapeute. Les autres pays ayant adopté le terme de « physiothérapie » et de « physiothérapeute ».

Certains praticiens en font même le cœur de leur métier car synonyme de temps et d'attention au patient et procurant leur plus grande source de plaisir et de satisfaction : « *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). 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 valorisation du toucher s'exprime par le grand nombre de masseurs-kinésithérapeutes qui cherche à enrichir leur formation professionnelle dans le domaine de la thérapeutique manuelle (Drainage Lymphatique Manuel, Microkinésithérapie, Thérapie manuelle, Fasciathérapie, Ostéopathie et Massages de bien-être). Nombre d'entre eux déclare même en avoir fait une spécialisation de leur pratique (CNOMK, 2009). Cela indique à quel point l'approfondissement de ce champ de pratique constitue un axe prioritaire pour une très forte population des kinésithérapeutes.

- **Le Sensible et la fasciathérapie Méthode Danis Bois (MDB)**

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 fondamental 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 (Aumonier 2017, Gauthier, 2015, Florenson, 2012, Humpich-Lefloch, 2008). 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 et vit éloigné du sentiment de son existence.

Les travaux menés au sein du CERAP explorent les applications de cette approche formative de l'être humain dans le champ du soin, de la formation, de la démarche biographique, de l'accompagnement au changement, des arts et de l'expressivité. Des études ont permis de mettre en évidence l'apport de cette forme de relation à soi dans des situations de crise telles que la traversée d'une transition professionnelle et de la formation d'adultes (Marchand 2015, Dagot 2013, Bois, 2007), l'expérience de la maladie (Dupuis, 2016, Bertrand, 2015, Angibaud, 2013, Duval T. Duprat E., Berger E., 2013, Bois D. Bourhis H., Berger E. 2010) ou encore l'accompagnement du changement (Cousin, 2016, Laemmlin-Cencig, 2015).

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 (Austry et Berger, 2014, Bourhis et Bois, 2012, Courraud, 2007).

Des études qualitatives menées au sein du CERAP (Cusson, 2015, Bourhis, 2007, 2012) ont montré que l'apprentissage de ce toucher développe des ressources perceptivo-cognitives (capacité à percevoir des informations internes et à les discriminer) et enrichit les capacités relationnelles (qualité de présence et d'attention à soi et à l'autre, justesse du toucher et capacité à répondre à la demande du corps). 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). La fasciathérapie MDB introduit cette dimension sensible dans la relation de soin et son apprentissage est intégré à la démarche clinique.

- **Fasciathérapie MDB et masso-kinésithérapie**

Élaborée dans les années 80, par D. Bois (ostéopathe et kinésithérapeute de formation puis docteur en sciences de l'éducation), à partir des idées maîtresses de l'ostéopathie, la fasciathérapie MDB s'en est éloignée par son approche globale somatique et psychique du patient et par l'intégration d'un toucher relationnel dans l'acte thérapeutique : « *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). La définition de la fasciathérapie s'est ainsi peu à peu rapprochée du champ des thérapies humanistes¹ qui placent le patient au centre de la démarche soignante : « *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). Cette conception du soin semble aller dans le sens de la demande d'une certaine partie de la population des masseurs-kinésithérapeutes qui cherchent, comme nous l'avons évoqué, à développer les différents aspects de leur toucher.

En France, la fasciathérapie MDB fait ainsi partie du paysage de la masso-kinésithérapie depuis plus de 30 années et a été citée dans certaines enquêtes comme une « modalité d'exercice spécifique » de la masso-kinésithérapie (CNOMK, 2009). Elle est appliquée par les masseurs-kinésithérapeutes dans la prise en charge de pathologies complexes telle que la lombalgie (Trudelle, 2003), l'anxiété (Convard, 2013, Payrau, 2015), la fibromyalgie (Dupuis, 2016) ou la pratique sportive (Lambert, 2013, Rosier, 2013). Toutefois, cette approche n'est pas reconnue par les instances de la masso-kinésithérapie française comme une spécificité, une spécialité ou un titre (Conseil National de l'Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes, 2012), en raison de son inscription comme l'ostéopathie dont elle est héritière dans le paradigme des médecines complémentaires non conventionnelles. Cette position particulière va à l'encontre de l'intérêt croissant et récent de la médecine conventionnelle qui considère que le

¹ 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.

traitement des fascias présente un réel intérêt dans le traitement des pathologies physiques voire psychoémotionnelles (Kwong 2014, Simmonds 2012, Schleip, 2012).

L'enquête ici présentée propose d'étudier les impacts de la pratique de la fasciathérapie dans le champ spécifique de la masso-kinésithérapie française. Il nous a semblé en effet pertinent de comprendre pourquoi des masseurs-kinésithérapeutes s'intéressent à cette approche et dans quelle mesure elle les aide à faire face aux nouvelles exigences de l'évolution de leur profession. Cette enquête a donc pour objectif :

- De repérer les apports de la fasciathérapie sur les différents aspects de la pratique de la masso-kinésithérapie ;
- D'identifier les impacts de la fasciathérapie sur le cadre d'exercice de la masso-kinésithérapie et sur la perception du métier ;
- D'évaluer de quelle manière la fasciathérapie aide les masseurs-kinésithérapeutes à s'adapter à aux exigences de leur profession.

2. Matériel et Méthode

Nous avons conduit une enquête par questionnaire auto-administré (entre le 13 février et le 15 avril 2013) auprès d'une population de 446 masseurs-kinésithérapeutes français formés à la fasciathérapie MDB (Courraud, 2015).

L'échantillon a été construit à partir des bases de données de l'Association Nationale des Physiothérapeutes-Fasciathérapeutes (ANKF) et de la société Point d'Appui (centre de formation à la fasciathérapie MDB) seules sources susceptibles de nous fournir un groupe de physiothérapeutes français formés à la fasciathérapie MDB, partageant donc à la fois la même pratique et des conditions similaires de formation et d'expérience professionnelle de cette pratique. Les praticiens inclus devaient avoir réalisé au moins une année de formation de fasciathérapie MDB.

D'un point de vue éthique, les répondants étaient informés préalablement à toute connexion au questionnaire, du thème de l'enquête, du contexte de la recherche, de l'identité de son auteur. La garantie d'anonymat était indiquée dès ce moment du recrutement des participants. Puis, lors de la connexion au questionnaire d'enquête, une mention devait être validée par le répondant pour pouvoir poursuivre, par laquelle il attestait avoir été suffisamment informé, se sentir libre de pouvoir répondre en toute honnêteté et accepter que ses réponses soient incluses dans ce travail de recherche doctorale.

Enfin, cette enquête interrogeant des praticiens sur leurs expériences et conditions d'exercice dans leur cadre habituel, et dans la mesure où les règles déontologiques habituelles aux enquêtes sociales ont été respectées (mode recrutement, honnêteté de la collecte, transparence sur l'enquête et ses objectifs, sécurité des données), il n'a pas été jugé nécessaire de la soumettre à une commission d'éthique.

