



Ecole de Kinésithérapie du C.H.U. de Grenoble
19a, avenue de Kimberley – BP 158
38431 Echirolles cedex
Tél. 04.76.76.89.41 - 04.76.76.52.56
fax 04.76.76.59.18



Rhône-Alpes Région

MINISTERE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTE

REGION RHONE ALPES

UFR ACTIVITES PHYSIQUES ET SPORTIVES

UNIVERSITE JOSEPH FOURIER-GRENOBLE I

ECOLE DE KINESITHERAPIE

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE GRENOBLE

LA FASCIATHERAPIE « METHODE DANIS BOIS »

Niveau de preuve d'une pratique de soin non conventionnel

Rapport de recherche présenté par : Nelly DARBOIS
En vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Masseur-Kinésithérapeute
Et du Master 1 Mouvement Performance Santé Ingénierie

Année : 2012

DIRECTEURS DE MEMOIRE

Mme BERNELLE Stéphanie

Formatrice Cadre de Santé

Ecole de Kinésithérapie du CHU de Grenoble

19 avenue de Kimberley - BP 158

38431 Echirolles Cedex

Tel : 04.76.76.89.41

Fax : 04.76.76.59.18

Mail : SBernelle@chu-grenoble.fr

Mr MONVOISIN Richard

Didacticien des sciences, chercheur au *Collectif de recherche Transdisciplinaire Esprit Critique & Sciences* (CORTECS), Université de Grenoble, associé au Laboratoire Zététique (Université Nice - Sophia Antipolis)

Bureau des Enseignements Transversaux

Département des Licences Sciences & Techniques

480 avenue Centrale Domaine Universitaire BP 53 - 38041 Grenoble cedex 9

Tel : 06 76 85 90 46

Mail: Monvoisin@cortecs.org

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier mes deux directeurs de mémoire pour leurs conseils avisés et l'intérêt qu'ils ont porté à ce mémoire.

Je remercie également les différents kinésithérapeutes rencontrés en stage qui m'ont apporté leur conception de « l'effet placebo » et des pratiques de soins non conventionnels.

Je remercie enfin mes proches pour leurs relectures et leur soutien constant.

SOMMAIRE

Table des matières

<i>DIRECTEURS DE MEMOIRE</i>	<i>II</i>
<i>REMERCIEMENTS</i>	<i>II</i>
<i>RESUME ET MOTS CLES</i>	<i>VI</i>
<i>ABSTRACT AND KEY WORDS</i>	<i>VII</i>
<i>INTRODUCTION</i>	<i>1</i>
<i>CADRE THEORIQUE</i>	<i>3</i>
1 . Les pratiques de soins non conventionnels	3
1.a Définition	3
1.b Caractéristiques	4
1.c En développement croissant	5
1.d Enjeu financier.....	6
1.e La profession de masseur-kinésithérapeute concernée	7
2 . Aspects organisationnels de la fasciathérapie	8
2.a Formation.....	8
2.b Implantation croissante en France et dans le monde	8
2.c Reconnaissance dans le monde du soin en France.....	9
2.d Risque de dérives de type sectaire ?	9
3 . La fasciathérapie et pulsologie méthode Danis Bois	10
3.a Conception de la maladie.....	10
3.b Rôle primordial des fascias et mode d'action.....	11
3.c Indications	11
4 . Aspects scientifiques de la fasciathérapie	12
4.a Contexte d'apparition	12
4.b Parutions et publications.....	13
4.c Une volonté et une nécessité de développement des recherches	13
5 . Étude expérimentale de la fasciathérapie	14
5.a Présentation du protocole initial	15
5.b Difficultés rencontrées avec les fasciathérapeutes.....	15
5.c Caractéristiques des pratiques de soins non-conventionnels avancées	16
6 . Problématique et hypothèse	17
<i>METHODE</i>	<i>18</i>
1. Élaboration d'une grille de lecture	18
1.a Création	18
1.b Pré-test.....	19
2. Constitution du corpus	19
2.a Sources d'information.....	19
2.b Critères de sélection des documents	20
2.c Sélection des documents	20
3. Analyse des documents	21
4. Présentation des résultats	21

RESULTATS	24
1. Sélection des documents	24
2. Statistiques descriptives	24
2.a Description générale du corpus.....	24
2.b Origine de l'information du corpus	27
2.c Validité externe du corpus	29
2.d Validité interne du corpus.....	30
2.e Pertinence clinique du corpus	32
3. Analyse des résultats	33
3.a Documents sélectionnés.....	33
3. b Description générale	34
3.c Origine de l'information	35
3.d Validité externe	36
3.e Validité interne	39
3.f Pertinence clinique	42
DISCUSSION	44
1. Validité scientifique et efficacité thérapeutique de la fasciathérapie	44
2. Validité et efficacité « populaire » de la fasciathérapie : les raisons d'une croyance	45
2.a Les différents facteurs influant sur la santé d'un individu	46
▪ L'évolution naturelle de la maladie.....	46
▪ Les effets contextuels	46
2.b Les raisons et mécanismes des croyances en santé.....	48
▪ Les raisons socioculturelles.....	48
▪ Les mécanismes psychologiques.....	49
3. Limites du mémoire et de la pratique basée sur les preuves	51
3.a Limites du mémoire	52
3.b Limites de l'EBP	52
▪ Limites générales	52
▪ Limites spécifiques à la kinésithérapie.....	52
▪ Limites des pratiques de soins considérées comme conventionnels	52
4. Intérêt du développement de l'esprit critique dans le milieu de la kinésithérapie	53
CONCLUSION	56
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	58
ANNEXES	69
DOCUMENTS	83

Table des tableaux

Tableau 1. Caractéristiques des pratiques de soins non conventionnels	5
Tableau 2. Organisation de la fasciathérapie ; des caractéristiques communes avec les pratiques de soin non-conventionnels	10
Tableau 3. Conceptions de la fasciathérapie ; des caractéristiques communes avec les pratiques de soin non-conventionnels	12

Tableau 4. Nature des variables	21
Tableau 5. Années de parution.....	25
Tableau 6. Différents thèmes abordés	25
Tableau 7. Concepts les plus fréquemment abordés	26
Tableau 8. Qualification des auteurs et nature des médias de diffusion	27
Tableau 9. Accessibilité des documents, fiabilité des revues et éditeurs.....	28
Tableau 10. Auteurs et nature des références.....	29
Tableau 11. Type d'approche et niveau de preuve.....	30
Tableau 12. Nombre de biais méthodologiques	31
Tableau 13. Caractère intéressant des bénéfiques cliniques et patients représentatifs de ceux couramment rencontrés	32
Tableau 14. Validité scientifique et efficacité thérapeutique de la fasciathérapie.....	44

Table des figures

Figure 1. Protocole	23
Figure 2. Documents sélectionnés.....	24
Figure 3. Évolution de la documentation depuis la création de la fasciathérapie	25
Figure 4. Évolution de la documentation depuis la création de la fasciathérapie	26
Figure 5. Qualification des auteurs et nature des médias de diffusion.....	27
Figure 6. Parution des documents	28
Figure 7. Auteurs et nature des références	29
Figure 8. Type d'approche	31
Figure 9. Niveaux de preuve des documents selon l'HAS.....	31
Figure 10. Caractère intéressant des bénéfiques cliniques et patients représentatifs de ceux couramment rencontrés	32
Figure 14. Evolution de la conception des effets entrant en compte dans l'efficacité globale d'un traitement d'après Brissonnet, 2011	47
Figure 15. Paramètres entrant en compte dans l'effet contextuel d'après Brissonnet, 2011 ...	47
Figure 16. L'efficacité de la fasciathérapie	51

RESUME ET MOTS CLES

Introduction. Les pratiques de soins non conventionnels pouvant être inefficaces voire dangereuses pour la santé physique et mentale des individus se développent toujours plus. L'une d'entre elles, la fasciathérapie, est de plus en plus pratiquée par des kinésithérapeutes.

Objectif. Déterminer la validité scientifique et l'efficacité thérapeutique de la fasciathérapie.

Protocole. Revue de littérature.

Méthode. Nous avons créé des grilles de lecture afin d'analyser chaque document se rapportant à la fasciathérapie, en langue française ou anglaise, paru jusqu'en juin 2011. Tous documents dont le sujet principal n'était pas la fasciathérapie furent exclus. Les bases de données Medline, Cochrane library, PEDro, Hal, Sciencedirect, Scholar Google, Google ont été consultées ainsi que des sites spécifiques à la fasciathérapie.

Résultats. 146 documents ont été présélectionnés ; 60 exclus et 41 sélectionnés. Il n'y a pas de preuve à l'heure actuelle quant à la validité scientifique de la fasciathérapie. Nous ne pouvons donc pas conclure quant à son efficacité thérapeutique. Mais ajouter au panel des kinésithérapeutes une pratique qui ne fait pas la démonstration de son efficacité propre est une prise de risque majeure pour notre discipline.

Conclusion. La fasciathérapie peut paraître efficace chez certains praticiens et patients alors que d'autres facteurs entrent en jeu dans l'éventuelle amélioration des symptômes ; les effets contextuels, la guérison naturelle, certains mécanismes psychologiques... En cela kinésithérapeute doit impérativement exercer son esprit critique vis-à-vis de la littérature scientifique et des pratiques de soins non conventionnels.

Mots clés : fasciathérapie, médecine fondée sur les faits, validité scientifique, efficacité thérapeutique, soins non conventionnels

ABSTRACT AND KEY WORDS

Introduction. Alternative health care could be ineffective or harmful to our physical and mental health always grow more. One of them, fasciatherapy, use is increasingly by physiotherapists.

Objective. To determine the scientific validity and the therapeutic efficacy of fasciatherapy.

Protocol. Systematic review.

Method. We have created reading grids to analyze each document relating to fasciatherapy, being in French or English language and published until June 2011. All documents which the main subject is not fasciatherapy were excluded. Medline, Cochrane library, PEDro, Hal, Sciencedirect, Scholar Google and Google databases and fasciatherapy specific websites have been consulted.

Results. 146 documents were preselected: 60 excluded and 41 selected. There is no evidence at present concerning the fasciatherapy scientific validity. Therefore we cannot conclude on its therapeutic efficacy.

Conclusion. Fasciatherapy may seem efficient to practitioners and patients while other factors may improve symptoms. The physiotherapist absolutely must be exercised his critical thinking about the scientific literature and alternative health care.

Key words : fasciatherapy, Evidence-Based Medicine, scientific validity, therapeutic efficacy, alternative health care.

INTRODUCTION

Depuis une dizaine d'années, différents organismes nationaux et internationaux signalent l'ampleur du développement des pratiques de soin non conventionnels, des pratiques non sans risque pour la santé physique et mentale des patients, parfois « *porteuses de dérives sectaires* » (OMS, 2002 ; JORF, 2009 ; MIVILUDES, 2009). La profession de masseur-kinésithérapeute est concernée par ce type de pratique de par ses nombreuses offres de formation continue (www.fifpl.fr) et son retard en terme de recherche clinique (Cleland, 2006 ; CNOMK, 2010). Il semble crucial que la profession ait un regard critique vis-à-vis de la littérature scientifique et des pratiques de soins non conventionnels afin d'assurer des soins de qualité (CNOMK, 2010).

Parmi ces nombreuses pratiques de soins non conventionnels, la fasciathérapie « méthode Danis Bois » est enseignée exclusivement à des kinésithérapeutes ou des médecins (www.fasciatherapie.com). Cette pratique est relativement répandue et organisée en France et dans le monde (Eschaliér, 2010). La fasciathérapie – et non spécifiquement la fasciathérapie MdB - a cependant déjà été citée par la Mission Interministérielle de Vigilance et de Lutte contre les Dérives Sectaires qui signalait à son sujet des « *actions litigieuses* » (MIVILUDES, 2007, 2012).

Le but de la fasciathérapie est de « *maintenir et/ou restaurer dans le corps l'équilibre des fascias* » afin de guérir ou soulager de multiples pathologies (Quéré, 2010). La fasciathérapie a fait l'objet a priori d'une seule étude expérimentale publiée (Quéré, 2007). Il n'a pas été possible de mettre en place un protocole expérimental rigoureux permettant de tester un de ses principes fondateurs.

L'objectif de notre étude est donc de déterminer le niveau de preuve de la fasciathérapie ; une étude approfondie de la littérature sur ce sujet peut-elle nous renseigner sur sa validité scientifique et sur son efficacité thérapeutique ?

CADRE THEORIQUE

1 . Les pratiques de soins non conventionnels

En 2002, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) publie un rapport mettant en avant le développement croissant des médecines non conventionnelles et la nécessité de s'y intéresser. En France un groupe d'appui technique sur les pratiques non conventionnelles à visée thérapeutique est créé en 2009 (JORF, 2009) suite aux préoccupations émises par la Mission Interministérielle de Vigilance et de Lutte contre les Dérives Sectaires dans son rapport de 2008 afin de mieux informer les concitoyens sur les « *pratiques pseudo thérapeutiques porteuses de dérives sectaires* » (MIVILUDES, 2009). Le groupe d'appui dresse un constat similaire à celui de l'OMS et se donne pour but principal d'informer la population sur ces pratiques (Direction Générale de la Santé, 2011).

1.a Définition

Il existe différents termes pour désigner le concept de pratiques de soins non conventionnels ainsi qu'une multitude de définitions.

L'OMS et le Parlement Européen parlent de médecine non conventionnelle mais les définissent différemment. Pour l'OMS, c'est un « *ensemble de pratiques de santé qui ne font pas partie de la tradition du pays même ou ne sont pas intégrées à son système de santé prédominant.* » (OMS, 2002) tandis que pour le Parlement Européen il s'agit de « *toutes les pratiques thérapeutiques non fondées sur les données actuelles de la connaissance scientifique et/ou sur des travaux de méthodologie rigoureuse et contrôlée, effectués par des expérimentateurs indépendants de tout intérêt lucratif quelconque* » (Kahn, 2004). Certaines définitions renvoient à leur origine ancestrale fréquente « *les médecines alternatives ou complémentaires sont des pratiques de soins, parfois basées sur des systèmes médicaux millénaires, qui ne font pas partie de la médecine scientifique classique.* » (Ernst, 2005).

Il n'existe pas de consensus en France concernant la définition à utiliser, ni de liste exhaustive les regroupant. Le groupe d'appui technique sur les pratiques de soins non conventionnels s'appuie plutôt sur leurs caractéristiques communes pour les reconnaître.

Nous utiliserons dans cette étude le terme de pratique de soin non conventionnel pour désigner les pratiques de santé et bien-être extrinsèques à la médecine scientifique.

1.b Caractéristiques

Selon le groupe d'appui, les pratiques non conventionnelles s'apprennent en dehors de la formation initiale du professionnel de santé. Ces formations continues délivrent des diplômes non reconnus par l'état, notamment des diplômes universitaires, souvent privés. Concernant le remboursement des prestations des praticiens, elles ne sont pas prises en charge par l'Assurance Maladie. Enfin, elles n'ont pas fait l'objet d'études cliniques rigoureuses (Direction Générale de la Santé, 2011).

L'OMS souligne aussi l'approche particulière qu'ont ces praticiens vis-à-vis de l'humain et de son équilibre interne ; il s'agira souvent de faire appel aux « capacités d'auto guérison du corps humain » et de rééquilibrer sa « force vitale », en ayant une approche « holistique » de la personne (OMS, 2002). Ces praticiens « *vont alors se distinguer de la médecine classique en agissant sur la cause profonde de ce dérèglement, et pas seulement sur les symptômes qui en résultent* » (Derey, 2003).

D'autre part de nombreux sociologues et philosophes se sont attelés à définir les caractéristiques qui distinguent une science d'une pseudoscience (Bunge, 1984 ; Strahler, 1999) (Annexe 1). Certains courants sceptiques ont fait de même, soulignant la difficulté que pouvait rencontrer un public non scientifique pour distinguer une science d'une pseudoscience. La connaissance de ces caractéristiques semble être un bon moyen d'y remédier (Braithwaite, 2006) (Annexe1). Pour ces différents auteurs, une pseudoscience se définit alors a minima comme une théorie, méthode, ou pratique qui prétend être scientifique mais qui est présentée de telle manière qu'elle ne peut pas être testée de manière empirique, idée initialement introduite par Karl Popper (Popper, 1953). La discipline est dite pseudoscientifique quand n'ayant pas fourni la preuve de ses prétentions, persiste tout de même malgré l'évidence à affirmer que si (de *pseudes* en grec, mensonger).

D'autres auteurs se sont intéressés plus spécifiquement aux pseudo-médecines (Abgrall, 1998 ; Brissonnet, 2003, 2009; Sandoz, 2005). Nous présentons ci-dessous une liste non exhaustive de ces caractéristiques communes.

TABLEAU 1. CARACTERISTIQUES DES PRATIQUES DE SOINS NON CONVENTIONNELS

<i>Place dans le système de santé</i>	N'est pas dans la formation initiale des professionnels Diplômes universitaires souvent privés Pas de diplôme d'état Formation théorique limitée N'est pas pris en charge par l'assurance maladie
<i>Reconnaissance scientifique</i> <i>Epistémologique</i>	Basée sur des systèmes médicaux millénaires, à forte tradition ou exotiques Non fondée sur les données actuelles des connaissances scientifiques voir <i>rejet de la science</i> Incommensurabilité de la théorie Hypothèses invérifiables Mise en jeu d'entités immatérielles, ou non décrites (énergie, fluide, etc.) Certains aspects accessibles seulement aux initiés, jargon consacré
<i>Méthodologique</i>	N'a pas fait l'objet d'études cliniques sérieuses Preuves remplacées par les témoignages et les anecdotes Ne reconnaît pas ses limites, n'est pas convaincue de la nécessité de continuer les recherches Supprime ou transforme les données non favorables Se réfère en permanence à l'Autorité N'est pas à l'écoute des commentaires critiques
<i>Vision de l'Humain et de la guérison</i>	Approche holistique Action en profondeur Stimuler les capacités d'auto guérison Rééquilibrer la « force vitale »

1.c En développement croissant

Les statistiques officielles manquent dans ce domaine. Selon les études, le pourcentage de la population ayant recours à ces pratiques varie énormément. En France, entre 49 et 75% de la population a eu recours au moins une fois à une pratique non conventionnelle en 2001 selon l'OMS (OMS, 2002), contre 39% durant l'année 2007 selon

un sondage de l'Institut Français d'Opinion Publique (IFOP, 2007). Aux États-Unis, 62% de la population y aurait eu recours durant l'année 2002 (Barnes et *al.*, 2004). Vingt-quatre % des Français seraient prêts ou plutôt prêts à remplacer leur médecin généraliste par un praticien de médecine douce (homéopathe, acupuncteur, phytothérapeute...) tandis que 6% l'ont déjà fait (IPSOS, 2007).

Le nombre de pratiques de soins non conventionnels est encore plus difficile à définir ; il en existerait environ 200, et 75 auraient vu le jour depuis la seconde guerre mondiale (Derey, 2003).

Dans certains hôpitaux français, et notamment dans les services d'oncologie, on voit de plus en plus apparaître certaines pratiques non conventionnelles : reflexologie, acupuncture, hypnose... (Morandini, 2010).

1.d Enjeu financier

Dans le monde, on assiste à une augmentation des dépenses pour les pratiques de soins non conventionnels, corollaire de l'attrait croissant qu'elles exercent sur les patients. Aux États-Unis elles représentent 2 700 millions de dollars en 1997. En Europe les habitants du Royaume Uni dépensent 2 300 millions de dollars par an (OMS, 2002).

En France les chiffres élevés s'expliquent en partie par la liberté de dépassement d'honoraire dont font usage certains praticiens exerçant en libéral. D'autre part ces frais incombent en totalité au patient, l'Assurance Maladie remboursant seulement les pratiques conventionnées (HAS, 2006). De nombreux patients sont donc prêts à leur consacrer des sommes importantes. Ceci peut parfois conduire à des escroqueries, par une « *surabondance des exigences financières* » (MIVILUDES, 2007). Cependant, reflet de l'évolution des mentalités, quelques mutuelles commencent à rembourser certains actes dans des conditions très précises (Derey, 2003), proposant par exemple des « packs bien-être » remboursant des séances de shiatsu, phytothérapie... (www.mfif.fr), 72 en France (www.mutuellefr.org). 50% des français ayant recours à ces pratiques de soins seraient prêts à changer de mutuelle pour être mieux remboursé dans ce secteur (IFOP, 2007).

Un marché s'est créé ; de nombreux instituts et écoles apparaissent, proposant des formations très diverses (naturopathie, qi gong, biogym, Feldenkrais...) à des coûts élevés (Assemblée Nationale, 2007). Par exemple on assiste à une structuration de certaines filières ; ainsi création de la Fédération Française de Massage de bien-être en 2004 qui regroupe 27 écoles et plus de 700 praticiens dans toute la France (www.ffmbe.fr).