Le questionnaire construit « sur mesure » comprenait 72 questions portant sur 4 thématiques de l'identité professionnelle (le profil, les changements, l'identification et les enrichissements). Pour réaliser cet article, nous avons sélectionné uniquement les questions portant sur les thématiques suivantes :

- La motivation à réaliser la formation de fasciathérapie (question à choix multiple avec un maximum de 3 réponses) ainsi que le degré de facilité/difficulté à articuler la fasciathérapie avec la kinésithérapie (échelle de Likert de 1 très difficile à 4 très facile) ;

- Le mode d'exercice de la fasciathérapie et son application dans la kinésithérapie : nombre de séances/jour (réponse unique), durée de la séance (réponse unique), part de l'exercice consacré à la fasciathérapie (réponse unique), modalités d'application de la fasciathérapie dans la séance de kinésithérapie (réponses multiples) ;
- Les impacts de la pratique de la fasciathérapie sur l'exercice professionnel : modifications du cadre d'exercice et de la patientèle, développement de nouveaux domaines d'exercice, impacts sur la formation continue ;
- Les apports de la fasciathérapie sur le toucher manuel (réponse unique), les qualités relationnelles (questions à réponses multiples), les compétences professionnelles (efficacité thérapeutique, relation au patient, compétences pédagogiques), les domaines de prise en charge (douleur physique, souffrance psychique, pathologies aiguës et chroniques, qualité de vie et bien-être), ces deux questions utilisant une échelle de Likert (de 1 aucune amélioration à 4 amélioration très importante) et sur les pathologies ayant été le plus et le moins améliorées (questions ouvertes avec obligation de réponse, possibilité de répondre "aucune" et de citer 6 pathologies au maximum) ;
- Les différents impacts de la pratique de la fasciathérapie sur la vie professionnelle (conception de l'exercice de la fasciathérapie, influence sur la vie professionnelle, implication dans la vie professionnelle et la formation) et sur la vie personnelle (développement de capacités personnelles et sociales, impacts sur la santé) à partir d'une échelle de Likert (de 1 « pas du tout d'accord » à 4 « entièrement d'accord »).
- La perception de l'identité professionnelle à travers trois modalités de réponses possibles (réponse unique) : kinésithérapeute, kinésithérapeute-fasciathérapeute, fasciathérapeute. Celle portant sur la manière dont les répondants se présentent professionnellement présentait 4 possibilités de réponse (réponse unique) : kinésithérapeute, kinésithérapeute-fasciathérapeute, fasciathérapeute ou autre.

Les données ont ensuite été analysées à l'aide des logiciels Modalisa (Kynos, 2012) et SPSS 22.0. L'enquête ayant produit les données avait une vocation exploratoire, les analyses sont donc conduites à l'aide de statistiques descriptives, principalement les distributions de fréquences (effectifs, pourcentages, modes, médianes et fréquences cumulées), . Pour les variables mobilisant des échelles de Likert, nous avons comparé les réponses à l'aide d'analyses de variance (ANOVA). Pour les questions ayant sollicité un classement, nous avons choisi de présenter les résultats correspondant au choix 1 (ou réponses de rang 1). Les réponses textuelles aux questions ouvertes ont fait l'objet d'un recodage pour regrouper la diversité des réponses en grandes thématiques.

3. Résultats

- **Profil de la population enquêtée**

La population enquêtée se distingue de la population de référence puisqu'elle est largement plus féminine (n=154, 65%) que cette dernière (49% source DRESS 2013). La tranche d'âge la plus représentée se situant entre 30 et 44 ans (n=105, 44%).

Notre échantillon est composé quasi-exclusivement de masseurs-kinésithérapeutes exerçant sur le mode libéral (n=220, 92%) qui sont majoritairement conventionnés³ (n=149, 62,6%) même si une partie non négligeable d'entre eux développe une activité hors convention (n=51, 21,4%) sans que l'on puisse comparer ce chiffre avec le groupe de référence. Ils exercent plutôt en cabinet de groupe (n=114, 47,9%) qu'en cabinet individuel (n=100, 42%) et ce de façon plus importante que la population de référence (29% source DRESS 2013).

Ce groupe possède une expérience importante de l'exercice conjoint de la masso-kinésithérapie (20 années en moyenne, +/- 11 ans) et de la fasciathérapie (12 années en moyenne, +/- 8 ans). Par ailleurs la majorité de l'échantillon (n=208, 87,4%) possède une certification professionnelle en fasciathérapie.

La grande majorité de la population est formée à d'autres approches complémentaires en kinésithérapie (n=144, 60,5%) et déclare exercer une ou plusieurs spécificités au sein de leur activité (n=193, 81,1%) principalement dans le domaine de la thérapeutique manuelle (n=167, 70,2%).

- **Motivations à la fasciathérapie**

Parmi les motivations des masseurs-kinésithérapeutes à suivre la formation de fasciathérapie (question à réponses multiples avec un maximum de 3 réponses) l'amélioration de l'efficacité thérapeutique semble décisive (n=183, 76,9%) devant la recherche d'une prise en charge de l'unité corps-psychisme (n=125, 52,5%) et le développement de la dimension relationnelle de leur toucher (n=118, 49,6%). La recherche d'une thérapie manuelle globale (n=93, 39,1%) et surtout d'une prise en charge de la psychologie du patient (n=16, 6,7%) semblent moins importantes. Peu de masseurs-kinésithérapeutes se forment à la fasciathérapie pour changer de métier (n=4, 1,7%) mais la recherche d'épanouissement personnel (n=65, 27,3%) et la quête d'une nouvelle motivation professionnelle (n=51, 21,4 %) semblent constituer des ressorts importants à l'engagement dans cette formation.

- **Pratique de la fasciathérapie**

La majorité de l'échantillon (n=194, 81,5%) consacre plus de la moitié de son activité professionnelle à la fasciathérapie. L'analyse du nombre de séances de fasciathérapie réalisées quotidiennement donne un aperçu de cet exercice : plus de la

³ La notion de conventionnement renvoie au système français de sécurité sociale qui permet d'organiser un remboursement partiel au patient de ses frais de santé. Les praticiens de santé doivent être conventionnés avec la sécurité sociale pour que leurs soins soient pris en compte dans les calculs de remboursements.

moitié (n=139, 58,4%) réalise de 5 à 10 voire plus de 10 séances/jour. Une partie moins importante (n=66, 27,7%) réalise entre 1 et 5 séances/jour alors qu'une faible proportion (n=33, 13,9%) réalise 1 voire moins de 1 séance/jour.

La séance de fasciathérapie dure le plus souvent plus de 30 minutes (n=189, 79,3%) avec une forte tendance à dépasser les 45 minutes (n=128, 53,7%). Seule une petite partie réussit à pratiquer la fasciathérapie dans le cadre du temps conventionnel soit 30 minutes au plus (n=49, 20,6%).

L'application de la fasciathérapie dans l'exercice de la kinésithérapie se fait selon 3 modes : principalement en séparant la fasciathérapie de la séance de kinésithérapie (n=107, 44,9%) et en l'appliquant dans ou hors de la séance de kinésithérapie (n=94, 39,5%). Seule une petite partie l'applique exclusivement dans la séance de kinésithérapie (n=37, 15,9%). Enfin une forte majorité des praticiens (n=174, 73%) a tendance à exercer la fasciathérapie de façon exclusive sans recours à d'autres techniques.

- **Perception de l'articulation de la fasciathérapie avec la kinésithérapie**

La majorité de la population estime facile (n=130, 54,6%) voire très facile (n=61, 25,6%) d'intégrer la fasciathérapie dans l'exercice de la kinésithérapie. Seule une petite partie (n=47, 19,70%) estime difficile (n=40, 16,8%) voire très difficile (n=7, 2,9%) d'articuler les deux approches.

La majorité de la population (n=150, 63%) considère la fasciathérapie comme une partie de la kinésithérapie : la plupart la voit plutôt comme une « spécialisation » de leur métier (n=76, 31,9%), d'autres comme une « compétence » (n=50, 21%) et de façon moins marquée comme un « complément » (n=24, 10,1%). Une partie non négligeable (n=88, 37%) considère cependant que la fasciathérapie est une « profession » à part entière et la distingue de la kinésithérapie.

Une large proportion (n=148, 62,2%) s'accorde également pour estimer que pratiquer la fasciathérapie c'est exercer la kinésithérapie. Par voie de conséquence, 37,8% (n=90) ne sont pas d'accord avec cette affirmation, 13% (n=31) la récusant nettement (pas d'accord du tout).

Les difficultés rencontrées pour appliquer la fasciathérapie dans la kinésithérapie (Figure 1) sont surtout liées au cadre d'exercice de la kinésithérapie conventionnelle comme la durée de la séance de kinésithérapie qui est perçue comme trop courte (n=48, 20,2%) et son tarif insuffisant (n=43, 18,4%) et plus encore à une mauvaise reconnaissance de la fasciathérapie par la profession (n=55, 23,1%). Les conditions d'exercice de la fasciathérapie telle que l'implication du praticien (n=4, 1,7%), la nécessité de travailler dans le calme (n=7, 2,9%) ou encore la trop grande différence entre kinésithérapie et fasciathérapie (n=13, 5,5%) sont moins largement mises en avant et ne semblent pas représenter un obstacle à l'application de la fasciathérapie dans l'exercice de la kinésithérapie.

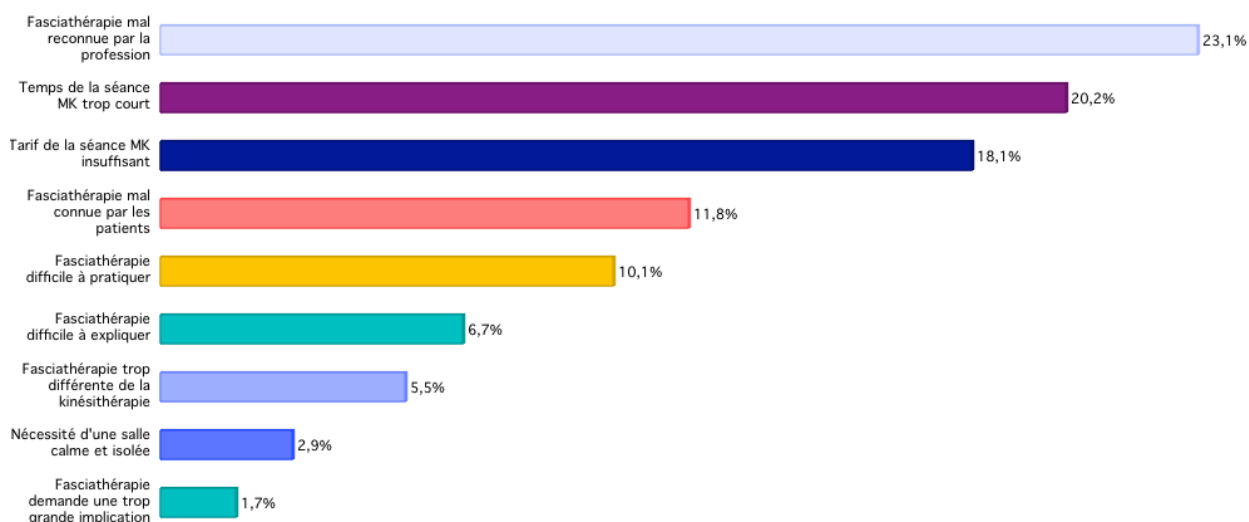


Figure 1 : Principales difficultés rencontrées pour appliquer la fasciathérapie dans la pratique quotidienne de kinésithérapie (résultats du choix 1 au sein d'une sélection demandée de 4 choix).

• Changements du cadre d'exercice professionnel

Deux tiers de la population (n=158, 66,4%) décrit avoir opéré des changements pour mettre en pratique la fasciathérapie. Les plus importants sont la création d'un cabinet (n=161, 67,7%), le passage d'une activité de remplacement ou d'assistantat à une activité indépendante (n=68, 28,5%) et celui d'un exercice conventionné à un exercice non-conventionné (n=62, 25,9%). Seul un tiers de la population (n=80, 33,6%) déclare n'avoir opéré aucun changement de leur cadre d'exercice.

• Changements du mode de prise en charge du patient

La majorité de la population indique que l'exercice de la fasciathérapie a été l'occasion de conforter une pratique privilégiant la prise en charge individualisée du patient (n=197, 82,8%) ou l'occasion de passer d'une prise en charge de plusieurs patients à la fois à un seul patient à la fois (n=36, 15,1%).

La quasi-totalité de l'échantillon déclare également avoir développé une prise en charge plus globale du patient (n=199, 83,6%) mais aussi plus pédagogique (n=108, 45,3%) et de façon moindre plus psychologique (n=57, 23,9%). Seule une faible proportion déclare que la fasciathérapie les a conduits à exercer dans une visée exclusivement thérapeutique (n=17, 7,1%). Seule une faible partie déclare que la fasciathérapie n'a rien changé à l'orientation de leur prise en charge (n=10, 4,2%).

Un peu plus de la moitié de la population (n=130, 54,6%) déclare avoir développé une prise en charge dans des domaines nouveaux. Une analyse des réponses textuelles⁴ des différents domaines cités par les répondants fournit les résultats suivants : la pédiatrie (n=46, 19,3%) et l'oncologie (n=39, 16,4%) sont les plus fréquemment citées devant le traitement du stress (n=35, 14,7%), l'accompagnement de la grossesse et la pelvi-périnéologie (n=28, 11,8%), l'éducation du patient (n= 27, 11,3%) et le sport (n=23, 9,6%).

⁴ 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.

Enfin, $\frac{3}{4}$ de la population (n= 180, 75,6%) a vu sa patientèle changer avec l'exercice de la fasciathérapie (Figure 2). Les nouveaux patients les plus fréquents sont ceux qui souffrent de maladies chroniques (n=69, 38,3%) devant la gestion du stress (n=50, 27,8%), les problèmes aigus traumatiques (n=26, 14,4%), le bien-être (n=16, 8,9%), les maladies graves (cancer, maladie dégénérative) (n=13, 7,2%) et la prévention (n=6, 3,3%).