Autre preuve de leur poids dans l'économie, l'Agence pour la Création d'Entreprise, agence gouvernementale créée en 1996, publie régulièrement des fiches professionnelles sur la création d'activités dans le secteur des médecines douces, du bien-être et de la relaxation, dont la dernière réédition date de juin 2010 (APCE, 2010).

D'autre part avec la loi de modernisation de l'économie du 4 août 2008, de nombreux particuliers s'installent dans le cadre de l'auto-entrepreneuriat, régime ultra simplifié pour exercer une activité indépendante ; réflexologues, sophrologues, naturopathes, ostéopathes, art thérapeute, masseurs de bien-être peuvent créer une entreprise individuelle libérale relevant du régime fiscal de la micro-entreprise (JORF, 2009).

1.e La profession de masseur-kinésithérapeute concernée

Il existe de nombreux organismes de formation continue pour les kinésithérapeutes. Les Fonds Interprofessionnels de Formation des Professionnels Libéraux prennent en charge des formations en thérapie manuelle, ostéopathie, techniques énergétiques, massage thérapeutique chinois... des pratiques qui semblent plutôt s'apparenter aux pratiques de soins non conventionnels (www.fifpl.fr). La recherche clinique en masso-kinésithérapie est encore peu développée, particulièrement en France (Cleland, 2006 ; CNOMK, 2010). Il est nécessaire de s'y atteler pour éviter que les kinésithérapeutes se détournent de leur profession initiale, comme c'est déjà le cas avec l'ostéopathie (ONEM, 2008), pour réaliser des actes adaptés à la variabilité des situations de soin et des patients, pour réduire l'influence des mouvements sectaires dont les champs de la santé sont souvent victimes et « *des intervenants de statuts divers et de formations variées à inexistantes travaillent en marge de la légalité* » (CNOMK, 2010).

C'est dans cette optique qu'a été fondée en 1999 la base de données « PEDro » dont le but est de promouvoir la physiothérapie basée sur la preuve. Elle définit un certain nombre de critères permettant de classer les essais cliniques selon leur niveau de preuve (Verhagen et al, 1999). Cette classification est aussi réalisée au niveau national par la Haute Autorité de Santé, qui a également constitué des grilles de lecture pour des méthodes allant de l'étude clinique randomisée aux revues de littérature (ANAES, 2000). Classiquement, trois éléments sont à prendre en compte lorsqu'on étudie un article scientifique : sa validité interne (le résultat est-il biaisé ?), sa validité externe (le résultat est-il concordant avec les autres connaissances sur le sujet ?) et sa pertinence clinique (le bénéfice est-il intéressant ? extrapolable aux patients à traiter en pratique ?) (Jüni, 2001).

C'est dans ce contexte que l'Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes souligne l'importance de développer chez les futurs professionnels, l'esprit scientifique et critique (CNOMK, 2010).

Nous avons choisi de nous intéresser à la fasciathérapie, une thérapie manuelle à laquelle se forme de plus en plus de kinésithérapeutes, et qui, nous le verrons, regroupe de nombreuses caractéristiques propres aux pratiques non conventionnelles.

2 . Aspects organisationnels de la fasciathérapie

Nous allons dans un premier temps étudier la place de la fasciathérapie méthode Danis Bois dans le système de santé français et mondial.

2.a Formation

En France elle a lieu dans le cadre de la formation continue auprès de l'École Supérieure de Fasciathérapie (EFS). Elle est accessible aux docteurs en médecine et aux masseurs-kinésithérapeutes diplômés. Elle s'étale sur 3 ans avec un volume horaire total de 450 heures et s'achève par la réalisation d'un mémoire de fin d'étude. (www.fasciatherapie.com)

L'EFS est un établissement d'enseignement supérieur privé affilié à l'Université Fernando Pessoa (UFP), privée, au Portugal. L'ESF délivre conjointement un diplôme privé et un diplôme universitaire par l'intermédiaire de l'UFP (EFS, 2010).

2.b Implantation croissante en France et dans le monde

Sept écoles sont habilitées par l'ESF à assurer cette formation en France, mais aussi en Belgique, Suisse, Canada et Brésil. Il y a 3000 fasciathérapeutes diplômés en France actuellement (Eschalier, 2010) contre 300 en 1990 (Bois, 1990). En France, 34% des kinésithérapeutes utiliseraient la fasciathérapie en phase aiguë de lombalgie (Kinésithérapie scientifique, 2007). Actuellement, 900 fasciathérapeutes sont en cours de formation (Eschalier, 2010).

2.c Reconnaissance dans le monde du soin en France

Les séances de fasciathérapie pratiquées par des soignants conventionnés sont remboursées par la sécurité sociale au titre de séance de kinésithérapie, en fonction de la pathologie du patient. Si le praticien est déconventionné, la Sécurité Sociale ne prend pas les séances en charge ; tous les frais sont à la charge du patient et le praticien est libre de fixer le montant de son choix (Legifrance, 2012). La profession de fasciathérapeute, contrairement à celle de masseur-kinésithérapeute, n'est pas réglementée.

La position de l'Ordre des Masseurs Kinésithérapeutes par rapport à la fasciathérapie n'est pas clairement définie. Ils diffusent cependant en 2008 un courrier mettant en avant un rapport de la MIVILUDES. Celui-ci dénonce des «*actions litigieuses (qui) entendaient promouvoir des concepts, thérapies, pratiques, techniques ou méthode relatives (...) à la Fasciathérapie [...]*» (CNOMK, 2008).

2.d Risque de dérives de type sectaire ?

Dans son rapport de 2007, la MIVILUDES conclue qu'il n'y a pas lieu de conseiller les pratiques de soins non conventionnels, leur bénéfice et leur risque n'ayant pas été étudié de manière valide (MIVILUDES, 2007). Elle rapporte aussi que les «*dérives sectaires sont susceptibles de contrevenir en particulier à des compétences paramédicales réglementées*» et que «*la formation continue est également un domaine privilégié d'intervention des mouvements sectaires*». Aux risques extrêmes de rejet de la médecine conventionnelle en cas de pathologie grave, de rupture totale avec l'environnement immédiat, s'ajoutent aussi des risques plus fréquents d'aliénation mentale (MIVILUDES, 2005).

La fasciathérapie – mais non spécifiquement la fasciathérapie MdB - est citée dans un rapport relatif à l'influence des mouvements à caractère sectaire de 2007, qui «*s'interroge sur l'absence d'évaluation de ces techniques par les pouvoirs publics*». Elles sont peu nombreuses, comme la kinésiologie notamment, à avoir été reconnues comme ayant fait l'objet d'aucune étude validée scientifiquement (Assemblée Nationale, 2007). Plus récemment est paru un guide intitulé «*Santé et dérives sectaires*», dénonçant le développement exponentiel de condamnations de charlatans de la santé par les tribunaux correctionnels. La fasciathérapie est citée à 2 reprises dans ce rapport. La Miviludes a ainsi «*[...] pu identifier les – rares – situations suivantes dans lesquelles des masseurs-*

kinésithérapeutes (...) ont appliqué des méthodes non éprouvées telles que la kinésiologie, la fasciathérapie (...) en faisant courir des risques à leurs patients (perte de chance notamment) » (Miviludes, 2012). (cf Annexe 6).

Dans un ouvrage publié en 1995, Danis Bois écrit « Maître, je désire ouvrir en France une école de thérapie manuelle. Puis-je recevoir votre bénédiction? », message adressé à Ram Chandra (Bois & Berger, 1995). Le mouvement de Ram Chandra, Shri Ram Chandra Mission, est identifié depuis 1995 comme « secte » en France de 2000 à 10 000 adeptes (Assemblée Nationale, 1995). Cependant, Danis Bois ne cite plus son livre écrit en 1995 sur sa page Internet rassemblant tous ses ouvrages (www.danis-bois.fr).

Nous mettons en évidence, dans le tableau ci-dessous, les caractéristiques communes au niveau organisationnel de la fasciathérapie et des pratiques de soins non-conventionnels décrits précédemment.

TABLEAU 2. ORGANISATION DE LA FASCIATHERAPIE ; DES CARACTERISTIQUES COMMUNES AVEC LES PRATIQUES DE SOIN NON-CONVENTIONNELS

<i>Place dans le système de santé</i>	N'est pas dans la formation initiale des professionnels Diplômes universitaires privés Pas de diplôme d'état Formation théorique limitée N'est pas pris en charge par l'Assurance Maladie
---------------------------------------	---

Nous avons décrit comment s'organise la fasciathérapie en France et dans le monde. Nous allons maintenant aborder comment se définit cette pratique.

3 . La fasciathérapie et pulsologie méthode Danis Bois

3.a Conception de la maladie

Les fasciathérapeutes ajoutent à la définition communément admise de la maladie un aspect « *non révélé* », enfoui dans « *l'infiniment profond* » de l'individu, qui ne « *bénéficie guère de la crédibilité scientifique* ». C'est la conséquence d'un « *ensemble de perturbations successives* » qui se répercutent dans chaque partie du corps et dans

« *chaque élément constitutionnel, tissulaire et énergétique* » (Bois, 1990). Ces manifestations restent « *figées dans la mémoire du tissu* » (Bois, 1985). Il est alors possible de les analyser au travers de la « *perception d'un mouvement interne* », différent de celui décrit par les ostéopathes puisque non originaire de la circulation du liquide céphalo-rachidien ou de la circulation sanguine (Quéré, 2004). Cette « *puissance intérieure de vie et d'auto-guérison* » s'exprime à nouveau sous forme « *énergétique* » et tissulaire (Bois, 1990). Le rôle du fasciathérapeute est donc de « *dynamiser la force vitale du patient* » (Bois, 1984).

3.b Rôle primordial des fascias et mode d'action

Selon les fasciathérapeutes, les fascias sont « *toutes les formes de tissu conjonctif* » du corps humain (tendons, aponévroses, périoste, artères...) et pas seulement les différents types de tissus arrangés en nappe. À leur rôle communément admis de jonction, d'enveloppe et de soutien s'ajoute alors celui de « *lieu géométrique des échanges cellulaires et tissulaires* ». Le but est donc de « *maintenir et/ou restaurer dans le corps l'équilibre des fascias* » avec pour seuls outils ses mains (Quéré, 2010). L'approche n'est pas purement structurelle en se référant à l'anatomie et à la biomécanique mais « *plus perceptive, basée sur un ressenti plus difficile à étayer* » (Dufour, 2009).

Différentes techniques manuelles sont employées au préalable et contemporanément afin d'établir l'état précis du patient. L'une d'entre elles est la pulsologie, qui est « *l'art d'évaluer les pouls qualitativement et quantitativement* » afin de faire un « *bilan précis du ralentissement du flux sanguin* » (Quéré, 2007).

3.c Indications

Ses indications sont très diverses, des pathologies aiguës ou chroniques aux soins de support. Actuellement ses applications les plus nombreuses concernent l'oncologie et les personnes hypertendues (Courraud, & Quéré, 2010). La *Ligue contre le cancer* souligne le fait que de plus en plus de patients peuvent être attirés par des « *médecines parallèles* » dont « *il n'existe aucune preuve tangible de leur efficacité* » (www.ligue-cancer.net). Il n'y a pas de contre-indications particulières à la fasciathérapie puisque les manœuvres sont des étirements très doux (Quéré 2008), si ce n'est certaines pathologies vasculaires structurelles (sténose, thrombose...) (Quéré, 2004).

Nous mettons en évidence, dans le tableau ci-dessous, les caractéristiques communes au niveau conceptuel de la fasciathérapie et des pratiques de soins non-conventionnels décrits précédemment.

TABLEAU 3. CONCEPTIONS DE LA FASCIATHERAPIE ; DES CARACTERISTIQUES COMMUNES
AVEC LES PRATIQUES DE SOIN NON-CONVENTIONNELS

<i>Vision de l'homme et de la guérison</i>	Approche holistique Action en profondeur Stimuler les capacités d'autoguérison Ré-équilibrer la « force vitale »
--	---

4 . Aspects scientifiques de la fasciathérapie

4.a Contexte d'apparition

Danis Bois se forme à l'ostéopathie à partir de 1975. Il se rend alors compte que le « *mouvement m'apparaissait beaucoup plus lent, plus profond et plus global que celui décrit par l'ostéopathie* » et fonde alors la fasciathérapie dans les années 80 (Bois, 2008).

Il s'inspire de sa pratique et de ses connaissances théoriques en kinésithérapie et en ostéopathie, et de ses rencontres « *en Asie* » (*sic !*) avec des praticiens de la médecine thérapeutique chinoise et des thérapies énergétiques (Bois, 1984).

L'ostéopathie se décline traditionnellement en trois branches : l'ostéopathie structurelle vertébrale périphérique, l'ostéopathie viscérale et des fascias et l'ostéopathie crânienne (dîtes « fonctionnelles ») (Auquier et al, 2007). Danis Bois revendique un retour à l'ostéopathie originelle de Still, plus fonctionnelle (Bois, 1984). Cependant seule l'approche structurelle a, à l'heure actuelle, en partie fait la preuve de son efficacité de manière rigoureuse (Licciardone et al 2005, Hondras et al, 2005, Proctor et al 2006). Celle, originelle, de Still est fortement contestée (Brissonnet, 2003).

Dans ses premiers livres, les inspirations de Danis Bois pour les thérapies énergétiques se font aussi ressentir, notamment au niveau des notions abordées : force vitale, aura

bioplasmatique, méridiens... (Bois, 1984). Les thérapies énergétiques tout comme l'ostéopathie fonctionnelle sont, en Europe, encore rattachées aux pratiques de soins non-conventionnels (Ernst, 2005), longtemps considérées comme valides parce que « ça marche » (Brissonnet, 2003)

Ses sources d'inspiration sont donc multiples mais convergent toutes vers la notion de « ressenti » : pour lui « *des éléments d'abord simplement ressentis deviennent des outils thérapeutiques solides ; une fois leur efficacité éprouvée, leur mode d'action est codifié de manière à pouvoir les enseigner.* » (Bois, 1990). Tout l'art va être de distinguer, justement, entre efficacité « éprouvée » (non dépouillée des mécanismes de suggestion et d'illusion) et « prouvée ».

4.b Parutions et publications

A ce jour une seule étude a fait l'office d'une publication. Elle est publiée dans *Journal of Bodywork and Movement Therapies*, revue sans facteur d'impact, et est référencée sur Pubmed. Elle porte sur l'impact de la fasciathérapie sur l'endothélium vasculaire chez des personnes hypertendues (Quéré et al., 2009). Des mémoires sont réalisés chaque année par des étudiants et portent sur des études de cas, études sans niveau de preuve (ANAES, 2000). Certains articles paraissent dans des revues professionnelles francophones comme *Kinésithérapie Scientifique* et *Profession Kiné*, revues sans facteur d'impact. Des conférences sont données en France et à l'international reprenant les précédents travaux cités.

L'ensemble de ces travaux sont référencés sur le site de l'école française de fasciathérapie mais seulement certains sont accessibles par un individu extérieur à l'école (www.fasciatherapie.com).

Il existe pourtant une multitude d'ouvrages de vulgarisation qui exposent la théorie fondamentale et son évolution, construite et argumentée de manière théorique, édités de 1984 à aujourd'hui. L'édition *Points d'Appui*, créée par Danis Bois, regroupe toutes les parutions récentes (www.pointdappui.fr).

4.c Une volonté et une nécessité de développement des recherches

Depuis quelques années, les fasciathérapeutes cherchent à être mieux reconnus scientifiquement. A cette fin est créé en 2004, par le fondateur de la fasciathérapie le

CERAP, Centre d'Étude et de Recherche Appliquée en Psychopédagogie Perceptive, un domaine qui inclut la fasciathérapie. Ses membres sont des enseignants affiliés, auxiliaires ou invités à une université portugaise, ayant suivi des formations en fasciathérapie, psychologie, sciences de l'éducation ou encore anthropologie. Le CERAP privilégie les approches qualitatives, mais reconnaît la nécessité d'entreprendre des études quantitatives et expérimentales, dans le but notamment de valider des pratiques de soin. Le site du CERAP regroupe les différents travaux parus sur le sujet (www.cerap.pointdappui.fr). Une étude sur l'efficacité de la fasciathérapie comme soin de support pour les patientes atteintes de cancer du sein est d'ailleurs en cours et référencée par l'*Institut National du Cancer*, l'étude étant randomisée mais sans comparatif avec un placebo (www.e-cancer.fr). Au regard des articles et ouvrages existant sur le sujet, nous pouvons constater qu'actuellement la fasciathérapie est plus fondée sur des connaissances et expériences subjectives que sur une argumentation scientifique (cf tableau 1).

Un constat similaire est dressé pour la majorité des pratiques de soins non-conventionnels. L'OMS met en avant les faiblesses méthodologiques de la majorité des études portant sur le sujet : séries de cas sans groupe témoin ou comparatif (OMS, 2002). Il est en effet souvent difficile de respecter le principe du double aveugle, car les thérapeutes disent avoir besoin de toucher le corps entier de la personne, ou entendre sa voix pour solliciter sa participation active (OMS, 2000). Il existe pourtant des études randomisées en double aveugle sur certaines pratiques non-conventionnelles, comme la chiropraxie (Ernst, 2005).

En outre, lorsque des études existent, elles ont tendance à porter sur des pathologies peu rencontrées en pratique courante (Vickers, 1994). Les seules publications de la revue Cochrane par exemple, portant sur l'ostéopathie viscérale et crânienne concernent le traitement de l'asthme et des dysménorrhées (Hondras et al, 2005, Proctor et al 2006).

Il nous paraît non seulement souhaitable, mais possible sur le plan technique d'étudier de manière expérimentale et rigoureuse la fasciathérapie. Nous allons nous consacrer dans le cadre de ce mémoire à l'étude d'un de ses principes : la pulsologie

5. Étude expérimentale de la fasciathérapie

Nous avons vu que le but de la fasciathérapie était de restaurer « l'équilibre » des fascias dans le corps et qu'avant cela, le fasciathérapeute examine le patient à l'aide de différentes techniques, notamment la pulsologie. Nous avons choisi de nous y intéresser

plus spécifiquement pour deux raisons majeures. La première : la seule étude publiée utilise cette pulsologie. La seconde : certains paramètres de cet examen semblent objectivables.

Ainsi avons-nous mis en place un protocole expérimental permettant d'étudier la reproductibilité intra et inter-observateur, la sensibilité et la spécificité de l'examen de pulsologie, sur une population saine et une population malade. Nous avons ensuite proposé ce protocole à des fasciathérapeutes renommés.

5.a Présentation du protocole initial

L'intégralité du protocole tel qu'il a été proposé aux fasciathérapeutes est disponible (cf. annexe 2). Celui-ci faisait appel à une population de patients atteints d'hypertension artérielle et à une population de patients sains. Deux fasciathérapeutes, en aveugle, devaient déterminer à trois reprises le caractère pathologique ou sain de chaque patient. Pour cela leurs seuls outils étaient leurs mains. Ils devaient exercer une pression de maximum 7 secondes sur un certain nombre d'artères superficielles préalablement définies, et analyser ainsi le temps de réponse de l'artère et sa qualité, ce qui, selon la méthode Danis Bois, devrait permettre de réaliser un « *bilan précis du ralentissement du flux sanguin* ».

5.b Difficultés rencontrées avec les fasciathérapeutes

Nous avons donc envoyé par courriel ce protocole à différents fasciathérapeutes dans le but de l'adapter à leur pratique. Ces derniers se sont tous montrés très cordiaux et ravis de pouvoir nous aider à mettre en place un protocole pour tester la pulsologie de manière expérimentale. Finalement notre protocole a été étudié par le centre de recherche de l'École Supérieure de Fasciathérapie.

La première objection que nous avons rencontrée fut : « *la méthode n'a pas vocation à poser des diagnostics, la pulsologie permet d'apprécier un état fonctionnel* ». Les fasciathérapeutes contactés nous ont alors proposé de différencier des personnes stressées et non stressées grâce à la pulsologie ; il leur serait aussi possible de donner des niveaux de stress. Nous avons donc imaginé un nouveau protocole concernant cette population.

De nouveaux problèmes sont alors apparus. À ce stade il n'était plus possible d'étudier spécifiquement la pulsologie, « *le bilan de pulsologie est indissociable du bilan des tissus conjonctifs, ce qui ne va pas c'est que la fasciathérapie est vraiment une méthode globale,*

c'est une philosophie du soin qui se concrétise jusque dans l'action manuelle ». D'autre part, il n'était plus possible d'étudier la reproductibilité d'un examen puisque « *le traitement est indissociable de l'examen* ». Les fasciathérapeutes nous ont alors proposé de « *faire un protocole de libération des artères (tissulaire et vasculaire) jusqu'à obtention d'un pouls diffusant, ample, flexible et synchrone...* ». Mais comment juger du caractère de ce pouls et donc de cette « libération artérielle » sans pouvoir étudier la reproductibilité de l'examen du pouls ? Nous aboutîmes à une étrange impasse.