Tableau du (Choix 1 : du plus au moins fréquent)

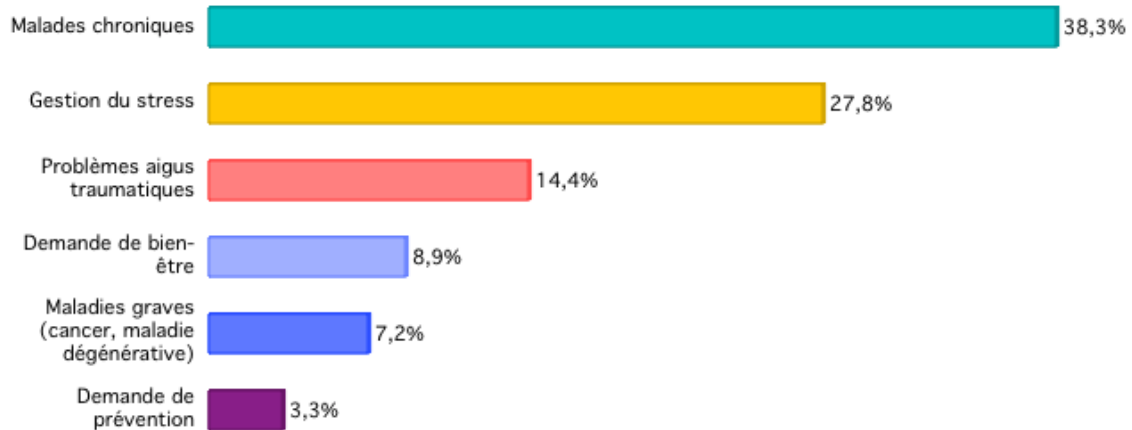


Figure 2 : classement des 6 propositions de nouveaux patients les plus fréquemment apportés par la fasciathérapie (Choix 1 – pourcentage sur les répondants)

• Impacts sur l'orientation de la formation continue professionnelle

Le taux de formation continue en kinésithérapie diminue de 25,2 points après la formation en fasciathérapie, passant de 60,5 % (n=144) des répondants avant la formation à 35,3% (n=84) après. L'essentiel de la baisse de ce taux de formation est imputable à une baisse des formations en techniques manuelles et en techniques posturales et gymniques, qui perdent respectivement 28 et 6 points de pourcentage de répondants (Figure 2). Cette baisse pourrait indiquer que les masseurs-kinésithérapeutes formés à la fasciathérapie sont pleinement satisfaits de l'évolution de leur toucher et ne rechercheraient donc pas à réaliser d'autres formations dans ce domaine.

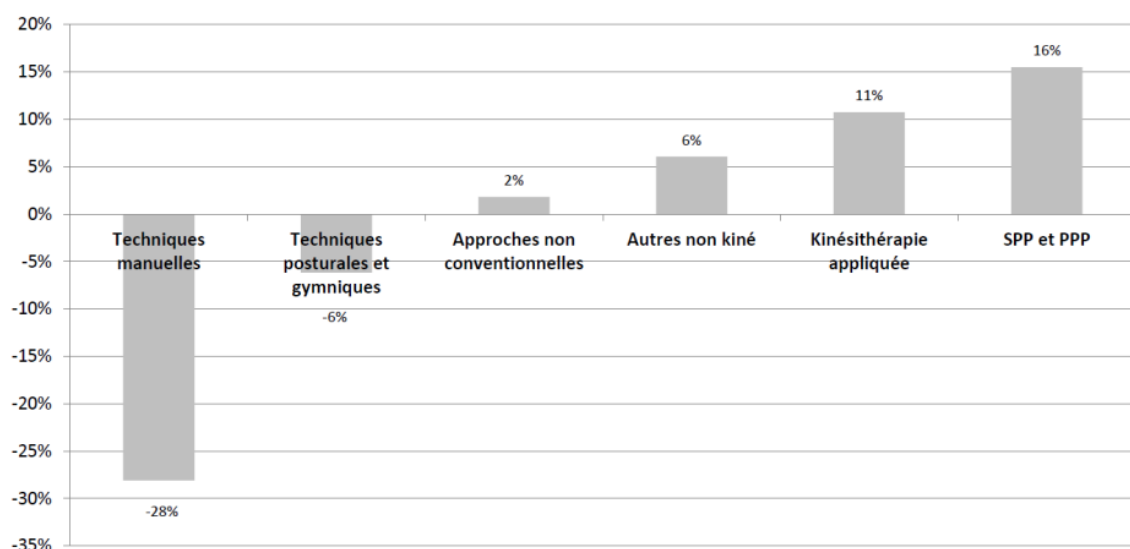


Figure 1 : Evolution du taux déclaré de formation des répondants après la formation en fasciathérapie, exprimée en différence de point de pourcentage avec le taux déclaré avant la formation.

• Améliorations de l'exercice professionnel

La très grande majorité de la population (entre 79% et 96%) estime que la fasciathérapie a contribué à améliorer de façon importante à très importante leur efficacité thérapeutique, leur relation au patient et leurs compétences pédagogiques. Dans la même proportion, ils déclarent également une amélioration importante à très importante de leur prise en charge de la douleur physique, de la souffrance psychique, des pathologies aiguës et chroniques et de la qualité de vie et du bien-être (Tableau 1) :

- Le mode des scores (effectif le plus élevé) est positionné sur le rang 3 (amélioration importante) et la médiane (50% des effectifs) est également positionnée sur le rang 3, pour les 8 variables interrogées, confirmant une tendance moyenne des réponses au score 3 sur toutes ces variables
- Les fréquences cumulées des scores 3 et 4 pour chaque variable (somme des pourcentages de réponses des scores 3 et 4) sont comprises entre 79% et 96% soulignant le large plébiscite d'amélioration sur les variables interrogées.

Variables interrogées		Pas d'amélioration (1)		Peu d'amélioration (2)		Amélioration importante (3)		Amélioration très importante (4)		Total	
		N	%	N	%	n	%	N	%	n	%
Secteurs d'activité	Efficacité thérapeutique	0	0	12	5,0	125	52,5	101	42,4	238	100
	Relation avec le patient	3	1,3	36	15,1	122	51,3	77	32,4	238	100
	Compétences pédagogiques	8	3,4	41	17,2	122	51,3	67	28,2	238	100
Domaines de prise en charge	Douleur physique	0	0	10	4,2	144	60,5	84	35,3	238	100
	Souffrance psychique	2	0,8	36	15,1	105	44,1	95	39,9	238	100
	Pathologies aiguës	2	0,8	48	20,2	126	52,9	62	26,1	238	100
	Pathologies chroniques	1	0,4	28	11,8	138	58,0	71	29,8	238	100
	Bien-être et qualité de vie	2	0,8	19	8,0	122	51,3	95	39,9	238	100

Tableau 1 : Distribution de fréquence des réponses aux questions interrogeant les améliorations constatées dans les trois principaux secteurs d'activité de la physiothérapie et dans cinq grands domaines de prise en charge en physiothérapie (réponses recueillies à partir d'une échelle de Likert : 1 pas d'amélioration, 2 peu d'amélioration, 3 amélioration importante, 4 amélioration très importante)

La totalité des répondants indique également avoir constaté une amélioration sur au moins une pathologie (seule une personne a répondu n'avoir constaté aucune amélioration) alors qu'un peu plus de la moitié seulement 54% (n=129) déclare ne pas avoir eu d'amélioration sur au moins une pathologie.

Les pathologies musculo-squelettiques rachidiennes (n=183, 76,9%) et non-rachidiennes (n=99, 64,3%) secteur le plus courant dans la pratique de la physiothérapie sont les plus fréquemment citées devant les pathologies crâniennes citées par la moitié de l'échantillon deux tiers des répondants (n=149, 62,6%) et les pathologies viscérales citées par la moitié de la population (n=126, 53%). Les syndromes douloureux et le

secteur du mal-être et du stress sont moins cités puisque seulement un quart des praticiens les mentionnent (respectivement n=69, 29% et n=56, 23,5%). (Tableau 2).

Pathologies	Améliorés		Non améliorées	
	N	%	N	%
Rachidiennes	183	76,9%	33	13,9%
Musculo-squelettiques non rachidiennes	99	64,3%	62	26,1%
Crâniennes	149	62,6%	31	13%
Viscérales	126	53%	10	4,2%
Syndromes douloureux	69	29%	16	6,7%
Mal-être et stress	56	23,5%	11	4,6%

Tableau 2 : Fréquence de citation des secteurs pathologiques les plus améliorés et des secteurs pathologiques peu ou pas améliorés (pourcentage des répondants)

- **Enrichissement de la pratique professionnelle**

Parmi les 10 dimensions du toucher proposées au choix des répondants (Figure 3), la profondeur est la dimension considérée comme la plus nouvelle et la plus enrichissante pour la pratique professionnelle (n=98, 41,2%). Elle est classée largement devant la capacité d'écoute et de présence (n=37, 15,5%), la capacité d'entrer en relation avec le patient (n=30, 12,6%) ou la précision du geste thérapeutique (n=20, 8,4%).

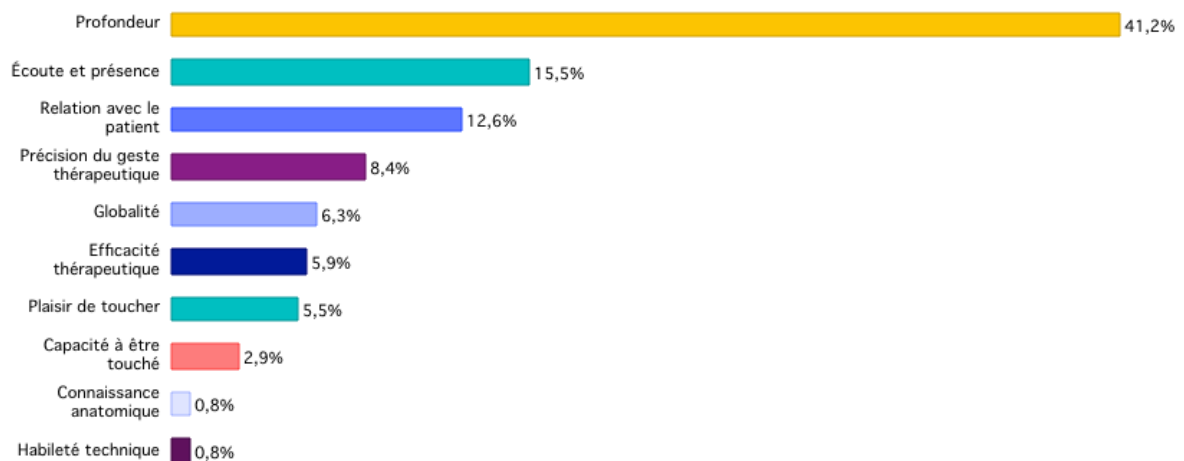


Figure 3 : Classements des modalités du toucher considérées comme les plus nouvelles et enrichissantes pour la pratique professionnelle (Choix 1). Pourcentage des répondants.

Parmi les 8 qualités relationnelles proposées au choix des répondants (Figure 4), la présence (n=70, 29,4%), l'écoute (n=39, 16,4%), l'attention (n=35, 14,7%) et la profondeur (n=32, 13,4%) sont le plus souvent citées en choix 1, c'est-à-dire qu'elles sont considérées comme ayant été les plus enrichies au contact de l'exercice de la fasciathérapie. La confiance (n=19, 8%), la douceur (n=16, 6,7%), l'adaptabilité (n=15, 6,3%) et la stabilité (n=12, 5%) sont les moins souvent citées en choix 1. Les trois

premières modalités, présence, écoute et attention, concernent assez directement une dimension de relation à autrui, tandis que les quatre dernières procèdent plus d'une relation que le praticien entretient avec lui-même.

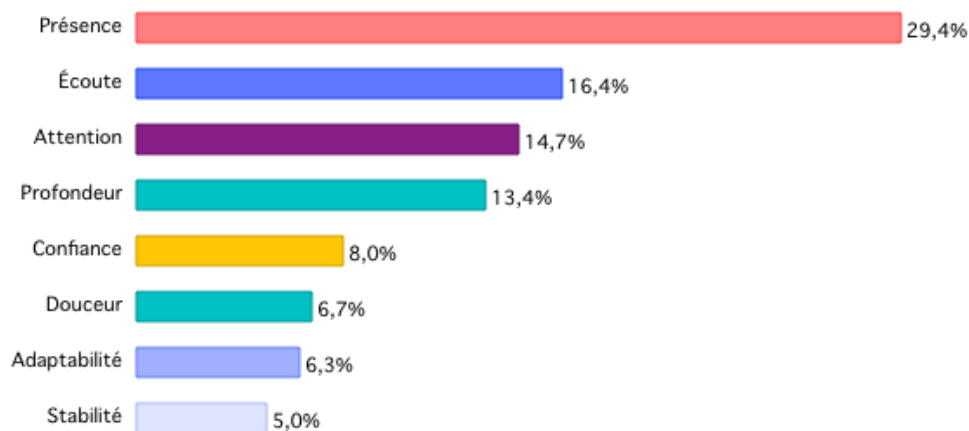


Figure 4 : Classement des qualités relationnelles acquises ou développées avec l'exercice de la fasciathérapie (Choix 1). Pourcentage des répondants.

- **Sentiment d'accomplissement professionnel et personnel**

Les analyses de variance conduites sur les réponses (scores de Likert) concernant les impacts de la fasciathérapie sur la vie professionnelle et personnelle permettent de caractériser et de classer entre elles l'importance relative des différentes natures d'impact évaluées.