5.c Caractéristiques des pratiques de soins non-conventionnels avancées

À ce jour, il nous a été impossible de mettre en place avec des fasciathérapeutes un protocole expérimental rigoureux permettant de tester un des principes fondateurs de la fasciathérapie. Les fasciathérapeutes libéraux contactés ont été peu sensibles aux problématiques de la recherche et ne voient pas pourquoi il faudrait prouver la validité de quelque-chose qui, avec leurs patients, « *marche un peu plus chaque jour* ». Les membres de l'École Supérieure de Fasciathérapie sont eux plus réceptifs à cette démarche. Malheureusement il leur semble impossible d'évaluer de manière plus analytique leur pratique. Nous retrouvons dans les remarques faites par ces fasciathérapeutes certaines des caractéristiques communes des pratiques de soin non conventionnels, à savoir une approche holistique ambiguë, et l'argument dit « du pragmatisme » : « tant que ça marche... ».

6 . Problématique et hypothèse

Nous avons mis en avant le développement croissant des pratiques de soins non-conventionnels et la nécessité de se pencher sur l'épistémologie de ces pratiques en tant que masseur-kinésithérapeute. En effet la recherche clinique en kinésithérapie est peu développée en France. Pourtant l'offre en formation continue pour les professionnels est très dense et diversifiée, il peut être difficile de faire le tri entre des pratiques plus ou moins étayées scientifiquement. Avoir un regard plus critique sur certaines pratiques permettrait, entre autres, de limiter l'intrusion de techniques autoproclamées, d'améliorer la lisibilité et l'efficacité des soins, et de forger l'esprit scientifique des kinésithérapeutes.

Nous avons choisi de consacrer notre étude à la fasciathérapie méthode Danis Bois ; cette pratique, bien que relativement répandue et organisée en France et dans le monde, n'est pas reconnue officiellement. Elle a surtout fait l'objet d'une seule étude publiée dans une revue modeste. Paradoxalement, malgré le souhait émis par nombre de ces praticiens d'accéder à une meilleure reconnaissance scientifique, il n'a pas été possible de mettre en place un protocole expérimental rigoureux permettant de tester un de ses principes fondateurs.

Une étude de l'ensemble de la littérature sur le sujet, comprenant la « littérature grise », non publiée, peut-elle nous renseigner sur la validité scientifique de la fasciathérapie et sur son efficacité thérapeutique ? Si oui, quel niveau de preuve peut-on lui affecter ?

Hypothèse : comme nous l'avons déjà vu, il existe de nombreux ouvrages et travaux simili-universitaires portant sur la fasciathérapie. Cependant, une seule étude expérimentale *a priori* a été menée et publiée. Nous pensons donc qu'en analysant plus en détail les documents publiés et non publiés portant sur la fasciathérapie, nous allons pouvoir nous renseigner sur sa validité scientifique, et que celle-ci pourra être discutée.

METHODE

Selon l'HAS, « *la littérature scientifique a des limites qu'il faut connaître* ». Un guide méthodologique a été réalisé dans ce but, présentant des grilles d'analyse d'articles thérapeutiques, diagnostiques, pronostic... (HAS, 2000). Cependant il nous est possible de l'appliquer que partiellement pour notre étude, la fasciathérapie ayant été sujette à une seule étude thérapeutique *a priori*. Cela constitue d'ailleurs un premier élément en faveur de notre hypothèse.

Nous nous sommes donc tournés vers les méthodologies des sciences sociales et particulièrement vers l'analyse de contenu. Ce terme regroupe toutes les méthodes permettant de « *retracer, de quantifier, voire d'évaluer, les idées ou les sujets présents dans un ensemble de documents : le corpus* » (Leray, 2008). Conscient du peu de crédibilité souvent accordé à ce type de méthode, jugée trop subjective (Côté & Turgeon, 2002), il nous a paru important de présenter de manière très claire, précise et rigoureuse notre méthodologie ainsi que d'être dans une démarche à la fois qualitative et quantitative.

1. Élaboration d'une grille de lecture

1.a Création

L'élaboration d'une grille de lecture permet d'enregistrer les éléments pertinents de la littérature par rapport à la problématique ; elle est donc spécifique à chaque étude. Celle-ci doit comprendre des catégories qui doivent être pertinentes (elles ne doivent pas dénaturer les documents étudiés), exhaustives (tous les documents doivent être étudiés), exclusives et objectives (par la rigueur de la présentation) (Robert & Bouillaguet, 2007). La présence de citations est recommandée pour accorder plus de crédibilité aux résultats et pour servir d'appui à l'émergence d'un concept (Côté & Turgeon, 2002).

Nous avons déjà eu un aperçu de l'ensemble des documents disponibles portant sur la fasciathérapie lors de l'établissement de notre cadre théorique, et nous avons déjà défini les caractéristiques propres aux pratiques non-conventionnelles. Il nous est donc possible de définir ces catégories, qui doivent provenir de deux sources : du document lui-même et de la connaissance générale du domaine (Grawitz, 2001). La grille de lecture a été conçue avec un logiciel de traitement de texte.

Pour sa conception nous nous sommes inspirés de différentes grilles existantes, chacune ayant ses spécificités : celles de l'HAS (ANAES, 2000), de PEDro (Verhagen et al, 1999), de Yin (2001).

1.b Pré-test

Afin de limiter les biais psycho-affectifs et idéologiques, dus à l'opinion *a priori* du chercheur (Van der Maren, 1996), nous avons validé nos grilles de lecture sur un petit échantillon de textes. Nous avons également demandé à d'autres personnes, sensibilisées aux problématiques de la recherche, d'analyser ces mêmes textes à partir des grilles. Nous avons ensuite comparé ces différents remplissages et modifié nos grilles en conséquence. Nous avons apporté les modifications suivantes à la suite de ce pré-test.

- Rajout d'une question 2.a « qualification de l'auteur ».
- Rajout d'éléments d'analyse pour les études de cas et les synthèses de connaissance.
- Suppression d'une question concernant la nature du document, redondant par rapport à la question 10, et d'autres questions semblant trop subjectives, les réponses variant trop selon les utilisateurs (mots du titre appartenant au registre des sciences ou décrivant des entités immatérielles, jargon employé, abus de métaphores, explications irrationnelles).

La grille dans sa version définitive figure en annexe n°3.

2. Constitution du corpus

2.a Sources d'information

L'ensemble des travaux sur la fasciathérapie est référencé sur le site du CERAP (www.cerap.pointdappui.fr), sur le site de l'Association Nationale des Kinésithérapeutes Fasciathérapeutes (www.ankf.fr), sur le site de l'Ecole Supérieure de Fasciathérapie (www.fasciatherapie.com) et sur le site du fondateur de la fasciathérapie (danis.bois.free.fr) mis à jour régulièrement. Nous l'avons ainsi consulté sur une période s'étalant de novembre 2010 à juin 2011. Certains travaux sont téléchargeables directement. Nous avons contacté les administrateurs du site pour avoir accès aux documents introuvables, ces derniers nous les ayant gracieusement communiqués.

Nous avons également effectué des recherches sur les bases de données suivantes : Medline, Cochrane library, PEDro, Hal, Sciencedirect, Scholar Google, Google avec pour mots clés : « fasciathérapie », « pulsologie » ou « méthode Danis Bois ».

2.b Critères de sélection des documents

Critères d'inclusion

Tout document textuel portant sur la fasciathérapie et pulsologie méthode Danis Bois, en français ou en anglais, période illimitée jusqu'en juin 2011. Ceci comprend aussi la « *littérature grise* », documents non parus ou édités mais présents sur des sites professionnels ou sur demande auprès de l'École Supérieure de Fasciathérapie.

Critère de non-inclusion

Document impossible d'accès par le biais d'Internet, du prêt entre bibliothèques, ou par la demande auprès de l'école française de fasciathérapie.

Documents parus uniquement sur des revues et sites Internet commerciaux ou de bien-être, grand public (parutions et disparitions trop fréquentes, redondance par rapport à l'apport des autres documents, aucune valeur scientifique).

Documents dans une langue autre que le français ou l'anglais.

Critères d'exclusion

Document dont le sujet principal n'est pas la fasciathérapie méthode Danis Bois mais une technique apparentée (somato-psychopédagogie, gymnastique sensorielle, psycho-tonus, fasciapulsologie de Carini, pulsologie en Médecine Traditionnelle Chinoise, ostéopathie des fascias...).

2.c Sélection des documents

Le document sera sélectionné dans un premier temps en fonction de son titre et de son résumé, et des critères d'inclusion et de non-inclusion. Il sera exclu dans un second temps en fonction des critères d'exclusion définis ci-dessus.

3. Analyse des documents

Il s'agira de remplir les grilles de lecture préconçues pour chaque document. Les documents seront analysés par nature et par ordre chronologique. Ceux qui ne sont pas parus ou diffusés à une date précise seront analysés en dernier.

Une deuxième lecture de l'ensemble des documents nous permettra de faire ressortir les caractéristiques des pratiques non conventionnelles qui s'appliquent à la fasciathérapie, par une prise de note restant la plus fidèle possible aux documents et qui s'organisera sous forme de thèmes : mythe fondateur, théorie et technique, notions et concepts flous, niveau de preuve.

4. Présentation des résultats

Dans un premier temps nous présenterons les documents inclus, non inclus et exclus. Ensuite nous procéderons à une analyse statistique descriptive de l'ensemble du corpus à partir des données des grilles de lecture recueillies à l'aide d'un tableur. Différents thèmes seront abordés, définis par les questions et variables présentées ci-dessous, et permettant de mettre en évidence divers éléments.

TABLEAU 4. NATURE DES VARIABLES

Thème	Numéro de la question	Nature des variables	Mise en évidence
Description générale du corpus	1, 15, 16	Qualitatives nominales	Concepts scientifiques versus nébuleux fréquemment abordés
	3	Quantitative continue	Évolution des parutions depuis la création de la fasciathérapie
	4	Qualitatives nominales	Différents thèmes abordés et leur récurrence
Origine de l'information	5	Qualitative ordinale	Les auteurs sont plus ou moins diplômés et experts dans leur discipline
	6	Qualitative ordinale	Les médias de diffusion sont des sources plus ou moins fiables

	7	Qualitatives dichotomiques	Accessibilité des documents, fiabilité des revues et éditeurs
Validité externe	8	Qualitatives ordinales	Les références restent envers des auteurs sur la fasciathérapie ou recouvrent des domaines plus larges
	9	Qualitatives ordinales	Les références sont issues de sources plus ou moins fiables
Validité interne	10	Qualitative dichotomique	Les approches sont essentiellement empiriques ou théoriques
	11	Qualitatives ordinales	Niveau de preuve selon l'HAS
	12	Qualitatives dichotomiques	Les méthodologies employées comportent ou non certains biais
Pertinence clinique	13, 14	Qualitatives dichotomiques	Les bénéfices cliniques sont intéressants et les patients représentatifs de ceux couramment rencontrés

Pour les variables quantitatives nous calculerons la moyenne, la médiane et l'écart-type. Pour les variables qualitatives, l'effectif et le pourcentage seront donnés. Enfin pour les questions 1, 15, 16 étant des questions « ouvertes », nous en ferons une analyse par mots-clés, ce qui nous permettra de mettre en avant les notions les plus fréquemment abordées.

Puis nous présenterons les articles de meilleur niveau de preuve.

Enfin nous rédigerons l'analyse des résultats à partir de notre deuxième relecture. Cette synthèse sera enrichie par les données de l'analyse statistique précédente et les citations extraites du corpus.

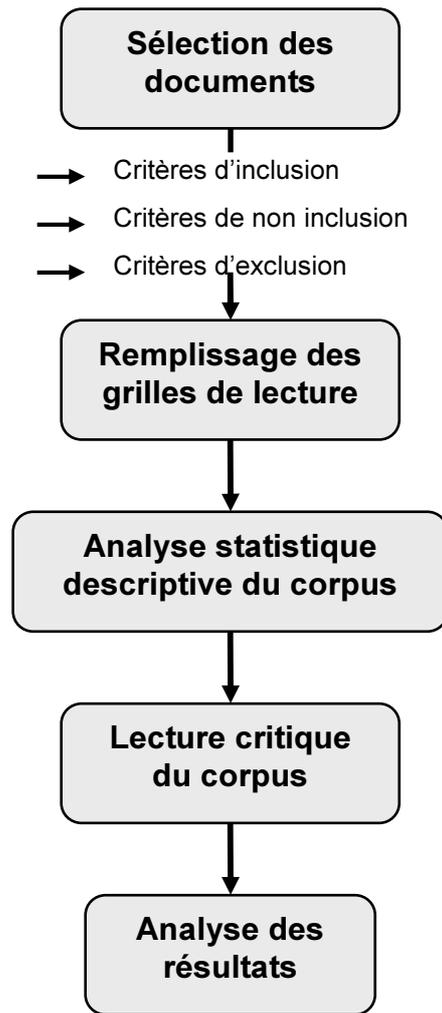


FIGURE 1. PROTOCOLE

RESULTATS

1. Sélection des documents

Après avoir consulté les différentes bases de données et avoir appliqué nos différents critères de sélection, nous avons retenu 41 documents.

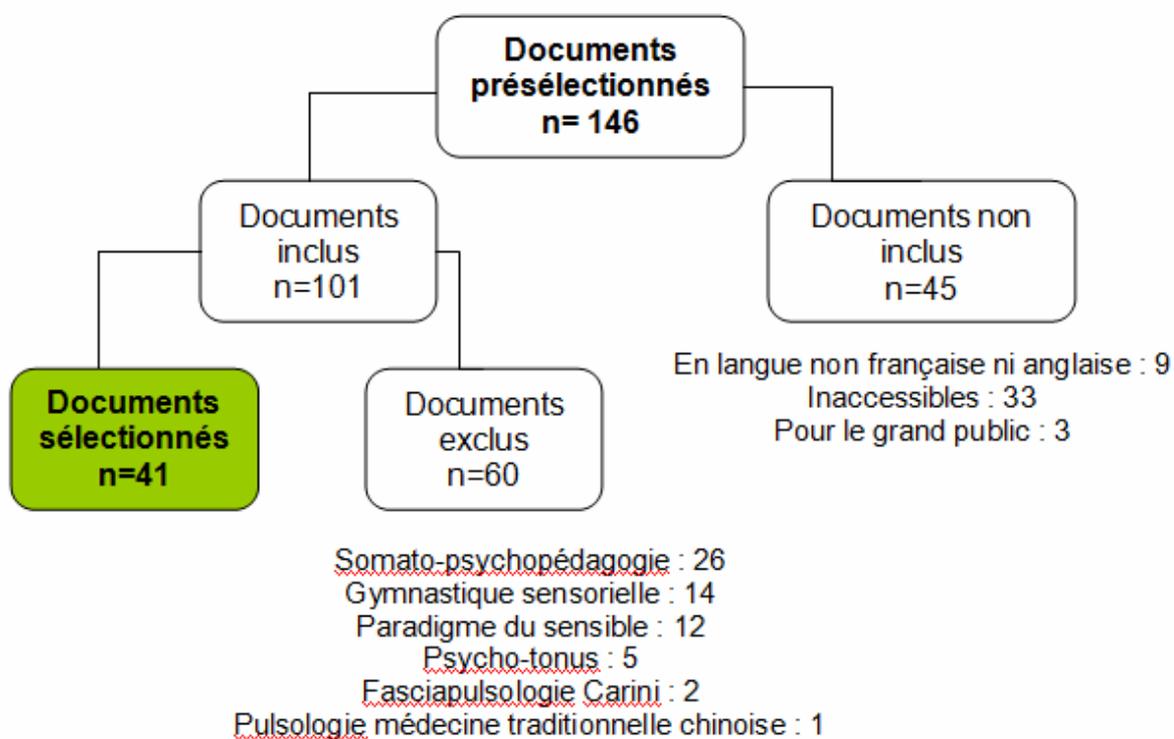


FIGURE 2. DOCUMENTS SELECTIONNES

2. Statistiques descriptives

2.a Description générale du corpus

Les documents portant sur la fasciathérapie ont été écrits entre 1984 et 2011. La plupart ont été écrits dans l'intervalle 2003 et 2008.

TABLEAU 5. ANNEES DE PARUTION

	Moyenne	Médiane	Écart-type	Maximum	Minimum
Année de parution	2004	2005	6,1	2011	1984

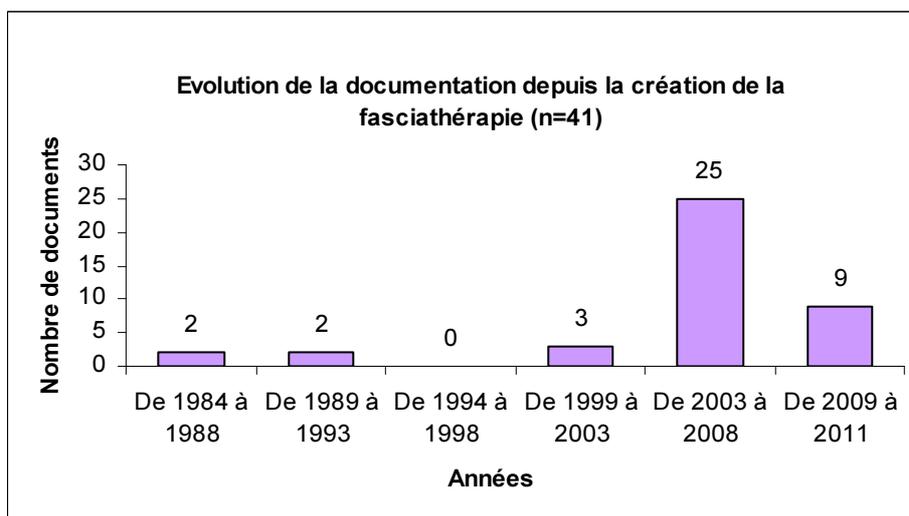


FIGURE 3. ÉVOLUTION DE LA DOCUMENTATION DEPUIS LA CREATION DE LA FASCIATHERAPIE

Nous présentons ci-dessous les différents thèmes qui sont abordés dans l'ensemble des documents.

TABLEAU 6. DIFFERENTS THEMES ABORDES

	Effectif	Pourcentage
Thèmes	751	100%
Présentation générale de la fasciathérapie	184	24%
Applications de la fasciathérapie	140	19%
Histoire et évolution de la fasciathérapie	114	15%
Autre	106	14%
La profession de fasciathérapeute	103	14%
Efficacité thérapeutique et validité diagnostic de la fasciathérapie	60	8%
Scientificité de la théorie de la fasciathérapie	44	6%

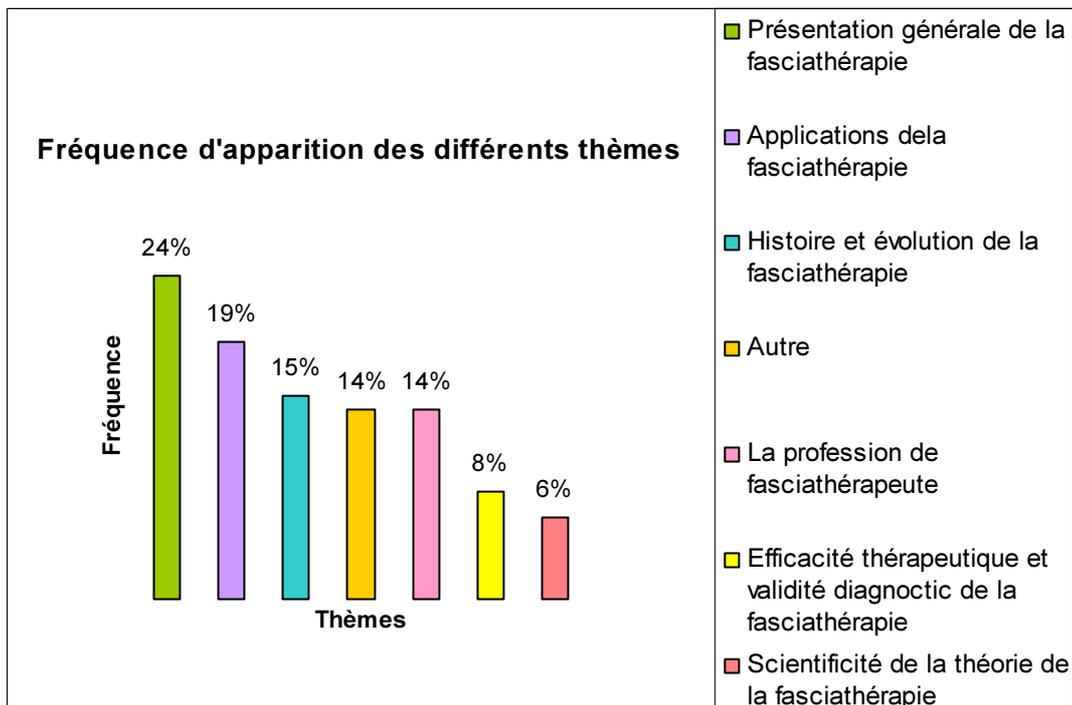


FIGURE 4. ÉVOLUTION DE LA DOCUMENTATION DEPUIS LA CREATION DE LA FASCIATHERAPIE

Enfin voici les concepts les plus fréquemment abordés.