Les enquêtés sont d'abord 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 3).

	Moyenne	Degré de significativité et sens des écarts à la moyenne	Valeur de F
Améliorer ma pratique de kinésithérapie	3,58	+++++	5,58
Pratiquer une kinésithérapie qui me ressemble	3,563	+++++	8,46
Trouver le sens de mon métier de kinésithérapeute	3,319	++	3,69
Diversifier mon activité professionnelle	3,21	.	11,11
Vivre une passion	3,126	.	9,53
Me différencier des autres kinésithérapeutes	2,66	---	12,98
Mieux gagner ma vie	2,319	-----	7,79
Moyenne générale des scores	3,111		

Tableau 3 : 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 à la moyenne.

Ils sont également d'accord pour considérer que la fasciathérapie leur apporte plus de plaisir à pratiquer (3,45), donne plus de valeur à leur travail (3,273), génère une nouvelle motivation (3,294) et leur offre la possibilité de découvrir quel kinésithérapeute ils souhaitent être (3,273). À l'inverse ils sont moins d'accord pour dire que la fasciathérapie a été l'occasion de découvrir une nouvelle vocation ou de trouver leur place dans leur métier (Tableau 4).

Modalités	Moyenne	Degré de significativité et sens des écarts à la moyenne	Valeur de F
Plus de plaisir à pratiquer	3,45	+++	13,57
Une nouvelle motivation	3,294	+	18,96
Découvrir quel kinésithérapeute je souhaitais être	3,273	+	19,45
Plus de valeur à mon travail	3,273	+	9,62
Plus impliqué et plus investi	3,126	.	3,14
Une véritable vocation professionnelle	2,903	--	18,62
Trouver ma place dans le métier	2,861	--	11,12
Moyenne générale des scores	3,169		

Tableau 4 : 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 à la moyenne.

Sur le plan personnel, ils sont plutôt d'accord pour dire que la fasciathérapie a eu un impact positif sur leur développement personnel (moyenne générale des scores égale à 3,127). Toutefois, ils sont significativement plutôt d'accord pour dire qu'elle leur a surtout permis d'être plus conscient d'eux-mêmes (3,378) et de développer leur capacité d'être en relation avec les autres (3,277). À l'opposé, ils sont significativement moins d'accord pour dire que la fasciathérapie a développé leur capacité à trouver des solutions et amélioré leur joie de vivre (Tableau 5).

Modalités	Moyenne	Degré de significativité et sens des écarts à la moyenne	Valeur de F
Etre plus conscient de moi-même et de qui je suis profondément en tant que personne	3,378	++	12,35
Capacité d'être en relation avec les autres	3,277	+	9,33
Plus souple et plus adaptable face aux événements de la vie	3,176	.	12,02
Vie plus riche, plus pleine et plus profonde	3,155	.	16,23
Plus conscient de mes besoins et de mes limites	3,126	.	10,94
Plus grande confiance en moi-même	3,101	.	16,48
Meilleure estime de moi-même	3,084	.	10,92
Capacité à trouver des solutions face aux difficultés de la vie quotidienne	2,996	-	10,97
Développement de ma joie de vivre et de mon aspiration au bonheur	2,845	--	12,14
Moyenne générale des scores	3,127		

Tableau 5 : 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.

• Impacts sur la santé physique et psychique

L'analyse de variance des scores de Likert donnés aux propositions de réponses indique que les répondants sont globalement d'accord pour dire que la fasciathérapie a eu un impact positif sur leur santé physique et psychique (moyenne générale des scores égale à 3,07). Toutefois, il ressort de façon significative que la fasciathérapie est surtout un outil qui leur permet de gérer leurs tensions (3,34) et de résoudre les situations de stress (3,185).

Modalités	Moyenne	Degré de significativité et sens des écarts à la moyenne	Valeur de F
Outils pour gérer les tensions	3,34	+++	10,28
Outils pour résoudre les situations de stress	3,185	+	55,67
Plus calme et plus serein	3,122	.	9,84
Moins stressé	3,076	.	16,43
Soulager douleurs et tensions physiques	3,021	.	20,77
Bien-être psychique	3,013	.	22,33
Globalement en meilleure santé	2,924	-	18,84
Moins fatigué et meilleure vitalité	2,882	-	8,57
Moyenne générale des scores	3,07		

Tableau 6 : 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.

Les praticiens ont recours à des séances de fasciathérapie pour eux-mêmes environs 7 fois/an (écart-type de 6,59, avec une très grande amplitude des réponses allant 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 fasciathérapie⁵ (voir **Erreur ! Source du renvoi introuvable.**) 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),
 - * et dans un objectif de développement personnel et professionnel (22,2% des 207 praticiens).

⁵ 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)

- **Impacts sur l'identité professionnelle**

Plus des deux tiers de la population (n=153, 64,3%) dit se percevoir comme des kinésithérapeutes-fasciathérapeutes et plus du quart (n=65, 27,3%) se revendique exclusivement comme un fasciathérapeute. Seule une toute petite partie (n=20, 8,4%) se perçoit uniquement comme un kinésithérapeute. Ces chiffres indiquent que la quasi-totalité de l'échantillon (n=218, 91,6%) associe la fasciathérapie à son identité professionnelle (kinésithérapeute-fasciathérapeute ou fasciathérapeute).

Au-delà de la perception de soi comme praticien, plus de la moitié de la population (n=140, 58,8%) se présente professionnellement comme kinésithérapeute et fasciathérapeute alors qu'une partie beaucoup plus faible (n=25, 10,5%) s'affiche publiquement comme fasciathérapeute. À contrario, une partie plus importante (n=50, 21%) se présente comme kinésithérapeute. Notons également que certains praticiens (n=23, 9,7%) se présentent sous une autre forme (ostéopathe, kinésithérapeute-ostéopathe,...).

Il apparaît donc que le nombre de répondants se présentant comme kinésithérapeute est plus élevé que celui de ceux se percevant comme tel. À l'inverse, il est tout aussi net que le nombre de répondants se présentant comme fasciathérapeute est nettement moins élevé que celui de ceux se percevant comme fasciathérapeute. Il reste toutefois que la plus grande partie de la population (n=165, 69,3% des répondants) affiche publiquement son identité de fasciathérapeute.

Enfin, lorsqu'on interroge les enquêtés sur la manière dont ils envisagent leur futur professionnel, plus de la moitié d'entre eux (n=134, 56,3%) s'envisage avec un statut de kinésithérapeute spécialisé en fasciathérapie. Près d'un quart (n=59, 24,8%) se voit devenir fasciathérapeute exclusif alors que la plus petite partie d'entre eux (n=45, 18,9%) se voit exercer la fasciathérapie dans le cadre de la kinésithérapie. Ces chiffres montrent qu'une très large proportion des praticiens (n=193, 81,1%) souhaite voir reconnaître leur identité de fasciathérapeute.