TABLEAU 7. CONCEPTS LES PLUS FREQUEMMENT ABORDES

Concepts	Effectif	Pourcentage
Mouvement interne, force d'autorégulation	36/41	88%
Tonus, psychotonus	27/41	66%
Touchés (de relation, symptomatique, psychotonique...)	25/41	61%
Conscience du mouvement, accordage somato-psychique	15/41	37%
Mémoire du tissu	8/41	20%
Résonance d'un choc	8/41	20%

2.b Origine de l'information du corpus

Les tableaux et figures ci-dessous présentent les qualifications des auteurs et la nature des médias de diffusion des documents. La majorité des auteurs sont fasciathérapeutes et kinésithérapeutes, et le média de diffusion le plus fréquemment rencontré est le *web*.

TABLEAU 8. QUALIFICATION DES AUTEURS ET NATURE DES MEDIAS DE DIFFUSION

	Effectif	Pourcentage
Qualification des auteurs	41	100%
Fasciathérapeute titulaire d'un doctorat (sciences humaines)	3	7%
Fasciathérapeute et kinésithérapeute	22	53%
Étudiant en fasciathérapie	13	33%
Autre	2	5%
Inconnu	1	2%
Nature des médias de diffusion	41	100%
Revue scientifique	1	2%
Revue professionnelle	10	24%
Ouvrage	9	22%
Site web	11	28%
Aucun	10	24%

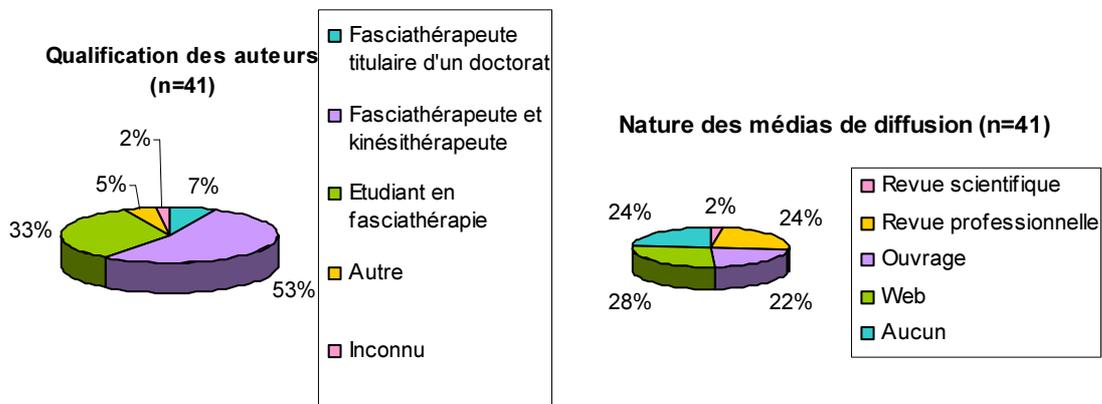


FIGURE 5. QUALIFICATION DES AUTEURS ET NATURE DES MEDIAS DE DIFFUSION

Nous avons ci-dessous rapporté les critères permettant de juger de l'accessibilité des documents et de la fiabilité des revues et éditeurs dans lesquels ils sont publiés. La majorité des documents (56%) ne sont pas parus.

TABLEAU 9. ACCESSIBILITE DES DOCUMENTS, FIABILITE DES REVUES ET EDITEURS

	Effectif	Pourcentage
Parution	41	100%
Oui	18/41	44%
→ Dans une revue	7/18	39%
Avec comité de lecture	2/7	29%
Avec un facteur d'impact	0/7	0%
→ Dans un ouvrage édité	11/18	41%
Editeur différent de l'auteur	11/11	100%
Editeur ne publie que sur cette pratique	2/11	18%
Non	23/41	56%
* Accès libre sur Internet	13/23	57%
* Disponible uniquement auprès de l'ESF	10/23	43%

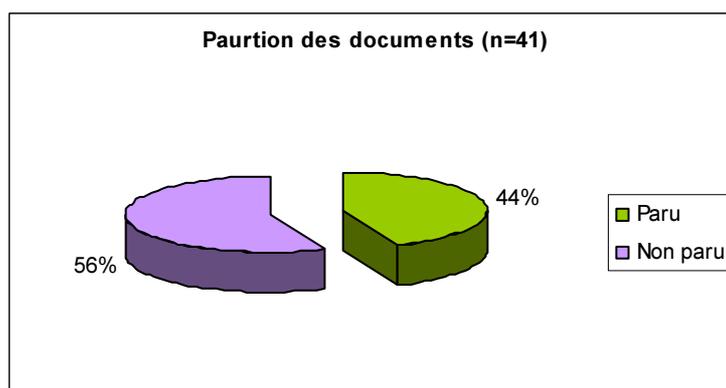


FIGURE 6. PARUTION DES DOCUMENTS

2.c Validité externe du corpus

Nous nous sommes ici intéressés à la profession des auteurs des références et à la nature des documents de référence. Nous voyons que la majorité des auteurs sont des non-fasciathérapeutes (58%). La plupart des références sont issues d'ouvrages (68%). Les revues scientifiques sont celles auxquelles les documents font le moins référence (3%).

TABEAU 10. AUTEURS ET NATURE DES REFERENCES

	Effectif	Pourcentage
Auteurs des références	891	100%
Auteur du document	53	6%
Fondateur de la fasciathérapie	122	14%
Fasciathérapeutes	194	22%
Non-fasciathérapeutes	522	58%
Nature des références	891	100%
Revue scientifique	30	3%
Revue professionnelle	102	11%
Ouvrage	597	68%
Site web	69	8%
Autre	93	10%

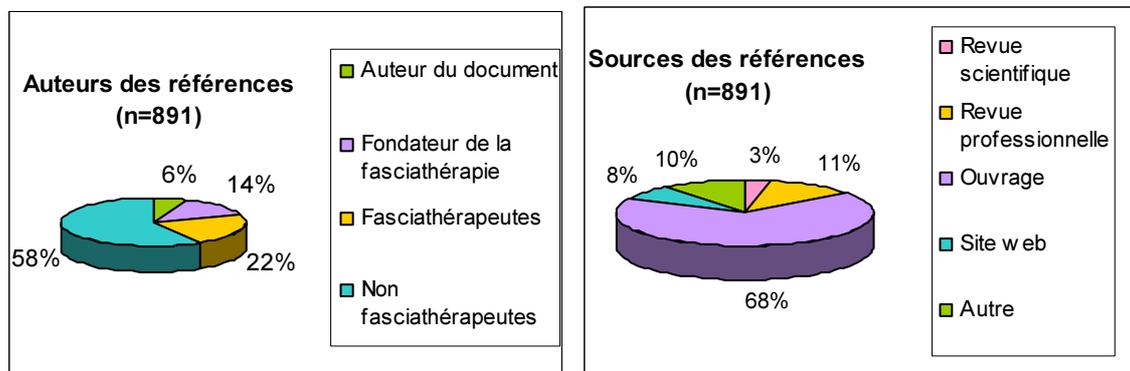


FIGURE 7. AUTEURS ET NATURE DES REFERENCES

2.d Validité interne du corpus

Dans ces tableaux et figures nous présentons les effectifs et pourcentages des différents types d'approche et le niveau de preuve des documents selon l'HAS. Nous voyons que les approches théoriques sont majoritaires (61%) et que les études empiriques les plus fréquentes sont les études de cas (88%). D'autre part 64% des documents n'ont pas de niveau de preuve.

TABLEAU 11. TYPE D'APPROCHE ET NIVEAU DE PREUVE

	Effectif	Pourcentage
Type d'approche	41	100%
Théorique	25	61%
- synthèse de connaissance	1/25	4%
- avis d'expert	0/25	0%
- compte-rendu de conférence	1/25	4%
- interview	3/25	12%
- autre	20/25	80%
Empirique	16	39%
- descriptive	0/16	0%
- expérimentale	0/16	0%
- quasi-expérimentale	1/16	6%
- observationnelle	0/16	0%
- évaluation d'un test diagnostique	0/16	0%
- étude de cas	14/16	92%
Niveau de preuve	41	100%
Niveau 1	0	0%
Niveau 2	1	2%
Niveau 3	0	0%
Niveau 4	0	0%
Pas de niveau de preuve	26	98%

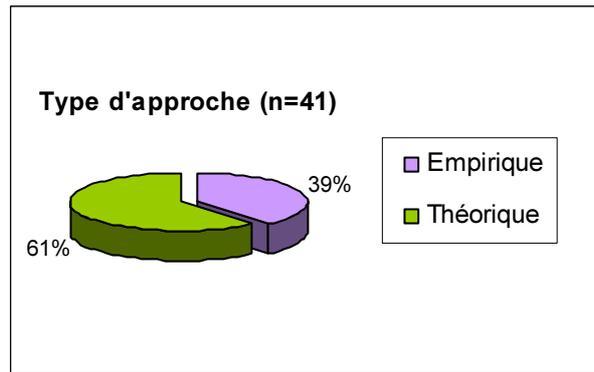


FIGURE 8. TYPE D'APPROCHE

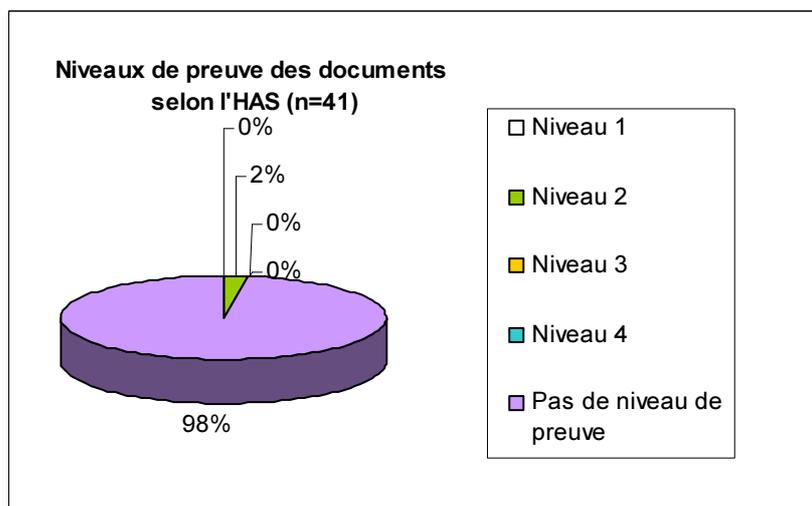


FIGURE 9. NIVEAUX DE PREUVE DES DOCUMENTS SELON L'HAS

Sont référencés ci-dessous les biais méthodologiques que nous avons recherchés dans les synthèses de connaissance, les essais cliniques et les études de cas.

TABEAU 12. NOMBRE DE BIAIS METHODOLOGIQUES

	Effectif	Pourcentage
Biais méthodologiques	43/64	67%
Synthèse de connaissance	3/6	50%
Quasi-expérimentales	12/16	75%
Eudes de cas	28/42	67%

2.e Pertinence clinique du corpus

Enfin nous présentons ici les tableaux et figures représentant les pourcentages et effectifs des documents présentant ou non des bénéfices cliniques intéressants et des patients représentatifs ou non de ceux couramment rencontrés.

TABLEAU 13. CARACTERE INTERESSANT DES BENEFICES CLINIQUES ET PATIENTS REPRESENTATIFS DE CEUX COURAMMENT RENCONTRES

	Effectif	Pourcentage
Bénéfices intéressants	16	100%
oui	10	62%
non	6	38%
Patients représentatifs	16	100%
oui	8	50%
non	8	50%

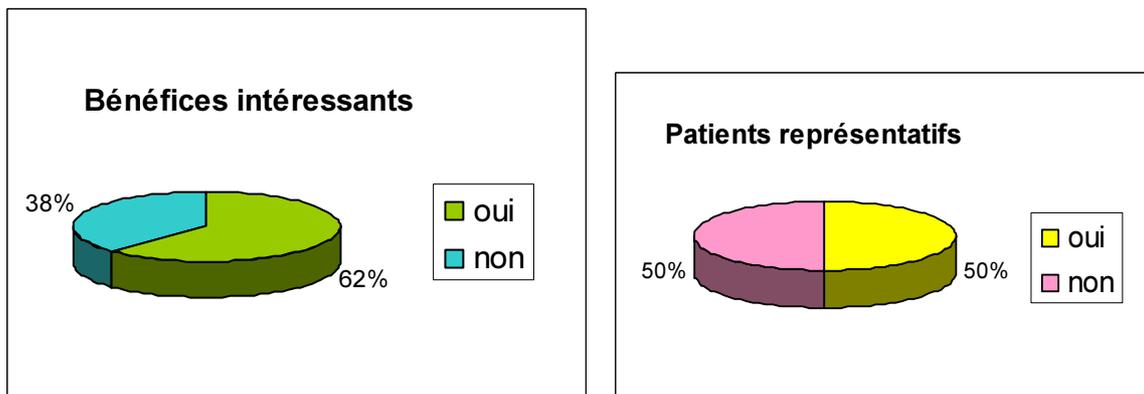


FIGURE 10. CARACTERE INTERESSANT DES BENEFICES CLINIQUES ET PATIENTS REPRESENTATIFS DE CEUX COURAMMENT RENCONTRES

3. Analyse des résultats

Nous présentons ici une analyse critique des statistiques obtenues.

3.a Documents sélectionnés

Nous avons exclu 60 documents. Ceux-ci évoquent la fasciathérapie mais leur sujet principal est différent. Les quatre thèmes revenant le plus sont la « somato-psychopédagogie », la « gymnastique sensorielle », le « paradigme du sensible », et le « psycho-tonus », tous des concepts dont Danis Bois est le fondateur (www.danis-bois.fr). Nous allons expliciter ces termes afin d'analyser leur emploi.

La « somato-psychopédagogie » est née en 2000 après que Danis Bois eut réalisé un cursus universitaire dans les sciences de l'éducation, s'étonnant que soit si peu abordée « *la question de la relation au corps dans l'apprentissage* ». Danis Bois invente alors la notion de « psycho-tonus » car il ressent sous ses mains en fasciathérapie une « *modulation tonique* », « *lieu d'unification du psychisme et du corps* », permettant à la personne de « *déployer une activité d'auto-observation* » qui ouvre « *l'accès à une vie infra psychique* » (Bois, 2008).

La « gymnastique sensorielle » est en fait un outil commun à la fasciathérapie et à la somato-psychopédagogie. C'est une « *rééducation du corps par le mouvement* » (Noël, 2000). Il s'agit en fait de la définition de la kinésithérapie, *kinêsis* signifiant « mouvement » en grec (en cours).

La notion de « paradigme du sensible » est apparue ensuite, dans les années 2000. Elle a permis de créer, après la fasciathérapie et la « somato-psychopédagogie », un nouveau champ de recherche, la « psychopédagogie perceptive », dans lequel il s'agit d'étudier le corps et sa subjectivité (Bois et Austry, 2008).

Tous ces termes créés par des fasciathérapeutes sont des néologismes. L'emploi de néologismes est l'une des caractéristiques des pseudosciences (Braithwaite, 2006). Pour certains lecteurs, ce jargon technique sans claire définition peut paraître synonyme de scientificité et d'érudition, et exercer un profond argument d'autorité. Il peut suggérer que si l'on n'y comprend rien, c'est parce que c'est trop complexe et profond pour soi. En fait, l'habillage d'un texte d'une terminologie complexe appelé aussi « verbiage » est un procédé récurrent permettant de faire passer pour profonde une affirmation philosophique

ou scientifique banale (Brissonnet, 2009), comme c'est le cas par exemple avec le néologisme « gymnastique sensorielle » dont la définition est en fait celle de la kinésithérapie. Ce procédé peut rappeler ce que Sokal et Bricmont ont appelé *Imposture intellectuelle* dans un ouvrage paru en 1997 : relève de l'imposture intellectuelle l'importation de concepts scientifiques d'un champ vers un autre, sans donner de justification empirique ou conceptuelle, sans que les concepts éclairent le champ nouveau, ni que les scientifiques du champ d'origine ne reconnaissent les dits concepts (Sokal et Bricmont, 1997).

Nous verrons plus loin en quoi l'emploi de cette terminologie peut suggérer un « effet paillason ».

3. b Description générale

Les premiers textes portant sur la fasciathérapie sont apparus en 1984. C'est durant cette période que se sont beaucoup développées les « médecines holistiques », inspirées du courant New Age, « *mouvement spiritualiste et mystique dont l'ambition (...) est d'établir un gouvernement mondial de justice et de paix* » (www.info-sectes.org). On peut citer parmi les plus anciennes la « médecine anthroposophique » qui mélange la phytothérapie et l'homéopathie, en faisant référence à des esprits supérieurs et en annonçant une nouvelle ère. Elles sont nées d'une protestation envers la « médecine traditionnelle » qui aurait une vision trop « mécaniste » du corps. Elles se réfèrent à la théorie du « magnétisme animal » de Franz Anton Mesmer du 19^{ème} siècle qui dit qu'un « *fluide magnétique invisible* » est présent chez tous les êtres vivants (Introvigne, 2000 ; Sandoz, 2005). Selon cette conception du vivant, vitaliste et très archaïque, la cause des maladies serait interne au corps qui pourrait alors se guérir lui-même en rééquilibrant son « fluide ». Ce « fluide » prend différents noms selon la pratique ; « Qi » dans la médecine chinoise, « ki » pour le Reiki, « énergie vitale » en homéopathie... (Jackson, 2005). Selon la fasciathérapie, ce « fluide » se transmet par les fascias (Bois, 1984, 1985, 1989, 1990).

Les termes de *thérapie holistique*, *fluide magnétique* et *force intérieure* se retrouvent dans les premiers ouvrages décrivant la fasciathérapie : « *la danse du mouvement de la vie se transmet à notre organisme par les fascias, autrement dit la vie intime des fascias reflète le mouvement cosmique* » (Bois, 1984) mais aussi dans les documents plus récents « *Ce sont justement ces forces internes de l'organisme qui s'expriment en particulier à travers le*

fascia » (Angibaud, 2011) ou encore « *comme l'ostéopathie, nous considérons qu'il y a dans le corps une force d'autorégulation naturelle* » (Courraud, 2004).

Le principe de « *fluide énergétique* » improuvable et irréfutable, s'inscrit dans ce qui ressemble plus volontiers à une doctrine métaphysique (Bechtel et Richardson, 1998). Il est souligné dans différents ouvrages portant sur les « pseudo-sciences » qu'aucune expérience n'a pu mettre en évidence l'existence de cette « énergie » (Aulas, 1993 ; Sandoz, 2005 ; Sokal, 2005). La biologie distingue les êtres vivants de la matière non vivante sans avoir recours à cette « énergie ». Les seuls systèmes circulatoires du corps humain décrits par la physiologie sont les systèmes sanguins et lymphatiques (Marieb, 2010). Le principe de parcimonie des hypothèses, dont on attribue la première définition à Aristote (et dont le nom courant est rasoir d'Occam), nous dit qu'il ne faut multiplier les hypothèses que si cela est nécessaire. Selon ce principe, l'hypothèse concernant l'existence d'un « fluide énergétique » est surnuméraire, trop coûteuse pour être privilégiée lorsque des explications moins coûteuses existent (et il y en a), explications apportées par la biologie, la physiologie et la psychologie humaines (Rubik, 2006).

L'analyse des concepts récurrents dans les différents documents renforce les constatations émises ci-dessus; dans 88% des documents, on retrouve les notions de mouvement interne et de force d'autorégulation qui se rapportent au vitalisme décrit précédemment. D'autres termes reviennent fréquemment : *psycho-tonus*, *mémoire du tissu*, *accordage somato-psychique*. Ces néologismes désignent des entités non définies, si ce n'est par la fasciathérapie.

La zététique, méthode d'analyse des discours et des théories s'éloignant du consensus scientifique, définit différents « effets » que l'on retrouve dans les « pseudo-sciences » et les nomme par des procédés mnémotechniques. Par exemple, des mots comme ceux cités précédemment sont issus du jargon scientifique mais sont détournés selon des sens très différents ; c'est l'«effet paillason» (Broch 1991).

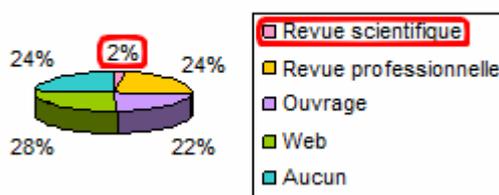
3.c Origine de l'information

Nous observons que 53% des auteurs sont des masseurs-kinésithérapeutes, 33% des étudiants, et 7% des doctorants en sciences humaines. Ces deux derniers groupes emploient

le plus souvent une méthodologie qualitative, dont nous verrons plus loin les intérêts et les limites (cf §IV.3.e).

Parmi les documents du corpus 56% ne sont pas édités ni parus et sont donc accessibles seulement via Internet où sur demande auprès de l'École Supérieure de Fasciathérapie pour 43% de ceux-là. Seul un article est paru dans une revue scientifique intitulée *Journal of Bodywork and Movement Therapies*.

Nature des médias de diffusion (n=41)

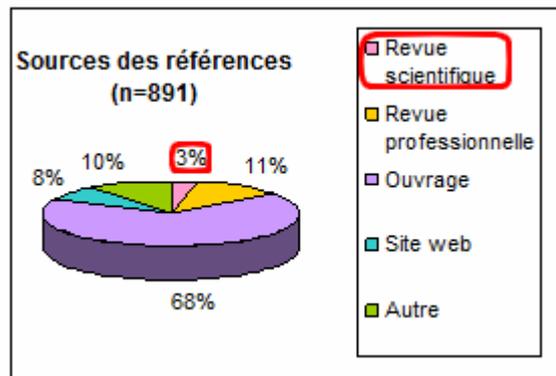


Aux questions « Une étude de l'ensemble de la littérature (...) peut-elle nous renseigner sur la validité scientifique de la fasciathérapie et sur son efficacité thérapeutique ? Si oui, quel niveau de preuve peut-on lui affecter ? » qui découlent de notre problématique, nous pouvons déjà répondre de manière objective que nous ne pourrions sans doute pas affecter à la fasciathérapie un quelconque niveau de preuve.

Cependant, la parution dans des revues scientifiques (c'est-à-dire une revue dont les articles sont validés par un comité de lecture indépendant) n'est pas une garantie totale de qualité et de validité ; il est donc nécessaire d'étudier de manière approfondie la validité interne et externe des documents du corpus.

3.d Validité externe

Il nous a semblé important d'étudier les sources bibliographiques sur lesquels s'appuient les différents documents. Les auteurs des documents référents sont essentiellement des non fasciathérapeutes (58%) ; cela signifie que les fasciathérapeutes s'intéressent à une littérature plus large que celle constituée par la fasciathérapie, cela fonde par ailleurs une certaine légitimité. Cependant on constate que la nature de ces références est surtout des ouvrages (68%). Il y a seulement 3% de références envers des revues scientifiques.



On peut donc s'interroger sur la valeur scientifique des documents sur lesquels se basent les auteurs du corpus. Peut-on considérer qu'ils se confrontent vraiment aux connaissances qui font consensus actuellement en médecine et biologie ? Est-ce que la définition du fascia donnée par les fasciathérapeutes, sur laquelle se base toute leur pratique, est celle qui est communément admise en histologie ?

Le tissu conjonctif représente environ 15% de la masse du corps. Il en existe différents types en fonction des cellules et des fibres qui le constitue. Les aponévroses sont formées de tissu conjonctif dense régulier qui forme des tendons plats reliant les muscles à d'autres muscles ou aux os. Les fascias superficiels sont formés de tissu conjonctif aéroilaire qui relie les différentes parties du corps pour leur permettre de glisser les unes par rapport aux autres. Ils entourent les vaisseaux sanguins, les nerfs et forment le tissu sous-cutané. On retrouve aussi du tissu conjonctif au sein du tissu musculaire. Le tissu conjonctif lâche forme ainsi différentes gaines nommées *endomysium* qui enveloppent les cellules et les fibres des muscles squelettiques, lisses et cardiaques. La classification anatomique des fascias représente ces différentes gaines (Macé, 2008 ; Marieb, 2010 ; Netter, 2011).

Danis Bois le dit lui-même : « *La MDB en étend l'interprétation [de « l'approche médicale classique » des fascias] à toutes les formations conjonctives* » (Bois, 1990). Selon les fasciathérapeutes, les termes fascia, tissu conjonctif et aponévrose définissent la même entité histologique. Ainsi une nouvelle classification des fascias est inventée, se rapprochant de celle des ostéopathes, qui, eux aussi, considèrent le terme de fascia comme un synonyme de tissu conjonctif car ils dérivent tous deux du même feuillet embryologique, le mésoderme (Paoletti, 2011). Il y a donc 3 catégories de fascias : les fascias superficiels, les fascias axiaux profonds, et les fascias dure-mérien (Bois, 1984 ; Bois, 1990 ; Quéré, 2004). Il serait intéressant de savoir sur quoi se fondent ces classifications singulières. Malheureusement dans ces différents ouvrages la classification

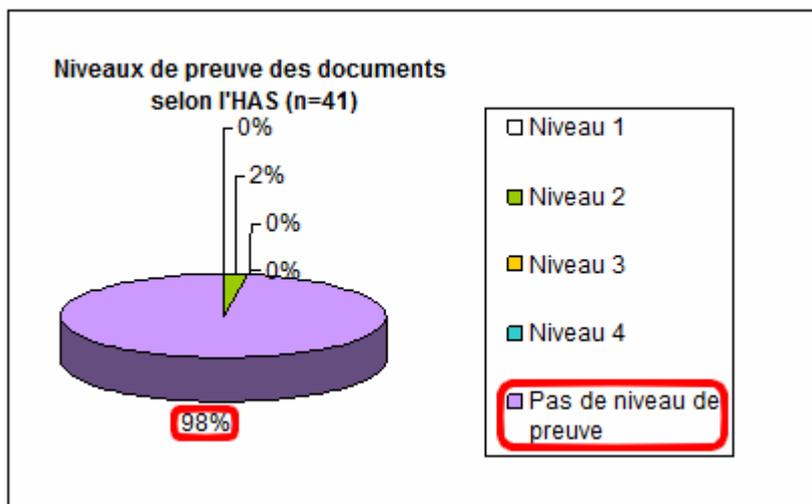
paraît arbitraire, car jamais justifiée. L'histologie est pourtant une science reposant sur des méthodes expérimentales bien précises : prélèvements biologiques, observations au microscope optique, colorations... (Macé, 2008). Comment les fasciathérapeutes ont-ils mis en évidence l'existence d'un fascia dure-mérien, qui entoure l'encéphale et la dure-mère, non décrit en anatomie (Netter, 2011) ? La synthèse de connaissance qu'a réalisé N. Quéré, fasciathérapeute, s'intitulant *La Fasciathérapie Méthode Danis Bois et les fascias sous l'éclairage des recherches scientifiques actuelles*, admet que « *Le système nerveux possède son propre fascia, à savoir les méninges (particulièrement la dure-mère), membranes d'enveloppe du cerveau et de la moëlle épinière* ». Aucune référence ou recherche n'est associée à cette affirmation (Quéré, 2010).

Il ne semble donc pas avoir de concordance précise entre la conception des fascias selon les fasciathérapeutes et celle plus communément admise en histologie.

Concernant les auteurs des références, 14% des documents sont écrits par Danis Bois. Il est difficile de dire si ce chiffre est élevé ou non. Cependant, on peut souligner que les références aux titres universitaires de Danis Bois sont nombreuses. On trouve par exemple en première page d'une brochure destinée aux médecins intéressés par la fasciathérapie « *Le Pr Danis Bois est aujourd'hui docteur en sciences sociales et professeur cathédrique à l'Université Fernando Pessoa [l'adjectif cathédrique n'est pas utilisé en France, et signifie « titulaire d'une chaire]* » (www.fasciatherapie-patient.com). Sans vouloir discuter sur l'usage d'un adjectif désuet à forte connotation, nous nous interrogeons sur ce qu'apporte la citation de ces titres dans un paragraphe intitulé « Origines de la fasciathérapie », titres acquis vingt ans après la création de la fasciathérapie (www.danis-bois.fr). Ceci peut suggérer un moyen rhétorique nommé « argument d'autorité », qui consiste à s'appuyer sur l'autorité d'une personne, plus particulièrement si elle est pourvue de nombreux diplômes, afin d'accorder plus de valeurs aux propos défendus. Il est pourtant plus raisonnable de juger la valeur d'une argumentation en fonction de son contenu ou encore de l'avis de l'ensemble d'un groupe d'experts sur le sujet. Le prestige d'un titre universitaire ou d'une fonction ne devrait jamais être une garantie de crédibilité (Brissonet, 2003 ; Brissonet, 2009).

3.e Validité interne

Nous avons découpé les textes du corpus en deux catégories : ceux qui se rapportent à des faits, dit « empiriques » et ceux dit « théoriques ». Nous avons ensuite affecté un niveau de preuve à chaque document ; 98% des documents n'ont aucun niveau de preuve selon l'HAS (HAS, 2000).



Nous avons enfin essayé de mettre en avant les biais qui pouvaient exister dans ces différents documents. Étant donné qu'il existe une seule étude affectée d'un niveau de preuve (ce sont les 2% mis en évidence ci-dessus), il nous semble plus judicieux de l'analyser en détail.

Cette étude a été réalisée par une fasciathérapeute, une angiologue, une statisticienne et une professeur des universités en biologie cellulaire. Le but de l'étude était d'« évaluer si la pulsothérapie pouvait être considérée comme un traitement valide et pertinent sur les conséquences vasculaires du stress ». La population choisie est constituée de 16 personnes hypertendues (c'est-à-dire atteintes d'hypertension artérielle) et « normotendues stressées ». Ces personnes devaient ressentir « une sensation interne de stress ». Ces différentes personnes ont suivi deux séances de 20 minutes espacées dans le temps : une séance de pulsothérapie et une séance de massage « conventionnel ». Des mesures d'écho-doppler et de pression artérielle ont été réalisées à différents moments de la séance, laquelle comprenait aussi un temps de repos. Les résultats montrent que la pulsothérapie a un effet significatif sur la réduction de l'hétérogénéité des profils d'écoulement sanguin et sur l'augmentation de la vitesse maximale d'écoulement par rapport au massage et au

repos. L'étude conclue que grâce à la pulsothérapie, le patient stressé expérimente à court terme un relâchement de tension (Quéré et *al.*, 2007).

Plutôt que de relever les limites de cette étude, soulignons la qualité de cette démarche. Il s'agit en effet de la première et unique étude qui s'attelle à démontrer l'efficacité de la fasciathérapie de manière expérimentale, en construisant un protocole *a priori*, en mettant en place un groupe contrôle, et en utilisant les outils statistiques.

Un nouvel essai clinique portant sur la fasciathérapie est actuellement en cours. Il s'intitule « *essai randomisé évaluant l'efficacité de la fasciathérapie en soin de support chez des patientes ayant un cancer du sein et recevant une chimiothérapie adjuvante* ». Il ne s'agira malheureusement pas d'un essai randomisé contrôlé puisque la population faisant office de groupe contrôle ne se voit octroyée aucune séance supplémentaire pour suppléer à l'absence de prise en charge en fasciathérapie (www.e-cancer.fr). Quelques soient les résultats de l'étude, ils seront inexploitable du fait de cette absence de groupe contrôle, quand on sait que le simple contact physique avec le patient est au moins transitoirement plus efficace que l'absence de toucher (Moss et *al.*, 2007 ; Lewis et *al.*, 2010), notamment dans le cas d'un cancer du sein (Kutner et *al.*, 2008). De nombreuses études ont montré que différents facteurs interviennent dans l'amélioration de l'état de santé d'un patient : guérison naturelle, effet placebo ou contextuels comme la durée de la séance, la relation soignant-patient, le rituel de l'administration du traitement, les traitements associés... (Finniss et *al.*, 2010 ; Brissonnet, 2011). Si une amélioration des symptômes est constatée dans le groupe « fasciathérapie », on ne saura pas si cette amélioration est due à la fasciathérapie ou bien aux effets contextuels. Les patients du groupe contrôle peuvent en effet moins bénéficier des effets contextuels, car ils ont moins de séances avec des soignants.

Cette étude de la fasciathérapie est citée sur différents sites (www.fasciatherapie-patient.com, www.fasciatherapie.com, www.ankf.fr), qui soulignent son référencement par l'INCA « *Elle vient d'être répertoriée sur le site prestigieux de l'Institut National du Cancer* » (www.fasciatherapie.com). Nous retrouvons ici à nouveau l'argument d'autorité décrit précédemment ; le fait que l'étude soit référencée par un institut national, et qu'elle soit réalisée à l'hôpital suggérerait sa pertinence (Brissonnet, 2009).

Les autres documents appartenant à la catégorie « empirique » sont des études de cas, à bien différencier, malgré leur nom, des études épidémiologiques descriptives

(transversales et longitudinales) et analytiques (cas-témoin, cohorte, séries de cas) auxquelles on peut attribuer un niveau de preuve (Beaucage, 2009).

L'étude de cas appartient aux méthodes qualitatives (Alami et al., 2009). Dans ces études les fasciathérapeutes décrivent la prise en charge et l'évolution d'un ou plusieurs patients atteints d'une pathologie. Cette méthodologie soulève différents problèmes.

Premièrement, ce n'est pas parce qu'un événement (la guérison, ou le mieux-être) arrive après un autre (la prise en charge en fasciathérapie) que le premier (la prise en charge en fasciathérapie) est la cause du second (la guérison ou le mieux-être) ; c'est ce qu'on appelle le *post hoc ergo propter hoc* (Skrabanek & McCormick, 1992).

Secondement, les outils permettant de d'exprimer le mieux-être ou la guérison doivent être fiables et prévus *a priori* ; il ne s'agit pas seulement de demander l'avis du patient (Cleland et al., 2006). On peut utiliser par exemple une Échelle Visuelle Analogique, un questionnaire de qualité de vie validé, des scores fonctionnels... Ce n'est pas le cas de la majorité des études de cas citées ici. Si certains fasciathérapeutes créent eux-mêmes leur propre questionnaire et font une analyse des données scrupuleuses (Desmaison, 2008), d'autres se contentent de questionner oralement leur patient ou de l'observer comme dans cette étude portant sur le syndrome douloureux régional complexe de l'épaule où l'on peut lire « *Quatre mois après, j'ai rencontré Henriette dans la rue, elle revenait de faire ses courses, elle n'avait pas de séquelles apparente.* » (Carbonell, 2007).

Enfin, l'accumulation de preuves de très faible niveau, si nombreuses soient-elles, ne pourra jamais constituer de preuve formelle de l'efficacité de la prise en charge (Brissonnet, 2009).

Concernant le corpus « théorique » qui comprend 61% des documents, seule une étude est une synthèse de connaissance.

Cette étude semble pertinente au premier abord puisqu'elle a pour objectif de dire « *En quoi et comment certaines recherches scientifiques récentes concernant les tissus conjonctifs peuvent-elles éclairer les impacts cellulaires et biologiques du geste thérapeutique manuel en fasciathérapie ?* ». La méthodologie employée est très brièvement décrite : consultation bibliographique sans limite de date de parution dans les domaines conjonctifs, vasculaires, et de la fasciathérapie. Nous ne connaissons pas les critères précis d'inclusion des documents, ni les mots clés utilisés. Nous nous étonnons par ailleurs de la présence redondante du terme de « *mouvement interne* », dont on a vu

précédemment qu'il ne renvoyait à rien de défini par la science actuellement, qui revient 36 fois dans un document s'intitulant « *La Fasciathérapie Méthode Danis Bois et les fascias sous l'éclairage des recherches scientifiques actuelles.* » (Quéré, 2010).

Les autres documents dits « théoriques » ne présentent pas de méthodologie particulière : ce sont pour l'essentiel des présentations de la théorie de la fasciathérapie ou des réflexions sur cette pratique.

Leur contenu suggère une ressemblance avec les textes issus du courant philosophique appelé « postmoderne ». Celui-ci privilégie le discours sur les faits, accordant une importance toute particulière au langage, à l'analyse de concepts, au détriment des tests empiriques. Ce courant permettrait d'aller au-delà de la logique et de la raison en insistant sur l'intuition et la perception subjective, instillant une dissipation du statut de la preuve (Sokal et Bricmont, 1997 ; Introvigne, 2005).

Les références à ces expériences subjectives sont nombreuses dans les documents du corpus, par exemple : « *Cette subjectivité corporelle prenait la forme d'un mouvement interne, d'une variation d'états porteurs d'informations signifiantes pour le sujet qui la questionne. La relation à cette subjectivité corporelle m'a conduit à construire un rapport différent aux choses et aux êtres, un rapport plus créatif, m'invitant à saisir d'une autre façon le sens de l'existence* » (Bois, 2008).

Il convient pourtant de démontrer au préalable de manière expérimentale l'existence d'un effet particulier du geste des fasciathérapeutes, différent d'une simple imposition des mains ou d'un massage. Sinon, tous les raisonnements ultérieurs n'ont pas de sens, quelle que soit leur complexité apparente (Sokal et Bricmont, 1997 ; Brissonnet, 2003). Le sens d'une phrase extraite du corpus comme la suivante nous laisse encore perplexe : « *le point d'appui est un instant spécifique du geste manuel où se fonde un véritable dialogue intérieur et une intégration du mouvement tissulaire dans les structures psycho-corporelles, associant une transformation tant architecturale que psycho-tonique* » ? (Quéré, 2007).

3.f Pertinence clinique

Compte tenu de l'absence de niveau de preuve des documents étudiés, ces résultats ne peuvent malheureusement pas nous éclairer quant à la pertinence clinique de la fasciathérapie.

DISCUSSION

1. Validité scientifique et efficacité thérapeutique de la fasciathérapie

Nous avons étudié l'ensemble des documents existant à ce jour concernant la fasciathérapie « méthode Danis Bois ». Nous avons ainsi pu nous renseigner sur les origines des informations, sur la validité interne et la validité externe de chacun de ces documents et donc sur leur niveau de preuve respectif (Jüni, 2001). Selon nos résultats, 98% des documents ne sont affectés d'aucun niveau de preuve. Ceci nous renseigne donc sur la validité scientifique de la fasciathérapie ; à l'heure actuelle, et contrairement à ce qui est annoncé, il n'y a pas de preuve scientifique établie ni de présomption scientifique en faveur de la fasciathérapie.

Nous nous intéressons également à son efficacité thérapeutique. Compte tenu du niveau de preuve scientifique inexistant, il est logique d'extraire la thérapie du domaine des techniques efficaces, en attendant de réelles études – en vertu du principe de la charge de la preuve, qui énonce que ladite preuve incombe bien sûr à celui qui prétend.

TABLEAU 14. VALIDITE SCIENTIFIQUE ET EFFICACITE THERAPEUTIQUE DE LA FASCIATHERAPIE

FASCIATHERAPIE METHODE DANIS BOIS	
Niveau de preuve	Efficacité thérapeutique
Aucun	Douteuse

Pourtant, les ouvrages et articles les plus récents sur la fasciathérapie concluent quant à son efficacité pour favoriser le bien-être (Angibaud, 2010), pour lutter contre le stress (Eschaliier, 2005 ; Quéré, 2007), contre le reflux œsophagien du bébé (Stelandre, 2006), ou encore contre la spondylarthrite ankylosante (Desmaison, 2008). Certains patients témoignent également des bienfaits que semble leur apporter la fasciathérapie, comme

cette personne qui nous dit : « *après une opération à cœur ouvert ,il y a 5 semaines, j'avais de terribles douleurs qui ne me laissaient que très peu de répit. J'ai eu la chance de rencontrer une kiné formée en fasciathérapie. Elle m'a pratiqué 2 séances de fascia et j'ai senti un bien énorme. Je n'ai quasiment plus mal et j'en suis époustouflée.* » (www.fasciatherapie-patient.com).

Comment peut-on expliquer l'écart existant entre le niveau de preuve scientifique de la fasciathérapie et les témoignages exprimant son « efficacité » ?

2. Validité et efficacité « populaire » de la fasciathérapie : les raisons d'une croyance

Nous avons vu précédemment que la fasciathérapie est peu vraisemblable dans ses fondements même. En effet, il ne semble pas avoir de concordance précise entre la conception des fascias selon les fasciathérapeutes et celle plus communément admise en histologie. D'autre part, le concept de « *fluide énergétique* » sur lequel se base cette pratique ne renvoie à aucune entité définie par la science actuellement. Or postuler une nouvelle entité ne peut se faire sans argument de poids. Nous avons également mis en évidence le manque de preuves provenant d'essais cliniques de qualité. Pourtant, un nombre croissant de masseur-kinésithérapeutes et de patients se tourne toujours vers cette pratique. Nous allons discuter ici des raisons qui font que ces personnes croient en la fasciathérapie, tout en se rappelant que le fait qu'une pratique soit considérée comme efficace par un grand nombre de personne ne lui donne pas une efficacité propre pour autant (Baillargeon, 2005).