4. Discussion

Comme nous l'avons évoqué dans l'introduction, la masso-kinésithérapie est une profession multiforme dont l'identité spécifique se fonde sur la dimension relationnelle du toucher qui implique une approche individualisée du patient. Les résultats de cette enquête nous indiquent clairement que les praticiens qui exercent la fasciathérapie cherchent à développer et à enrichir cette identité, au regard de leur motivation à se former à cette approche, dans laquelle ils trouvent une efficacité thérapeutique, une prise en compte de l'unité corps/psychisme et de la dimension relationnelle du toucher. Les résultats confirment aussi que ces kinésithérapeutes sont insatisfaits de leur compétence initiale de toucher et tentent de résoudre ce dilemme identitaire à travers des formations continues. L'apprentissage puis la pratique de la fasciathérapie semblent constituer un vrai carrefour au sein de cette quête d'enrichissement de la dimension relationnelle du toucher puisque notre population cherche moins à se former à d'autres approches manuelles pendant et/ou après la formation à la fasciathérapie.

Probablement que le gain d'efficacité thérapeutique associé au développement des compétences relationnelles et au renforcement de la prise en charge individualisée du patient attribués à la fasciathérapie constituent des facteurs explicatifs essentiels de ces

résultats mais nous remarquons que la découverte de la profondeur du toucher largement considérée comme la plus enrichissante pourrait constituer la dimension manquante et recherchée par ces professionnels au cours de leur parcours professionnel et de leurs diverses formations préalables.

Etant donné que la population interrogée présente une affinité identitaire fondamentale avec la thérapie manuelle, il est logique que l'intégration de la fasciathérapie dans l'exercice de la masso-kinésithérapie ne pose pas de réel problème. La fasciathérapie fait ainsi partie intégrante de l'exercice professionnel quotidien : elle paraît même être pour plus de la moitié de la population la technique de « référence » voire « principale » de l'activité (ils réalisent plus de 5 séances par jour) alors que pour les autres elle reste un « adjuvant » voire un « complément » au même titre sans doute que d'autres approches (ils réalisent moins de 5 séances par jour).

La principale différence organisationnelle avec la masso-kinésithérapie réside dans le fait que les séances de fasciathérapie dépassent quasi-systématiquement la durée conventionnelle (plus de 30 minutes). Les difficultés rencontrées (manque de temps, faible coût de la séance de kinésithérapie) sont donc inhérentes aux contraintes imposées par le cadre conventionnel de la masso-kinésithérapie. Pour faire face à ces contraintes les praticiens réajustent leur mode d'exercice et une très grande partie d'entre eux est conduit à pratiquer la fasciathérapie hors de la séance de kinésithérapie, voire hors du cadre conventionnel.

Bien que la profession de masseur-kinésithérapeute ne soit pas la profession de santé la plus exposée aux risques professionnels et que les praticiens soient plutôt satisfaits de leur métier et de leur image, la surcharge de travail, le manque de récupération peuvent rendre ce métier difficile tant sur le plan physique que psychique. Les résultats de l'enquête indiquent à ce sujet que la pratique de la fasciathérapie a un impact positif sur la qualité de vie au travail puisqu'on observe globalement un renforcement du plaisir, de motivation à exercer et une plus grande valorisation du travail. On constate également que, bien que la fasciathérapie n'évite pas la fatigue, le stress au travail ou la maladie, elle aide à vivre plus sereinement le quotidien professionnel. Elle constitue surtout un moyen de gérer et de faire face aux tensions et stress professionnels quotidiens inhérents à l'activité.

Nous avons également évoqué la double polarité du soignant et l'importance d'articuler le « care » et le « cure » dans la nécessaire adaptation des soins pour faire face à l'évolution des soins face aux maladies chroniques. Sur ce thème, la fasciathérapie ancrée dans une approche sensible du soin prédispose au développement de la dimension relationnelle et éducative du soin. Les résultats de notre enquête montrent que les masseurs-kinésithérapeutes qui pratiquent cette approche développent une approche plus pédagogique et globale du patient et se décentrent d'une visée exclusivement thérapeutique du soin. Ce nouveau mode de prise en charge du patient renforce leur sentiment d'efficacité et les conduit même à développer leur activité dans le domaine des maladies chroniques, du stress, de la souffrance psychique et de la qualité de vie. La pratique de la fasciathérapie semble aider les masseurs-kinésithérapeutes à faire face des situations complexes face auxquelles les soignants se sentent fréquemment impuissants les exposant à l'épuisement et au mal-être. Ce constat est renforcé par le fait que la fasciathérapie favorise le développement personnel et interpersonnel, notamment par une plus grande conscience de soi et une meilleure capacité de relation à autrui, qui forment la base du socle identitaire du soignant et constituent un véritable rempart contre la fatigue et l'épuisement professionnel.

Dans ce contexte, il est tout à fait logique que la population enquêtée exprime un sentiment d'accomplissement professionnel (amélioration, plaisir, satisfaction, motivation). Les résultats montrent également de manière significative que la pratique de la fasciathérapie redonne du sens au métier. Cette tendance s'observe dans les réponses indiquant que les praticiens éprouvent le sentiment de pratiquer une kinésithérapie qui leur ressemble et de découvrir quel kinésithérapeute ils souhaitaient être depuis qu'ils pratiquent la fasciathérapie. Cette congruence entre identités personnelle et professionnelle constitue selon nous un apport essentiel à la construction identitaire des enquêtés. En effet, notre population, à l'image de celle de référence, est globalement satisfaite de son métier (seulement un quart de la population a déclaré se former à la fasciathérapie pour retrouver du sens et une motivation professionnelle). Dans ce contexte, la fasciathérapie semble contribuer à construire et/ou à atteindre une sorte d'idéal professionnel dont l'absence ou la perte est source de souffrance existentielle.

Cet impact positif sur la vie professionnelle peut également s'objectiver par la forte proportion de la population à créer son propre cabinet (tout en restant attaché à l'exercice de groupe), à s'engager vers un mode d'exercice libéral et de façon moins importante mais non négligeable à faire le choix d'un exercice non conventionnel traduisant une confiance en soi, un désir d'entreprendre et une volonté d'affirmer son identité.

En conséquence, il est logique que la pratique de la fasciathérapie impacte la perception que les masseurs-kinésithérapeutes ont de leur identité professionnelle. La lecture des résultats permet de dégager deux grands modes de reconfiguration professionnelle (nous ne prenons pas en compte les 8% qui n'associent pas la fasciathérapie à leur identité). La majorité de la population a tendance à associer la fasciathérapie à son identité de kinésithérapeute (64% se perçoivent kinésithérapeute et fasciathérapeute), considérant que cette approche fait partie de son identité (62,2% considèrent que pratiquer la fasciathérapie c'est faire de la kinésithérapie) et qu'elle la renforce ou la spécifie (52% la considèrent comme une spécialisation ou une compétence). Une autre partie moins importante s'écarte de la kinésithérapie et s'identifie exclusivement comme fasciathérapeute considérant que la fasciathérapie est une profession et une pratique différente de la kinésithérapie.