Lorsque nous parlons de personnes « *croyant en l'efficacité de la fasciathérapie* », nous entendons par là que selon ces personnes, la fasciathérapie permet d'améliorer les symptômes de certaines maladies, voire de les guérir. En réalité, trois cas de figures peuvent se présenter ; la fasciathérapie est un des facteurs permettant la guérison ou l'amélioration des symptômes ; d'autres facteurs interviennent de manière exclusive dans l'amélioration de l'état de santé ou la guérison ; la fasciathérapie n'améliore pas les symptômes mais les patients en ont l'impression (Brissonnet, 2011 ; Hartman, 2009). Nous allons donc décrire dans un premier temps les différents facteurs influant sur l'état de santé d'un individu, puis nous retracerons les différentes raisons qui poussent les gens à croire en

l'efficacité de la fasciathérapie en tant que telle sans prendre en considération les autres facteurs de guérison.

2.a Les différents facteurs influant sur la santé d'un individu

▪ L'évolution naturelle de la maladie

De nombreuses maladies sont dites spontanément résolutive, et guérissent naturellement, sans aucune intervention d'une nature quelconque. C'est le cas par exemple de la gastro-entérite, de la sinusite ou des migraines. D'autres pathologies comme les rhumatismes inflammatoires ou les allergies sont symptomatiques de manière cyclique, le patient passe donc par des phases de rémission (Hartman, 2009 ; Evans et *al.*, 2011 ; Morabia, 2011). Ainsi, sans études rigoureuses permettant de comparer la prise d'un traitement à l'évolution naturelle de la maladie, nous ne pouvons pas conclure quant à l'efficacité d'un traitement.

D'autre part, lorsque le patient consulte un thérapeute, il se trouve souvent dans la phase aiguë de la maladie ; lorsqu'on évalue ses symptômes après cet épisode, ils ont donc le plus souvent régressé naturellement (Hartman, 2009). Ce phénomène est couramment appelé Régression à la moyenne depuis Galton.

▪ Les effets contextuels

La conception de l'effet placebo a beaucoup évolué depuis les années 1950, où l'on considérait que l'effet d'un traitement était du à l'effet placebo additionné à l'effet spécifique du traitement. Les études ont depuis montré qu'au moins deux autres éléments entraient en compte dans l'effet d'un traitement : la guérison naturelle et les erreurs de mesure durant l'essai (Brissonnet, 2011).

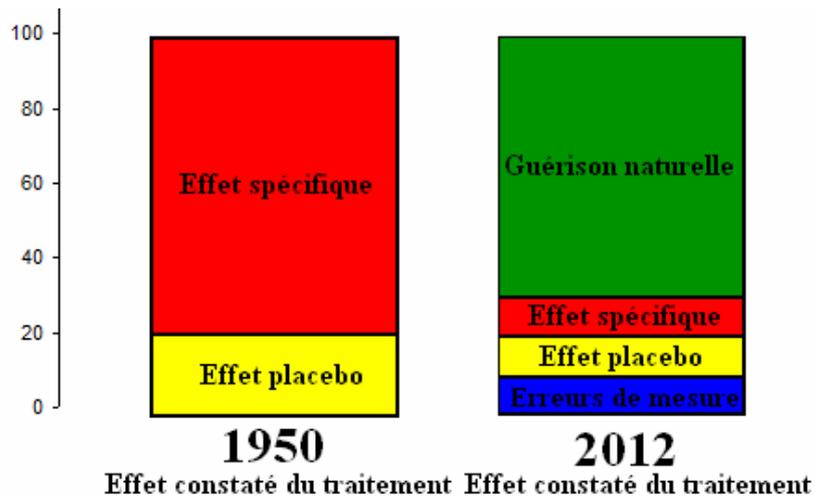


FIGURE 14. EVOLUTION DE LA CONCEPTION DES EFFETS ENTRANT EN COMPTE DANS L'EFFICACITE GLOBALE D'UN TRAITEMENT D'APRES BRISSONNET, 2011

D'autre part, certains auteurs suggèrent de parler d' « effet contextuel » plutôt que d' « effet placebo » (Di Blasi *et al.*, 2003, Miller et Kaptchuk, 2008). En effet, l'utilisation d'un « objet placebo » ne change rien à la présence ou non de cet effet. Cet effet est en réalité dépendant de différents éléments clairement identifiés de nos jours parmi lesquels on peut citer les conditions environnementales du traitement, le rituel associé à sa délivrance, et surtout la relation soignant/ patient (Brissonnet, 2011).

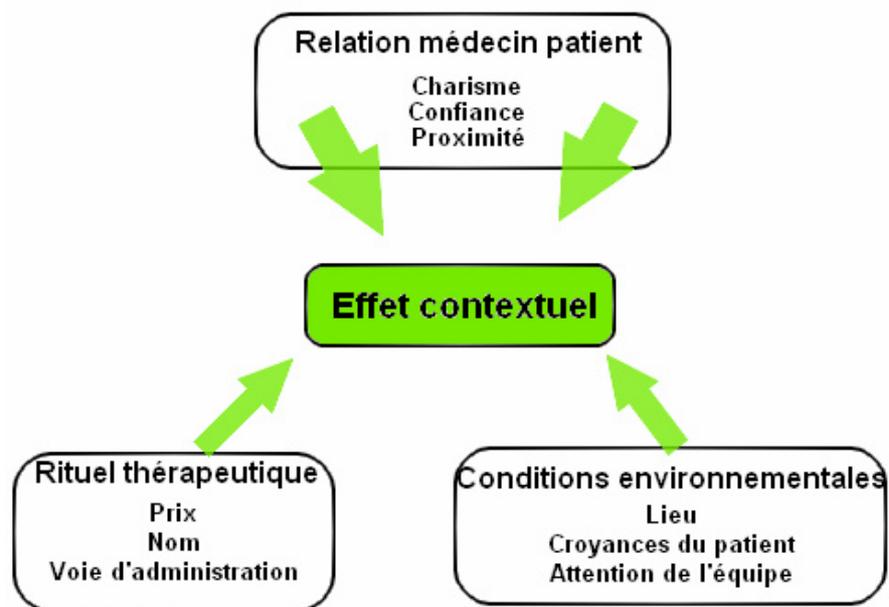


FIGURE 15. PARAMETRES ENTRANT EN COMPTE DANS L'EFFET CONTEXTUEL D'APRES BRISSONNET, 2011

Lorsqu'un fasciathérapeute (ou n'importe quel praticien) prend en charge un patient, tous ces paramètres participent à l'éventuelle amélioration de l'état de santé du patient. Ceci est particulièrement vrai lorsque le symptôme principal est la douleur ; l'amélioration de l'état de santé peut alors être totalement subjective : le patient se sent mieux alors que la pathologie sous-jacente reste intacte (Morabia, 2011). Mais si ces effets contextuels contribuent à toutes les pratiques, le bon praticien qui veut montrer l'efficacité de sa méthode l'étudie en prévoyant l'effet contextuel, ce que ne fait pas la fasciathérapie à notre connaissance.

Le comportement, la personnalité et l'assurance du soignant sont des éléments capitaux de l'effet contextuel (Brissonnet, 2011 ; Morabia, 2011). Or les personnes exerçant des pratiques de soin non conventionnel sont souvent charismatiques et plus attentives au contact avec le patient (Morabia, 2011).

En appliquant le principe de parcimonie des hypothèses, nous pouvons donc raisonnablement penser que l'efficacité ressentie de la fasciathérapie s'explique par la somme de l'évolution naturelle des pathologies et des divers effets contextuels. Bien sûr, il n'est pas impossible qu'un jour une preuve d'efficacité propre de la fasciathérapie soit élaborée : il sera alors temps de changer ces lignes. Mais pas avant. En attendant, postuler un effet non démontré reviendrait à faire une brèche dans la science, brèche dans laquelle s'engouffrerait magie, licornes, anges, fées et guérison du saint-Esprit.

2.b Les raisons et mécanismes des croyances en santé

▪ Les raisons socioculturelles

Depuis quelques décennies et particulièrement depuis l'essor du mouvement *New Age*, une certaine partie de la population est attirée par les pratiques de soins non conventionnels vantant les mérites d'un retour vers la « nature » et vers plus de simplicité (Introvigne, 2005). Cette vision de type « *holiste* » de la santé se dit en décalage avec le modèle « matérialiste » de la médecine plus conventionnelle. L'opposition est parfois exagérée, l'idéologie holiste (qui est fortement hippocratique si on regarde bien) peut n'être qu'un discours de façade, les techniques étant peu éloignées de pratiques

conventionnelles dont elles prétendent se démarquer (Hammer, 2010). Ces personnes et praticiens « *holistes* » accordent une importance particulière à la subjectivité plutôt qu'aux données empiriques comme critères de vérité ; l'objectivité ne serait qu'une illusion (Sokal et Bricmont, 1997). Ces conceptions erronées sont entretenues par la difficulté d'avoir un recul critique sur ces questions de santé compte tenu du faible niveau d'éducation scientifique (Kiernan, 1995). S'y greffe une sorte de colère sociale vis-à-vis de la marchandisation de la santé, dont les échos médiatiques (Vioxx, Mediator, etc.) couplés à la baisse du niveau d'accueil en hôpital public, sont autant de coups de poignards dans la confiance en la « science » et détournent faussement, en un faux dilemme, les patients/consommateurs vers des choix alternatifs.

- **Les mécanismes psychologiques**

Nous décrivons ici quelques-uns des facteurs psychologiques qui peuvent nous donner l'illusion que la fasciathérapie est efficace en « propre » sans avoir besoin de l'être.

- Le besoin de croire du patient

Les attentes du patient, son désir d'aller mieux peut en effet lui permettre de réinterpréter ses symptômes de manière plus positive lorsqu'un traitement lui a été octroyé. C'est pour cela que les études doivent être réalisées en aveugle ; le patient ne doit pas savoir s'il a reçu un traitement efficace ou non (Sandoz, 2005 ; Hartman, 2009).

- La suggestion du thérapeute

Le thérapeute doit aussi être en aveugle, car on a démontré que les attentes de ce dernier pouvaient aussi influencer l'état de santé du patient (Hartman, 2009 ; Brissonnet, 2011). Ceci a été mis en évidence par exemple au 18^{ème} siècle avec le magnétisme animal de Mesmer. Il s'agissait de savoir si ses effets étaient dus réellement à ce dernier ou bien à des « *illusions de l'esprit* ». Durant les expériences, il a été constaté que les effets soi-disant produits par le magnétisme (crises de convulsions, évanouissements...) arrivaient systématiquement lorsqu'on disait au patient qu'il avait été soumis au magnétisme, même si ce n'était pas le cas (Rapport des commissaires de la Société Royale de Médecine nommés par le roi pour faire l'examen du magnétisme animal, Paris, 1784 ; Evans et *al.*, 2011).

- Le biais de confirmation et la dissonance cognitive

Un patient retient le plus souvent les informations qui renforcent son point de vue tout en étant bien moins attiré par celles n'allant pas dans ce sens (Hartman, 2009 ; Evans et *al.*, 2011). C'est pour cela qu'il est difficile de remettre en cause ses croyances personnelles.

On dit qu'il se crée une « dissonance » si un événement (par exemple une séance de fasciathérapie) auquel on accorde beaucoup d'espoir, pour lequel on s'est beaucoup investi, y compris financièrement, ne nous apporte pas le bénéfice escompté (par exemple un soulagement de nos symptômes). Des mécanismes psychologiques s'activent alors afin de trouver un bénéfice à l'événement, afin que l'on ne considère pas cela comme une perte de temps ou de moyen (Festinger, 1956). Les études cliniques sont nécessaires pour écarter ces mécanismes entravant notre perception de la réalité des faits (Evans et *al.*, 2011).

- La confusion entre corrélation et causalité

Il est très fréquent d'attribuer la survenue d'un événement (par exemple le mieux-être) à un événement antérieur (par exemple une séance de fasciathérapie). C'est en effet un raisonnement simple, peu coûteux cognitivement, mais qui est souvent erroné (Brissonnet, 2009). La zététique nomme effet cigogne ce que les anglo-saxons déclament ainsi : Correlation does not imply causation (Broch 1991).

Toutes les raisons de croyance évoquées dans cette partie montrent qu'il est indispensable de soumettre les pratiques de soins non conventionnels à des études de bonne qualité méthodologique avant d'assurer leur promotion. Comme le dit A. Morabia, « *Les croyances en matière de santé sont des produits de notre imagination, qui ne peuvent pas être évaluées objectivement, contrairement à la connaissance qui provient d'études comparatives de population dont les résultats peuvent être critiqués, évalués, confirmés ou infirmés* » (Morabia, 2011).

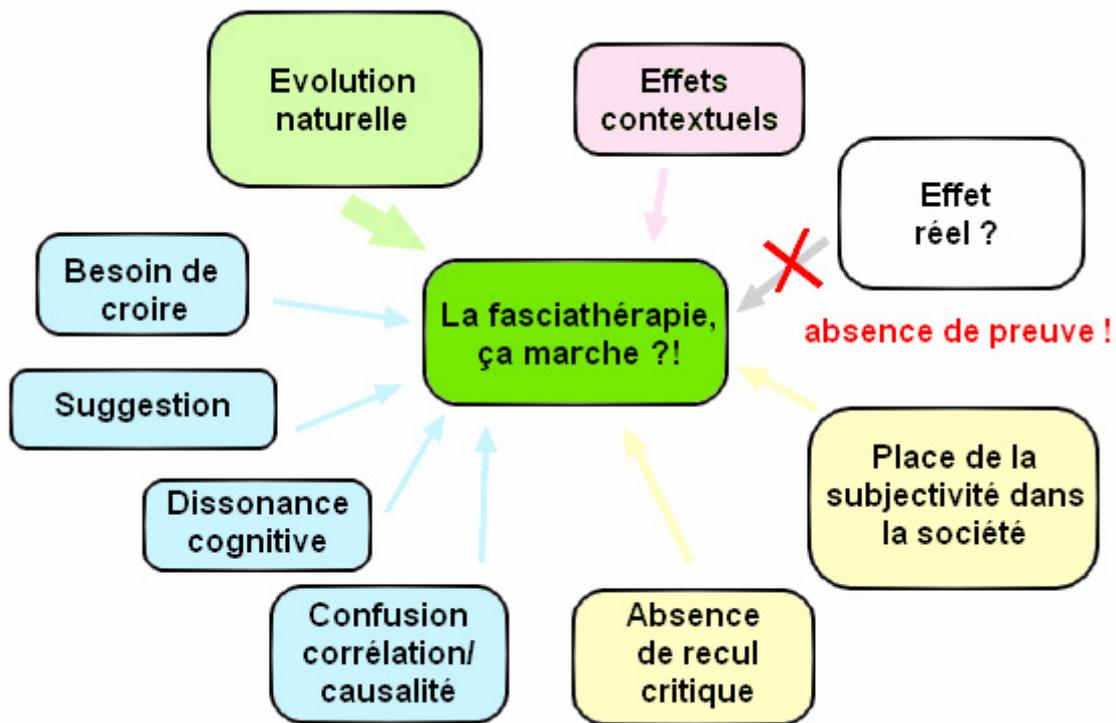


FIGURE 16. L'EFFICACITE DE LA FASCIATHERAPIE

3. Limites du mémoire et de la pratique basée sur les preuves

L'*Evidence Based Medicine* (EBM) et son équivalent dans le domaine de la kinésithérapie, l'*Evidence Based Practice* (EBP) sont des pratiques visant à appliquer de façon rationnelle au patient les soins les plus pertinents décrits dans la littérature (Regnaux et al., 2009). Nous avons montré que la fasciathérapie n'avait pas fait les preuves de son efficacité ; par conséquent, selon les principes de l'EBP, elle n'est pas une technique à appliquer. Il est cependant important de signaler que de nombreuses techniques kinésithérapiques n'ont pas fait la preuve de leur efficacité, bien qu'étant enseignées et pratiquées fréquemment. Nous pouvons citer par exemple la technique de Bobath utilisée sur les patients atteints de lésion du système nerveux cérébral, et notamment d'hémiplégie (Paci, 2003).

Nous allons voir ici les limites de notre étude et de l'EBP.

3.a Limites du mémoire

Nous avons tenté d'employer une méthodologie la plus objective possible. Etudier de manière rigoureuse une pratique qui ne répond en rien aux critères définis par l'EBP est une chose difficile.

D'autre part compte tenu des mécanismes psychologiques décrits précédemment, incitant les individus à persister en leurs croyances personnelles, nous sommes conscients qu'il sera difficile de convaincre les fasciathérapeutes et leurs patients de l'absence de preuve en faveur de l'efficacité de la fasciathérapie.

3.b Limites de l'EBP

- **Limites générales**

Bien évidemment, dans les millions d'études médicales qui paraissent chaque année, un certain nombre de celles-ci sont inutiles ou faillibles, ne serait-ce que parce que la course à la publication entraîne une médiocrisation de la production (Ségalat, 2009). Il peut également y avoir des conflits d'intérêt de par l'implication des praticiens et les laboratoires (Evans et *al.*, 2011 ; Morabia, 2011). D'autre part la diffusion des données de l'EBP est assurée par les «guides de bonne pratique». Ces derniers ne font pas l'unanimité. Selon certains médecins et patients ils entraîneraient une dépersonnalisation du soin (Hammer, 2010).

- **Limites spécifiques à la kinésithérapie**

Concernant plus spécifiquement le champs de la kinésithérapie, on rencontre des difficultés méthodologiques pour mettre en place des protocoles rigoureux, notamment en ce qui concerne le traitement du groupe contrôle et son application en double aveugle (Regnaud et *al.*, 2009). Cependant des solutions existent ; le réentraînement à l'effort des patients BPCO s'est vu octroyer le meilleur grade de recommandation possible (grade A) (SPLF, 2009).

- **Limites des pratiques de soins considérées comme conventionnels**

Dans un livre paru en 2010, Hammer discute des résultats d'une étude portant sur la vision du système de santé par le grand public français. Les français remettent en cause non pas la compétence propre des soignants mais plutôt les aspects politiques et économiques de système de santé. Le manque de temps et de moyens entraînerait une barrière relationnelle et statutaire entre le médecin et son patient, tandis que les praticants de soins non conventionnels auraient une proximité relationnelle et affective avec leurs patients (Brissonnet, 2009 ; Hammer, 2010).

D'autres études montrent que l'observance d'un traitement est plus forte lorsque le patient se sent proche de son thérapeute, et lorsque celui-ci le revoit régulièrement pour contrôler l'évolution de sa maladie (DiMatteo, 2004).

Notre but n'est donc pas de condamner la fasciathérapie mais de susciter l'esprit critique à son égard. Quel que soit ce vers quoi se tournent les patients, des pratiques validées par l'EBP ou des soins non conventionnels, il faut que ce soit un choix éclairé, avec toute l'information connue mise à disposition. Le praticien quant à lui ne doit pas oublier le poids des mécanismes psychologiques, des effets contextuels et de la guérison naturelle dans le processus de guérison. Il doit également déployer une grande rigueur dans l'évaluation de la littérature et de ses prises en charge.

4. Intérêt du développement de l'esprit critique dans le milieu de la kinésithérapie

Nous avons vu les limites de l'EBP et particulièrement celles propres à la kinésithérapie, ce qui facilite le développement de nombreuses pratiques de soins non conventionnels, parmi lesquelles la fasciathérapie. Il semble donc primordial que le kinésithérapeute se tienne informé sur la littérature scientifique et exerce son esprit critique. Ceci non pas dans le but de s'opposer ardemment aux pratiques de soins non conventionnels mais bien d'assurer des soins de qualité.

On définit l'esprit critique comme celui « *qui n'accepte aucune assertion sans s'interroger d'abord sur sa valeur* » (Le petit Robert, 2003). Des études en Angleterre où l'esprit critique est enseigné dans certaines écoles ont montré les bénéfices tirés de son

enseignement : les élèves sont plus motivés pour apprendre y compris par eux-mêmes et sont moins dupes dans la société (Cosgrove, 2010). En France, celui-ci est enseigné dans quelques universités depuis la fin des années 1970 (Monvoisin, 2007), mais rarement plus tôt dans le cursus scolaire (Broch, 2006).

Selon le code de déontologie de la profession, le kinésithérapeute doit appliquer des soins « *fondés sur les données actuelles de la science* » (Code de déontologie des MK, 2008). Il doit donc se renseigner auprès de sources fiables ; il faut privilégier la littérature scientifique aux témoignages ou aux revues de la presse populaire, si facile d'accès soient-ils.

Quelle que soit l'origine de l'information, il faut exercer son esprit critique afin de juger de la pertinence des données, des conflits d'intérêts pouvant exister (Evans et *al.*, 2011). C'est un raisonnement qui doit s'apprendre, car il est plus aisé d'adopter des raisonnements rapides, peu coûteux en termes cognitifs (Levy, 1997). Le bénéfice est aussi à l'intention du patient ; le kinésithérapeute peut présenter à ce dernier les différentes modalités de traitement qu'il existe et leur niveau de preuve respectif. Comme le dit H. Broch, « *L'Homme est en possession d'un trésor, son libre arbitre, qui lui donne la possibilité de choisir. Mais pour qu'il puisse faire un choix réel, il faut évidemment qu'il soit informé, complètement informé, correctement et objectivement informé* » (Broch, 2006).

CONCLUSION

Notre étude de l'ensemble de la littérature portant sur la fasciathérapie a permis de nous renseigner sur sa validité scientifique ; il n'y a à l'heure actuelle, et à l'inverse de ce qui est répandu, aucune preuve en faveur de la fasciathérapie. Nous nous intéressions aussi à son efficacité thérapeutique ; nous ne pouvons pas conclure sur cette dernière compte tenu de l'absence de preuve de la fasciathérapie, mais la logique nous impose de raisonnablement douter.

En effet, une seule étude est affectée d'un niveau de preuve. Les autres documents du corpus emploient fréquemment des néologismes, créant des « effets paillason ». L'argument d'autorité est souvent retrouvé dans les publications des fasciathérapeutes. Enfin, la conception du fascia selon les fasciathérapeute est différente de celle communément admise en histologie.

Pourtant, de nombreux praticiens et patients « *croient* » en cette pratique. Elle peut paraître « *efficace* » à leurs yeux alors que ce sont d'autres facteurs qui sont vraisemblablement responsables de l'éventuelle amélioration de l'état santé de l'individu, comme l'évolution naturelle de la maladie ou les effets contextuels. De nombreux mécanismes psychologiques, dont l'escalade d'engagement, peuvent entraîner également ces personnes à persister dans leurs croyances.

Nous avons, comme dit le magicien James Randi, l'esprit ouvert, mais pas au point d'avoir un trou dans la tête. Esprit ouvert tout de même, aussi avons-nous élaboré un protocole expérimental permettant à tout fasciathérapeute le souhaitant de donner enfin « corps » à la scientificité de son domaine. Nous sommes prêts, nos collègues de l'école de Kinésithérapie de Grenoble ou du Collectif CorteX, à contribuer au mieux au déroulement du protocole et à son analyse le jour où l'un des thérapeutes souhaitera s'investir. Notre invitation à Danis Bois est permanente.

En attendant, en tant que professionnel de santé, le kinésithérapeute se doit de prendre en compte ces différents facteurs et mécanismes qui conditionnent la réussite d'une prise en charge. Il doit également exercer son esprit critique vis-à-vis de la littérature

scientifique et des pratiques de soins non conventionnels afin d'assurer les soins les plus pertinents possibles. Selon le code de déontologie de la profession, le kinésithérapeute doit en effet appliquer des soins « *fondés sur les données actuelles de la science* » (Code de déontologie des MK, 2008).). Le bénéfice est aussi à l'intention du patient ; le kinésithérapeute peut présenter à ce dernier les différentes modalités de traitement et leur niveau de preuve respectif.

Il semble donc essentiel de développer l'esprit critique chez les étudiants et praticiens en kinésithérapie afin qu'ils informent en sachant remonter à la source et en déjouant leurs propres illusions perceptives, mais aussi plus généralement dans la population, afin que chacun puisse choisir en toute connaissance de cause. Dans les deux cas, le praticien est une courroie de transmission légitime de la pensée critique.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Textes officiels

Assemblée Nationale N ° 3507, Rapport fait au nom de la commission d'enquête relative à l'influence des mouvements à caractère sectaire et aux conséquences de leurs pratiques sur la santé physique et mentale des mineurs (2007)

Assemblée Nationale N°2468, Rapport fait au nom de la commission d'enquête sur les sectes (1995)

Haute Autorité de Santé, Guide d'analyse de la littérature et gradation des recommandations (2000)

Haute Autorité de Santé, Étude documentaire sur les professions d'ostéopathe et de chiropracteur en Europe (2006)

Journal Officiel de la République Française n°0042 du 19 février 2009 page texte n° 40 : Arrêté du 3 février 2009 portant création d'un groupe d'appui technique sur les pratiques non conventionnelles à visée thérapeutique

Journal Officiel de la République Française n°2008-776 du 4 août 2002, loi de modernisation de l'économie.

Journal Officiel de la République Française n°0258 du 5 novembre 2008, Decret du code de déontologie des masseurs-kinésithérapeutes

Légifrance, Arrêté du 10 mai 2007 portant approbation de la convention nationale des masseurs-kinésithérapeutes destinée à régir les rapports entre les masseurs-kinésithérapeutes et les caisses d'assurance maladie. Version consolidée au 15 janvier 2012

Mission interministérielle de vigilance et de lutte contre les dérives sectaires (Miviludes), Rapport au Premier ministre (2005 ; 2007 ; 2009)

Miviludes, Guide de l'agent public face aux dérives sectaires (2005)

Observatoire National des Emplois et des Métiers de la Fonction Publique Hospitalière, Monographie masseur-kinésithérapeute (2008)

Organisation Mondiale de la Santé, Stratégie de l'OMS pour la Médecine Traditionnelle pour 2002–2005 (2002)

Organisation Mondiale de la Santé, Principes méthodologiques généraux pour la recherche et l'évaluation relatives à la médecine traditionnelle (2000)

Société de Pneumologie de Langue Française, Recommandation pour la Pratique Clinique Prise en charge de la BPCO. Revue des Maladies Respiratoires (2010)

Textes officiels

Conseil National de l'Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes, Répondre aux besoins de santé et garantir la qualité des soins par une formation et un exercice renouvelés (2010)

Ecole Supérieure de Fasciathérapie, Formation professionnelle et Diplôme Universitaire de fasciathérapie (2010)

Institut Français d'Opinion Publique, Les français et les médecines naturelles (2007)

IPSOS, La bonne image des généralistes (2007)

Kahn A, rapport de la commission de la santé et de la sécurité – luxembourg, Débat d'orientation concernant la réglementation de certaines formes de médecines complémentaires ou non conventionnelles (2004)

Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes, Lettre de l'Ordre des Masseurs Kinésithérapeutes N°1 (2008)

Ouvrages

Abgrall (1998), Les charlatans de la santé. Ed Payot

Agence Pour la Création d'Entreprise (2010), Médecines douces, bien-être et relaxation. Ed APCE

Alami S, Desjeux D, Garabuau-Moussaoui I (2009), Les méthodes qualitatives. Ed Presses Universitaires de France

Aulas JJ (1993) Les médecines douces : des illusions qui guérissent. Ed Odile Jacob

Beaucage C, Bonnier Y (1998), Épidémiologie appliquée. Ed Gaëtan Morin

Bechtel W, Richardson RC (1998). Routledge Encyclopedia of Philosophy. Ed E. Craig

Bois Danis (1984), Concepts fondamentaux de fasciathérapie et de pulsologie profonde. Ed Maloine

Bois Danis (1985), Fascias, sang, rythmes, complices dans les pathologies fonctionnelles. Ed SPEK

Bois Danis (1989), La vie entre les mains, Ed Guy Trédaniel

Bois Danis (1990), Une thérapie manuelle de la profondeur. Ed Guy Trédaniel

Bois Danis & Berger Eve (1995), Le fondamental en mouvement. L'univers silencieux du corps. Ed Le souffle d'or

Brissonnet Jean (2003), Les Pseudo-Médecines, un serment d'hypocrites. Ed book-e-book

Brissonnet Jean (2009), Les médecines non-conventionnelles où les raisons d'une croyance. Ed Book-e-book

Broch H (1991), Au cœur de l'extra-ordinaire. Ed Horizon Chimérique

Broch H (2003), Comment déjouer les pièges de l'information : Ou les règles d'or de la zététique, Ed Book-e-book

Broch H (2006), Gourous, sorciers et savants. Ed Odile Jacob

Carini C (1995), Les mains du coeur. Ed Robert Laffon

Cleland J (2006), Examen clinique de l'appareil locomoteur : Tests, évaluation et niveaux de preuve. Ed Masson

Dufour M (2009), Masso-kinésithérapie et thérapie manuelle pratiques. Ed Masson

Ernst E (2005), Médecines alternatives le guide critique. Ed Elsevier

Evans I, Thornton H, Chalmers I (2011), Testing Treatment – better research for better healthcare. Ed The British Library Publishing Division

Eschalié I (2010), La fasciathérapie - Une nouvelle méthode pour le bien-être. Ed Guy Tredaniel

Grawitz M (2001), Méthodes des sciences sociales. Ed Dalloz

Introvigne M, Baillet P (2005) Le New Age des origines à nos jours : Courants, mouvements, personnalités. Ed Dervy

Macé N (2008), Histologie - Bases fondamentales. PCEP/Licence. Conforme aux programmes. Ed Omniscience

Marieb E (2010), Anatomie et physiologie humaine. Ed Pearson Education

Netter F (2011), Atlas d'anatomie humaine. Ed Elsevier Masson

Noel A (2000), La gymnastique sensorielle, un nouveau regard sur le mouvement selon la méthode Danis Bois. Ed Point d'appui

Popper K (2006), Conjectures et réfutations. Ed Payot

Quéré N (2004), La Pulsologie Méthode Danis Bois. Ed Point d'Appui

Robert A, Bouillaquet A (2007), L'analyse de contenu. Ed Presses Universitaires de France

Ségalat L (2009), La science à bout de souffle. Ed Seuil

Sandoz T (2005), Histoires parallèles de la médecine : des fleurs de bach à l'ostéopathie. Ed Seuil

Skrabanek P, McCormick J (1992), Idées folles, idées fausses en médecine. Ed Odile Jacob

Sokal A (2005), Pseudosciences et postmodernisme : adversaires ou compagnons de route ? Ed Odile Jacob

Sokal A, Bricmont J (1997), Impostures intellectuelles. Ed LGF

Strahler A (1999), *Science and Earth History: The Evolution/Creation Controversy*, Ed Prometheus books

Levy D (1997), *Tools of Critical Thinking*. Ed Allyn and Bacon

Yin Robert (2002), *Case Study Research: Design and Methods*. Ed Sage Publications

Articles scientifiques

BARNES PM, POWELL-GRINER E, MCFANN K *et al.* (2004) Complementary and alternative medicine use among adults: United States. *Advance Data* (343): 1–19

BUNGE M (1984) What is pseudoscience? *Septical Inquirer* 9, 36-46

DIMATTEO MR (2004), Variations in patients' adherence to medical recommendations: a quantitative review of 50 years of research. *Med Care*. 2004 Mar;42(3):200-9.

FERMANIAN J (2005) Validation des échelles d'évaluation en médecine physique et de réadaptation: comment apprécier correctement leurs qualités psychométriques. *Annales de réadaptation et de médecine physique* 48:281-287

FINNISS DG, KAPTCHUK TJ, MILLER F *et al.* (2010) Biological, clinical, and ethical advances of placebo effects. *Lancet* 2010 Feb 20;375(9715):686-95

FORTIN L, RAYMOND D, RAYNAULD JP *et al.* (1996) L'évaluation de la fiabilité et de la validité d'un instrument de mesure. *J Réadapt Méd* ;16(3):112-118

HONDRAS MA, LINDE K, JONES AP (2005) Manual therapy for asthma. *Cochrane Database Syst Rev*. 2005;(2):CD001002.

JUNI P, DOUGLAS A, MATTHIAS E (2001), Systematic reviews in health care Assessing the quality of controlled clinical trial, *BMJ* vol323-7

KIERNAN V (1995), Survey plumbs the depths of international ignorance. *The New Scientist* .1995; 146(29 April):7

KUTNER JS, SMITH M.C, CORBIN L et *al.* (2008) Massage Therapy versus Simple Touch to Improve Pain and Mood in Patients with Advanced Cancer. A Randomized Trial. *Annals of Internal Medicine* (volume 149, pages 369-379).

LEWIS C, KHAN A, SOUVLIS T et *al.* (2010) A randomised controlled study examining the short-term effects of Strain-Counterstrain treatment on quantitative sensory measures at digitally tender points in the low back. *Man Ther.* Dec;15(6):536-41.

LICCIARDONE JC, BRIMHALL AK, KING LN (2005) Osteopathic manipulative treatment for low back pain: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *BMC Musculoskelet Disord.* ;6(1):43.

MOSS P, SLUKA K, WRIGHT A (2007) The initial effects of knee joint mobilization on osteoarthritic hyperalgesia. *Man Ther* ;12:109-18.

PACI (M.), Physiotherapy based on the Bobath concept for adults with post-stroke hemiplegia: a review of effectiveness studies. *Journal of Rehabilitation Medicine*. 2003 Jan;35(1):2-7.

PROCTOR ML, HING W, JOHNSON TC et *al.* (2006) Spinal manipulation for primary and secondary dysmenorrhoea. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*. Issue 4

QUERE, N., et al., Fasciatherapy combined with pulsology touch induces changes in blood turbulence potentially beneficial for vascular endothelium. *Journal of Bodywork and Movement Therapy*(2008), doi:10.1016/j.jbmt.2008.06.012

VERHAGEN AP et al (1999) The Delphi list: a criteria list for quality assessment of randomised clinical trials for conducting systematic reviews developed by Delphi consensus. *Journal of Clinical Epidemiology*, 51(12):1235-41)

Articles professionnels

Braithwaite Ph.D, Jackson J, What is Pseudoscience? UK-skeptics (2006)

Brissonnet J, Placebo, es-tu là ? Sciences et pseudo-sciences n°294 (2011)

Bois D, De la fasciathérapie à la somato-psycho-pédagogie - Analyse biographique du processus d'émergence de nouvelles disciplines. Réciprocités (2008)

Bois D, Austry D, Vers l'émergence du Paradigme du Sensible. Revista n°1 (2008)

Côté L, Turgeon J, Comment lire de façon critique les articles de recherche qualitative en médecine. Pédagogie médicale 2002 ; 3 : 81-90

Courraud C, La fasciathérapie, Vers une approche novatrice de la douleur physique et de la souffrance psychique. Le courrier des adhérents du Syndicat National des Kinésithérapeutes de Groupe (2004).

Courraud C, Quéré N, La fasciathérapie : intérêt en kinésithérapie. Profession Kiné n°26 (2010)

Jackson J, The mystical nature of alternative medicine UK-skeptics (2005)

Ovieve J.-M, Un masseur-kinésithérapeute compétent dans sa pratique thérapeutique et qui diversifie son activité. Kinésithérapie scientifique n°481 (2007)

Regnaud JP, Guay V, Marsal C, Evidence based practice ou la pratique basée sur les preuves en rééducation. Kinésithérapie la revue (2009).

Rubik R (2006), Bioenergetic Medicines, American Medical Student Association Foundation

Vickers A., Use of complementary therapies. British Medical Journal 1994;309;1161

Thèses et mémoires universitaires

Angibaud A (2011), La fasciathérapie et le mal-être - La voie du corps sensible dans la gestion du mal être somato-psychique. Dissertation de Mestrado en Psychopédagogie Perceptive. Université Fernando Pessoa (Portugal)

Carbonell JP (2007) Approche globale en fasciathérapie du syndrome douloureux régional complexe ou algoneurodystrophie. Mémoire de diplôme d'université de fasciathérapie appliquée à la kinésithérapie, Université Moderne de Lisbonne

Cosgrove R (2010), Critical Thinking: Lessons from a Continuing Professional Development Initiative in a London Comprehensive Secondary School. Master of Philosophy in Educational Research of the University of Cambridge

Derey E (2003), Reflexions sur les Médecines Non Conventionnelles. Thèse pour le diplôme d'état de docteur en pharmacie. Université d'Angers.

Duval T (2010), Fasciathérapie et transformation du rapport à la santé. Étude auprès de patients suivis en fasciathérapie. Dissertation de Mestrado en Psychopédagogie Perceptive. Université Fernando Pessoa (Portugal)

Desmaison I (2008), La fasciathérapie et la rééducation auprès de patients atteints de spondylarthrite ankylosante. Ecrit de validation pour l'obtention du cursus universitaire libre de fasciathérapie somatologie, Université Moderne de Lisbonne

Monvoisin R (2007), Pour une didactique de l'esprit critique - Zététique & utilisation des interstices pseudoscientifiques dans les médias. Thèse pour l'obtention du Doctorat en Didactique des disciplines scientifiques. Université Grenoble 1

Morandini C (2010), La place des médecines complémentaires chez les patients sous chimiothérapie. Thèse pour l'obtention du doctorat en médecine. Faculté de médecine de grenoble.

Mousseau MC (2002), Science, recherche sur le paranormal et croyances irrationnelles : quel est le lien ? Mémoire pour le Master de Communication scientifique de Dublin.

Quéré N (2010), La Fasciathérapie Méthode Danis Bois et les fascias sous l'éclairage des recherches scientifiques actuelles. Aspects tissulaires, vasculaires, cellulaires et biochimiques. Dissertation de Mestrado en Psychopédagogie Perceptive. Université Fernando Pessoa (Portugal)

Webographie

Association Nationale des Kinésithérapeutes Fasciathérapeutes : www.ankf.fr (consulté le 30/12/2011)

Centre d'Etude et de Recherche Appliquée en Psychopédagogie Perceptive : www.cerap.pointdappui.fr (consulté le 30/12/2011)

Danis Bois : www.danis-bois.fr (consulté le 30/12/11)

Ecole Supérieure de Fasciathérapie, www.fasciatherapie.com (consulté le 30/12/2011)

Fasciathérapie pour les patients : www.fasciatherapie-patient.com (consulté le 30/12/11)

Fédération Française de Massage Bien Etre, www.ffmbe.fr (consulté le 3/04/11)

Fonds Interprofessionnel de Formation des Professionnels Libéraux : www.fifpl.fr (consulté le 2/02/11)

Institut National du Cancer : www.e-cancer.fr (30/12/2011)

Information sur les sectes : www.info-sectes.org (20/02/2012)

Ligue contre le cancer : www.ligue-cancer.net (30/12/2011)

Mutuelles Familiales de l'Ile de France : www.mfif.fr (consulté le 16/03/2011)

Mutuelles françaises : www.mutuellesfr.org (consulté le 3/04/11)

Point d'appui : www.pointdappui.fr (consulté le 15/01/2012)

ANNEXES

Annexe 1 : Critères des pseudo-sciences selon différents auteurs.....	70
Annexe 2 : Protocole initial proposé aux fasciathérapeutes.....	72
Annexe 3 : Grille de lecture conçue pour l’analyse des documents sur la fasciathérapie .	76
Annexe 4 : Grade des recommandations et niveau de preuve (ANAES, 2000)	79
Annexe 5 . Documents sélectionnés.....	80
Annexe 6 . Procès en lien avec la fasciathérapie	82

Annexe 1 : Critères des pseudo-sciences selon différents auteurs

Selon Bunge (1984), repris et classé par MC. Mousseau :

E = manière d'aborder les faits

T = théorie

Q = confrontation des travaux avec ceux d'autres scientifiques

R = résultat et progrès

C = communication des travaux

C	Théorie basée sur des connaissances subjectives, avec certains aspects accessibles uniquement aux initiés
E	Une vision du monde admettant des entités immatérielles intangibles
E	Confiance exagérée dans les témoignages et les faits anecdotiques
T	Formation théorique limitée, peu de connaissances en mathématique ou en logique
R	Hypothèse invérifiable et en conflit avec une large partie du savoir
R	Méthodes ni vérifiables par le biais de méthodes alternatives ni justifiables sur la base de théories reconnues
R	Aucun recouvrement avec un autre champ de recherches
R	Ne s'appuie sur aucune théorie confirmée
R	Corps de croyance immuable

Selon Strahler (1999), repris et classé par MC. Mousseau :

	Comportement et activités typiques	Scientifique	Pseudoscientifique
E	Reconnait ses propres limites, et est convaincu de la nécessité de poursuivre ses recherches	OUI	NON
E	Rassemble ou utilise des données, particulièrement des données quantitatives	OUI	Optionnel
E	Recherche des contre exemples	OUI	NON
E	Invente ou utilise des procédures de contrôle objectives	OUI	Optionnel
E	Tranche les conflits par des calculs mathématiques	OUI	NON
E	Se réfère en permanence à l'Autorité		
E	Supprime ou transforme les données non favorables	NON	OUI
E	Confiance exagérée dans les témoignages et les faits anecdotiques	NON	OUI
Q	Estime son domaine de recherche ardu et comprenant de nombreuses zones d'ombre	OUI	NON
Q	Avance en posant et résolvant de nouveaux problèmes	OUI	NON
Q	Se réfère en permanence à l'Autorité	NON	OUI
Q	Met à jour ses propres informations	OUI	NON
Q	Est à l'écoute des commentaires critiques	OUI	NON
T	Est ouvert aux nouvelles méthodes et aux nouvelles hypothèses	OUI	NON
T	Propose et teste de nouvelles hypothèses	OUI	Optionnel
T	Essaye de trouver ou d'appliquer de nouvelles lois	OUI	NON
T	Garde l'unité de la science à l'esprit	OUI	NON
T	S'appuie sur la logique	OUI	Optionnel
T	Emploie les outils mathématiques	OUI	Optionnel
C	Ecrit des articles non accessibles à tous	NON	OUI
C	A des chances d'atteindre la célébrité rapidement	NON	OUI

Selon Braithwaite (2006),

Dogmatisme : non contestable, peu d'évolution, recherche faite pour améliorer la croyance plutôt que les connaissances.