Cette enquête montre que la pratique de la fasciathérapie constitue pour une partie importante des masseurs-kinésithérapeutes français une manière de trouver le sens profond de leur métier et leur attachement à leur identité de kinésithérapeute manuel en répondant à leur recherche d'une pratique manuelle plus profonde, plus relationnelle et centrée sur l'unité corps/psychisme. Elle met également en évidence qu'une telle approche s'intègre parfaitement dans la pratique de la kinésithérapie en répondant aux exigences actuelles de la masso-kinésithérapie (gain d'efficacité, prise en charge des pathologies chroniques, souffrance psychique) tout en favorisant un épanouissement personnel et professionnel. Les masseurs-kinésithérapeutes interrogés considèrent que cette approche fait totalement partie de leur métier mais la considèrent toutefois comme une pratique qui renforce voire change leur identité professionnelle.

Bibliographie

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

Aumonier B. 2017. La pensée à l'épreuve de l'expérience du Sensible : analyse secondaire de données qualitatives et approche catégorielle anticipation/émergence innovante d'inspiration phénoménologique. Recherches Qualitatives, « Prudence empirique et risques interprétatifs », Montpellier, juin 2015, Hors Série « Les Actes », 2016, p. 355-367

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-Gloanec N. Doin Éditeurs (France). pp. 229-246

Bertrand I., Bois D., Fédor M.C., Leyssene-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

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

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

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).

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 en Sciences de l'Éducation, Université Paris VIII.

Bourhis,H., Bois D. 2012. O Tocar na Relação de Cuidado Baseada no Sensível Educação & Realidade, vol. 37, núm. 1, enero-abril, 2012, pp. 33-49 Universidade Federal do Rio Grande do Sul Porto Alegre, Brasil. Available from : <http://www.redalyc.org/pdf/3172/317227323004.pdf>

Caisse d'Assurance et de Retraite des Pédiatres, Infirmiers, Masseurs-Kinésithérapeutes et Orthophonistes. 2008. Enquête sur la pénibilité des auxiliaires médicaux. Synthèse.

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. Questionnaire : Votre avis sur la masso-kinésithérapie aujourd'hui. Edité par l'Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes.

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).

Courraud, C. 2015. Fasciathérapie et identité professionnelle. Étude des reconfigurations identitaires d'une population de masseurs-kinésithérapeutes pratiquant la fasciathérapie. Thèse de Doctorat en Sciences Sociales – Spécialité psychologie. Université Fernando Pessoa. 2015. Available from : http://www.cerap.org/sites/default/files/public-downloads/doctorats/These_Christian_Courraud_2015_texte-seul_final.pdf

Courraud, C., Quéré, N. 2010. La fasciathérapie : intérêts en kinésithérapie. Profession Kiné. n°24. p. 10-14.

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.

Cousin V. 2016. L'approche somatopédagogique de l'accompagnement : conditions d'émergence, repères épistémologiques, cohérence théorique et pratique. Mémoire de Mestrado en Psychopédagogie perceptive, Université Fernando Pessoa, Porto

Cusson A. 2015. Enrichissement perceptif et sujet sensible. Traverser la difficulté perceptive. in Identité, Altérité, Réciprocité. Pour une approche sensible de la formation, du soin et de l'accompagnement. Tome 2. Dir : Austray D, Berger E, Grenier K, Léger D. Collection Forum. Éd. Point d'appui (Paris-France). p. 279-300.

Dagot D. 2013. Développement du leadership et exercices de soi explicites. Revue Réciprocités n°7. p. 34-41

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.

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

Duval T., Duprat E. Berger E. 2013. Fasciathérapie et transformation du rapport à la santé. Revue Réciprocités n°8 – p. 45-55

Florenson M.H. 2012. L'émergence du Sujet Sensible. Editions Point d'appui Sciences (France).

Gatto, F. 2005. Éduquer la santé. Paris : Éditions L'Harmattan.

Gauthier J.P. 2015. L'expérience de la joie ontologique. Identité, altérité, réciprocité. Pour une approche sensible de la formation, du soin et de l'accompagnement Tome 2. Austray D., Berger E., Grenier K., Léger D. Editions Point d'appui (France). p. 301-321

Groupe Pasteur Mutualité 2011. Baromètre des professionnels de santé. Sondage Viavoice pour le groupe Pasteur Mutualité.

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).

Hesbeen, W. 1997. Prendre soin à l'hôpital, inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante. Paris : Éditions Masson.

Honoré, B., 2003. Pour une philosophie de la formation et du soin. Paris : Éditions L'Harmattan.

Humpich M., Lefloch Humpich G. 2008. L'émergence du sujet sensible : itinéraire d'une rencontre au coeur de soi. Revue Réciprocités n°2. p. 19-34

Kynos. 2012. Modalisa 7.0. Logiciel de traitement d'enquêtes par questionnaires et entretiens depuis 1987. Édité par Kynos.

Kwong EH, Findley TW. 2014. Fascia-Current knowledge and future directions in physiatry : Narrative review. J Rehabil Res Dev.; Volume 51. n° 6: 875-84.

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).

Lassere-Moutet, A., Dupuis, J., Chambouleyron, M., Lager, 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.

Marchand H. 2015. Pédagogie Perceptive et transition professionnelle - Etude des apports d'un dispositif d'accompagnement en Pédagogie Perceptive auprès de personnes ayant vécu un licenciement. Thèse de Doctorat en Sciences Sociales – Spécialité psychologie. Université Fernando Pessoa. 2015. Available from : http://www.cerap.org/sites/default/files/public-downloads/doctorats/These_Helene-Marchand_2015_complete-finale.pdf

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).

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.

Payrau B. Quéré N., Payrau M.C., Breton E. 2015. Faciatherapy and Reflexology, compared to Hypnosis and Music Therapy in stress management. In : Wearing S, Schleip R, Chaitow L, Klingler W, Findley TW. *Fascia Research IV*. Kiener Éditions ; p. 181-182

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.

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 Psychopedagogie. Porto (Portugal).

Rothier-Bautzer, E. 2012. Entre cure et care. Les enjeux de la professionnalisation infirmière. Paris : Éditions Lamarre, Wolters Kluwer.

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.

Schleip R, Heike J. 2012. Interoception. A new correlate for intricate connections between fascial receptors, emotion, and self recognition. In : Schleip R, Chaitow L, Findley TW, Huijing P. *Fascia : The Tensional Network of the Human Body*; Churchill Livingstone Elsevier.

Sicard, D. 2013. Les professions de santé au 1er janvier 2013. Document de travail, série statistiques. n°183. août 2013. Direction de la Recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DRESS).

Simmonds N, Miller P, Gemmell H. 2012. A theoretical framework for the role of fascia in manual therapy. *J Bodyw Mov Ther.*; 16: 83-93.

Tronto, J. C. 1993. *Moral Boundaries: a Political Argument for an Ethic of care*, 1993. Routledge Editors of Taylor & Francis Group. New York

Trudelle, P., 2003. Lombalgie : enquête autour d'un consensus. *Kinésithérapie, Les annales*. n° 20-21. Août-septembre 2003. p. 11-35.