Directement destinée aux grands publics : parfois poussés par des raisons culturelles ou idéologiques, mais très souvent elles sont mues par des objectifs commerciaux.

Hypothèses invérifiables : si une réclamation ou d'une théorie ne peut pas être testé il ne peut pas être falsifiée et donc il viole un principe central de la science

Vocabulaire nébuleux : raisonnement circulaire, mots plus complexes, des phrases trop longues sont employées pour paraître scientifique, néologismes

Donne une version déformée de la science

Biais de confirmation : tendance qu'ont les individus à privilégier les informations qui confirment leurs hypothèses et d'accorder moins de poids aux hypothèses jouant en défaveur de leurs conceptions.

Abus manifeste de métaphore et analogies, comme argument en soi plutôt que comme exemple

Anecdotes à titre de preuve

Absence de mécanismes clairs et plausibles

Preuve insaisissable : le test scientifique n'est pas le meilleur moyen de tester leurs hypothèse

Annexe 2 : Protocole initial proposé aux fasciathérapeutes

Population

Elle aurait été répartie en deux groupes. 10 patients minimum devaient figurer dans chaque groupe. Il aurait été organisé 3 journées accueillant chacune 5 patients sains, 5 patients pathologiques, 2 fasciathérapeutes et plusieurs assistants, afin de nous rapprocher au plus près des 10 patients non exclus nécessaires pour utiliser les tests statistiques préalablement choisis.

Population saine

Critères d'inclusion : sujets âgés de 50 à 70 ans, dont le consentement est libre et éclairé.

Critères de non-inclusions : sujets souffrant d'HTA, pathologies vasculaires structurelles.

Critères d'exclusion : pression artérielle est supérieure à 120/80 mm Hg le jour de l'examen, personnes qui abandonnent l'étude ou qui ne respectent pas les consignes.

Population pathologique

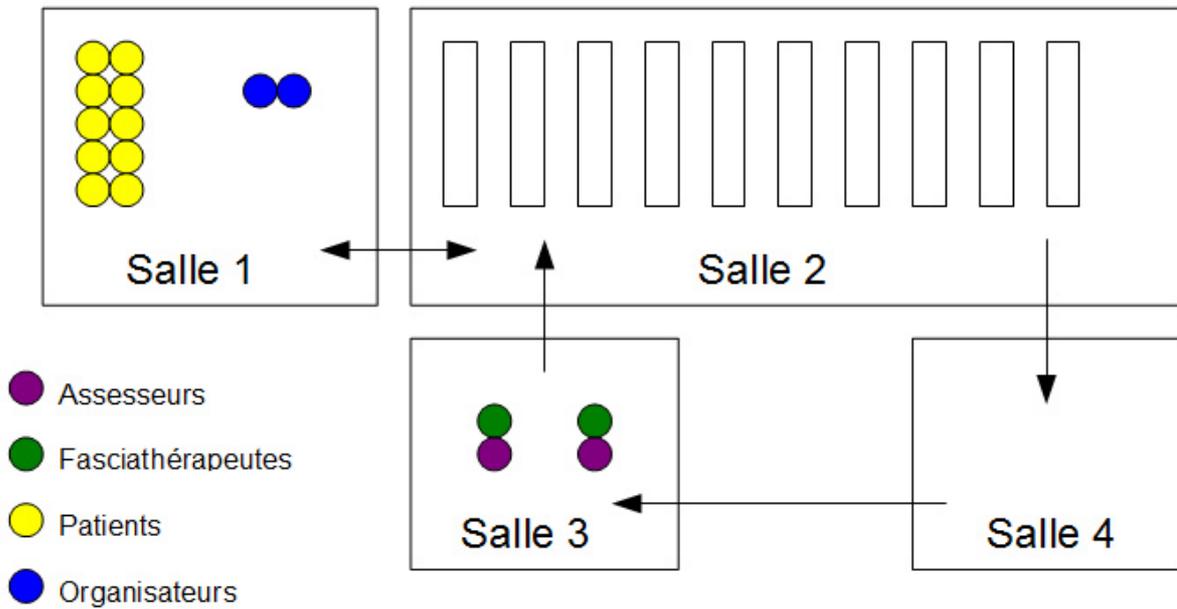
Critères d'inclusion : sujets souffrant d'HTA diagnostiquée depuis 0 à 5 ans, sujets âgés de 50 à 70 ans, dont le consentement est libre et éclairé.

Critères de non-inclusions : pathologies vasculaires structurelles.

Critères d'exclusion : pression artérielle est inférieure ou égale à 120/80 mm Hg le jour de l'examen, personnes qui abandonnent l'étude ou qui ne respectent pas les consignes.

Méthode

Problématique : étude de la reproductibilité intra-inter observateur de l'examen de pulsologie sur une population saine versus une population pathologie.



Etape 1 : recrutement de la population

La population malade sera recrutée parmi la patientèle des médecins généralistes, cardiologues, libéraux et hospitaliers d'Annecy. Les critères d'inclusion sont : sujets souffrant d'HTA diagnostiquée depuis 0 à 5 ans, sujets âgés de 50 à 70 ans, dont le consentement est libre et éclairé. Les critères de non-inclusion sont : pathologies vasculaires structurelles. Les patients seront exclus si leur pression artérielle normale est inférieure ou égale à 120/80 mm Hg le jour de l'examen. La population saine sera recrutée par le même intermédiaire. Ses critères d'inclusion sont : sujets âgés de 50 à 70 ans, dont le consentement est libre et éclairé. Ses critères de non-inclusion : sujets souffrant d'HTA, pathologies vasculaires structurelles. Les patients seront exclus si leur pression artérielle normale est supérieure à 120/80 mm Hg le jour de l'examen.

Etape 2 : randomisation

Le jour de l'examen par les fasciathérapeutes, chaque patient se voit attribuer un numéro par les organisateurs. Ceux-ci sont écrit à côté de leur nom et de leur groupe d'affectation (pathologique ou sain) sur une feuille conservée sous enveloppe scellée qui ne sera ouverte qu'après le recueil de toutes les données. Les organisateurs prennent leur tension artérielle afin d'éventuellement exclure certains patients.

Ces numéros sont écrits en 3 exemplaires sur des feuilles de papier indépendantes. On place dans une boîte un exemplaire de chaque numéro. On place dans une seconde boîte les

exemplaires de chaque numéro. On place dans une troisième boîte les exemplaires de chaque numéro.

Les numéros sont tirés au sort sans remise. Ceux de la boîte 1 constituent la série I, ceux de la boîte 2 constituent la série II.

Ce sont 2 organisateurs qui présenteront les questionnaires et noteront les résultats dans la salle 1. Les fasciathérapeutes et leurs assesseurs ne rencontreront pas les patients à cette étape.

Etape 3 : installation des patients

Les organisateurs installent les patients sur chaque table de telle manière à ce que les fasciathérapeutes passent dans l'ordre de gauche à droite dans l'ordre défini par le tirage au sort. Le patient est allongé, dans une pièce à température agréable, lumière peu agressive. Lorsqu'ils sont installés et que les organisateurs sont sortis de la salle 2, ces derniers déclenchent un bip sonore pour signaler aux fasciathérapeutes qu'ils peuvent commencer l'examen.

Etape 4 : examen

Les assesseurs bandent les yeux des fasciathérapeutes avant de rentrer salle 2. Le fasciathérapeute 1 arrive au niveau du premier patient, réalise son examen. Aucun patient, ni assesseurs, ni fasciathérapeute ne doit parler. Il signale le résultat (positif au négatif) à son assesseur qui le note. La case sera barrée s'il y a eu échange verbal. Il passe ensuite au second patient *etc.* puis ressort par la pièce numéro 4, il signale avec un bip que son collègue peut y aller. L'assesseur place dans une enveloppe scellée les résultats de la première série.

Le fasciathérapeute 2 et son assesseur réalisent la même chose.

Lorsqu'ils rejoignent le fasciathérapeute 1 et son assesseur, ils ne doivent pas communiquer. Ils rejoignent la pièce 2 et signalent par un bip sonore aux organisateurs qu'ils ont terminé leurs premiers examens.

Les organisateurs replacent les patients pour la deuxième série et on reprend l'étape 3.

Déroulement de l'examen : le thérapeute utilise la pulsologie directe. Les artères superficielles à étudier seront les mêmes pour tous les patients. Il exerce une pression de maximum 7 secondes. En fonction du temps de réponse de l'artère et de sa qualité, il note si : le patient est P, le patient est S.

Etape 5 : recueil des résultats

Après avoir terminé toutes les séries, les organisateurs, fasciathérapeutes et assesseurs se réunissent dans une même pièce pour réunir leurs données.

Analyse statistique

Utilisation du coefficient de Kappa de Cohen pour juger de l'accord entre 2 examinateurs à partir de données qualitatives (Cohen, 1960).

En ce qui concerne la précision diagnostic, calcule de la spécificité et la sensibilité de l'examen de pulsologie par rapport au diagnostic médical effectué en amont (Cleland, 2006).

Annexe 3 : Grille de lecture conçue pour l'analyse des documents sur la fasciathérapie

Généralités

- 1) Titre :
- 2) Auteur(s) :
- 3) Année :
- 4) Thème(s) abordé(s) (numéroter du plus important (1) au moins important) :
- Histoire et évolution de la fasciathérapie :
 - Présentation générale de la fasciathérapie :
 - La profession de fasciathérapeute :
 - Application de la fasciathérapie : Domaine :
 - Scientificité de la théorie de la fasciathérapie :
 - Efficacité thérapeutique et validité diagnostic de la fasciathérapie :
 - Autre(s) (préciser) : Thème :

Origine de l'information

- 5) Qualification de l'auteur : Etudiant en fasciathérapie
- 6) Type de média : Web

7) Parution :

<input type="checkbox"/> Oui		<input type="checkbox"/> Non
Revue <input type="checkbox"/>	Editeur <input type="checkbox"/>	Accès libre sur Internet : <input type="checkbox"/>
Comité de lecture : <input type="checkbox"/>	Différent de l'auteur : <input type="checkbox"/>	Disponible uniquement auprès de l'EFS : <input type="checkbox"/>
Facteur d'impact : aucun	Ne publie que sur cette pratique : <input type="checkbox"/>	

Cohérence externe

- 8) Auteurs des références (dans le texte ou en bibliographie, citer le nombre) :
- L'auteur du document :
 - Fondateur de la fasciathérapie :
 - D'autres auteurs sur la fasciathérapie :
 - Des non fasciathérapeutes :
- 9) Type de média des références (dans le texte ou en bibliographie, citer le nombre):

Revue professionnelle :
 Revue scientifique :
 Ouvrage :
 Web :
 Autre/inconnu :

Validité interne (choisir le type d'approche, théorique ou empirique) :

10) Traite de données théoriques <input type="checkbox"/>	10) Traite de données empiriques <input type="checkbox"/>
<p>11) Type d'étude : Synthèse de connaissance <input type="checkbox"/> Avis d'expert <input type="checkbox"/> Compte rendu de conférence <input type="checkbox"/> Interview <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/></p> <p>12) Si synthèse de connaissance : Objectifs clairement énoncés <input type="checkbox"/> Critères d'éligibilité des articles définis <input type="checkbox"/> Modalités de lecture critique énoncées <input type="checkbox"/> Validité des études citées commentée <input type="checkbox"/> Description des résultats <input type="checkbox"/> Permet de répondre en pratique à la question posée <input type="checkbox"/></p>	<p>11) Type d'étude : Descriptive <input type="checkbox"/> Explicative : Expérimentale <input type="checkbox"/> quasi-expérimentale <input type="checkbox"/> observationnelle <input type="checkbox"/> Evaluation d'un test diagnostic <input type="checkbox"/> Etude de cas <input type="checkbox"/></p> <p>12) Si étude expérimentale/quasi-expérimentale : Hypothèse <i>a priori</i> <input type="checkbox"/> Critères d'éligibilité définis <input type="checkbox"/> Randomisée <input type="checkbox"/> Contrôlée : placebo <input type="checkbox"/> groupe contrôle <input type="checkbox"/> Double aveugle <input type="checkbox"/> Analyse en intention de traiter <input type="checkbox"/> Taille de l'échantillon <input type="checkbox"/> Résultats statistiquement significatifs <input type="checkbox"/></p> <p>12) Si étude de cas : Elaboration d'un cadre conceptuel <input type="checkbox"/> Description de l'échantillon en vue d'une comparaison <input type="checkbox"/> Regard critique sur la période d'étude <input type="checkbox"/></p>

Pertinence clinique (concerne uniquement les revues de synthèse, études de cas, études expérimentales) :

13) Bénéfice du résultat intéressant
 14) Patients représentatifs de ceux couramment rencontrés

15) Citations (représentatives du document) :

16) Remarques :

Annexe 4 : Grade des recommandations et niveau de preuve (ANAES, 2000)

TABLEAU 3. GRADE DES RECOMMANDATIONS.

NIVEAU DE PREUVE SCIENTIFIQUE FOURNI PAR LA LITTERATURE	GRADE DES RECOMMANDATIONS
Niveau 1 <ul style="list-style-type: none">- Essais comparatifs randomisés de forte puissance- Méta-analyse d'essais comparatifs randomisés- Analyse de décision basée sur des études bien menées	A Preuve scientifique établie
Niveau 2 <ul style="list-style-type: none">- Essais comparatifs randomisés de faible puissance- Études comparatives non randomisées bien menées- Études de cohorte	B Présomption scientifique
Niveau 3 <ul style="list-style-type: none">- Études cas-témoin	C
Niveau 4 <ul style="list-style-type: none">- Études comparatives comportant des biais importants- Études rétrospectives- Séries de cas- Études épidémiologiques descriptives (transversale, longitudinale)	Faible niveau de preuve scientifique

Annexe 5. Documents sélectionnés

Auteur(s)	Titre	Année
Angibaud	La fasciathérapie et le mal être	2011
Arni	Corps et formation en fasciathérapie	2009
Berger, Vermesch	Psycho-phénoménologie de la pratique du ‘point d’appui’	2006
Bois	Concepts fondamentaux de fasciathérapie et de pulsologie profonde	1984
Bois	Fascias, sang, rythmes, complices dans les pathologies fonctionnelles	1985
Bois	La vie entre les mains	1989
Bois	De la fasciathérapie à la somatopsychopédagogie	2008
Bois, Berger	Fasciathérapie : une thérapie manuelle de la profondeur	1990
Bothuyne	La confiance immanente dans l'épreuve du cancer	2010
Carbonell	Approche globale en fasciathérapie du syndrome douloureux général complexe ou algoneurodystrophie	2007
Courraud	Fasciathérapie et sport	1999
Courraud	Les fascias et leur clinique en pratique sportive	2003
Courraud	La fasciathérapie somatologie : le toucher psychotonique	2004
Courraud	La fasciathérapie, vers une approche novatrice de la douleur physique et de la souffrance psychique	2004
Courraud	Le toucher psychotonique et son application sur la relation d'aide au patient en kinésithérapie	2007
Courraud	Toucher psychotonique et relation d'aide	2007
Courraud, Quéré	La fasciathérapie, intérêt en kinésithérapie	2010
Desmaisons	La fasciathérapie et la rééducation auprès de patients atteints de spondylarthrite ankylosante	2008
Devillers	La dynamique des fascias	2010
Djef	Interview de Danis Bois	2009
Dutemple	Interview d'Isabelle Eschaliér	2005
Duval	Le coup du lapin, De nombreuses forces en présence	2005

Duval	Fasciathérapie et transformation du rapport à la santé	2010
Eschalièr	La fasciathérapie, une nouvelle méthode de bien-être	2005
Eustache	Infirmité motrice cérébrale et fasciathérapie somatologie	2007
Fellmann	Compte rendu du Congrès de kinésithérapie et fasciathérapie	2010
LeBretton	La fasciathérapie somatologie dans la mise à l'épreuve de l'insomnie	2005
Leroux	La mandibule au service de nombreuses fonctions	2006
Petitjean	Réflexions sur ma pratique de kinésithérapeute fasciathérapeute auprès des enfants myopathes	2007
Poirier	La fasciathérapie comme soin de support en oncologie	2008
Quéré	La pulsologie, action sur les fascias, le système vasculaire et la microcirculation	2004
Quéré	Place de la fasciathérapie dans le traitement du stress	2007
Quéré	Stress et kinésithérapie ; Peut-on évaluer une dimension de stress chez certains patients reçus en kinésithérapie et traités par les méthodes de relaxation, massage et fasciathérapie.	2008
Quéré	La Fasciathérapie Méthode Danis Bois et les fascias sous l'éclairage des recherches scientifiques actuelles.	2010
Quéré et al.	Fasciathérapie combinée avec la pulsologie induit des changements dans la turbulence sanguine potentiellement bénéfiques pour l'endothélium vasculaire	2007
Rigobert	Fasciathérapie	2008
Schiélé	Formation en fasciathérapie et processus de transformation de la présence à soi	2008
Schreiber	La lombalgie : apport de la Somato-psychopédagogie à la fasciathérapie..	2005
Simon	Etre fasciathérapeute	2008
Stelandre	Plaidoyer pour le bien-être des bébés, une thérapie manuelle du reflux	2006

Annexe 6. Procès en lien avec la fasciathérapie

Le 15 Septembre 2011 Nicolas De La Casinière, journaliste à Rue89, publie un article intitulé « *Face au cancer, la fasciathérapie continue de diviser à Angers* ». Il y présente la fasciathérapie et Danis Bois, souligne l'absence d'études sur le sujet et les réserves de la Miviludes vis-à-vis de la fasciathérapie.

Il rapporte également les tensions qu'il existe entre une chercheuse au laboratoire d'Angers, Pascale Jeanin et certains de ses confrères, particulièrement Hugues Gascan, qui ont mené à un procès. Pascale Jeanin serait lié au groupe Omalpha, groupe plébiscitant la fasciathérapie et signalé comme un mouvement à risque de dérive sectaire selon la MIVILUDES. H Gascan reprochait à Pascale Jeannin d'avoir organisé une fausse mission. Pascal Jeannin a porté plainte contre H. Gascan pour « *harcèlement moral* ». Une condamnation de 4 mois de prison avec sursis a été retenu en appel contre H Gascan, ce dernier s'étant pourvu en cassation.

L'article de Rue89 suscite de vifs commentaires de la part de fasciathérapeutes, dont Danis Bois. Suite à la publication Danis Bois a demandé des modifications dans le texte, ce qui a été fait. Peu après une version modifiée de l'article a été mise en ligne soulignant notamment le fait que Danis Bois avait pris ses distances avec Ram Chandra et qu'il se définissait aujourd'hui comme un laïc.

Parallèlement, l'Institut de Cancérologie de l'Ouest, lieu où se sont déroulés les essais cliniques utilisant la fasciathérapie, a déposé deux plaintes contre Rue89 et le journaliste, pour trouble à l'ordre public, et diffamation. Pour la première plainte, la Cour d'appel du tribunal d'Angers a annulé la décision prise en première instance ordonnant la dépublication de l'article, et Rue89 a été relaxé. Le procès pour la plainte en diffamation est en cours.

Voir à ce sujet :

« *Face au cancer, la fasciathérapie continue de diviser à Angers* » par Nicolas De La Casinière pour rue89 (15/09/2011)

« *Quand la recherche marche sur la tête* » par Olivier Hertel pour Sciences & Avenir (04/04/2012)

« *Rififi à l'hôpital d'Angers: le président d'Université en échec* » par Sylvestre Huet pour Libération (03/04/2012)

DOCUMENTS

1. **La seule étude portant sur la fasciathérapie publiée :** QUERE N, NOEL E, LIEUTAUD A et *al.* (2007) Fasciatherapy combined with pulsology touch induces changes in blood turbulence potentially beneficial for vascular endothelium. *J Bodyw Mov Ther*; Jul;13(3):239-45
2. **Synthèse de l'avancée des recherches sur l'effet placebo :** FINNISS DG, KAPTCHUK TJ, MILLER F et *al.* (2010) Biological, clinical, and ethical advances of placebo effects. *Lancet* 2010 Feb 20;375(9715):686-95
3. **Extrait d'un ouvrage adressé aux praticiens et au grand public au sujet de l'Evidence Based Medicine :** Evans I, Thornton H, Chalmers I (2011), *Testing Treatment – better research for better healthcare*. Ed The British Library Publishing Division
4. **Extrait d'un ouvrage sur la fasciathérapie :** Quéré N (2004), *La Pulsologie Méthode* Danis Bois. Ed Point d'Appui
5. **Extrait d'un ouvrage présentant quelques aspects des médecines non conventionnelles :** Brissonnet Jean (2009), *Les médecines non-conventionnelles où les raisons d'une croyance*. Ed Book-e-book