

Identification de la méthode IDMET

Fasciathérapie

Sommaire

1. Dénomination de la méthode.....	5
2. Brève description de la méthode.....	5
3. Histoire, philosophie et diffusion.....	7
3.1 Historique.....	7
3.2 Philosophie.....	9
3.2.1 Vision de l'homme.....	9
3.2.2 Le Sensible: type de perception spécifique abordée en fasciathérapie	10
3.2.3 Compréhension de la santé.....	10
4. Modèle théorique de base	11
4.1 Le mouvement interne	11
4.2 Les fascias.....	12
4.2.1 Le continuum des fascias.....	12
4.2.2 Les fascias, tissus sensibles.....	12
4.2.3 Les fascias, tissus « plastiques »	12
4.2.4 Les fascias, tissus à mémoire.....	13
4.3 Le point d'appui et le psychotonus	13
4.4 Le toucher de relation.....	14
4.5 La biomécanique sensorielle	14
4.6 La modifiabilité perceptivo-cognitive.....	15
4.7 La spirale processuelle du rapport au Sensible	16
4.8 La directivité informative	17
4.9 La réciprocité actuante	18
5. Formes d'évaluation.....	19
5.1 Entretien d'anamnèse	19

5.2 Evaluation manuelle	19
5.3 Evaluation gestuelle	19
5.4 Evaluation des capacités perceptives.....	20
5.5 Evaluation en fin de séance	20
5.6 Evaluation au début de la séance prochaine	20
6. Concepts thérapeutiques	22
6.1 Objectifs de la fasciathérapie.....	22
6.1.1 Dynamisation des forces d'autorégulation du corps.....	22
6.1.2 Remise en mouvement des zones d'immobilité et relâchement de tensions des fascias	22
6.1.3 Enrichissement des capacités perceptives	22
6.1.4 Acquisition de nouvelles compétences dans la gestion de sa santé	22
6.2 Outils de la fasciathérapie	23
6.2.1 Approche manuelle	23
6.2.2 Approche gestuelle.....	24
6.2.3 Approche introspective	25
6.2.4 Approche verbale	25
6.3 Déroulement d'un traitement.....	27
6.3.1 Première phase : rencontre.....	27
6.3.2 Deuxième phase : travail	28
6.3.3 Troisième phase : intégration.....	28
6.3.4 Quatrième phase : transfert	28
6.3.5 Principe de dialogue et de réciprocité.....	29
7. Limites de la méthode	30
8. Différenciation des compétences d'action spécifiques à la méthode ...	30
.....	
9. Ressources spécifiques à la méthode.....	31
9.1 Connaissances	31
9.1.1 Anatomie et physiologie.....	31
9.1.2 Concepts théoriques et pratiques de la fasciathérapie	31
9.1.3 Vision de l'homme et de la santé	32

9.2 Aptitudes.....	33
9.2.1 Aptitudes liées à l'approche manuelle	33
9.2.2 Aptitudes liées aux approches gestuelles et introspectives	33
9.2.3 Aptitudes liées aux méthodologies d'accompagnement du/de la client- e dans son processus thérapeutique.....	34
9.2.4 Compétences transversales aux approches manuelle, gestuelle et d'accompagnement.....	34
 9.3 Attitudes	 35
 10. Positionnement	 36
10.1 Rapport de la méthode avec la médecine alternative et classique	36
 10.2 Délimitation de la méthode par rapport à d'autres méthodes et professions	 36
10.2.1 Spécification par rapport à l'ostéopathie	36
10.2.2 Spécification par rapport à la thérapie craniosacrale.....	37
10.2.3 Spécification par rapport à l'intégration structurale (Rolfing)	37
10.2.4 Spécification par rapport au Rebalancing	38
 11. Etendue et structure de la formation TC pour la partie spécifique à la méthode	 39
 Bibliographie.....	 40

1. Dénomination de la méthode

Fasciathérapie

2. Brève description de la méthode

La fasciathérapie est une thérapie manuelle et gestuelle centrée sur le/la client-e, et le développement de ses ressources internes. Elle associe à son approche curative une dimension éducative et relationnelle qui aborde globalement le/la client-e et le/la rend actif/ve dans sa démarche de santé. Elle insiste notamment sur l'unité corps / psychisme, sur la dimension relationnelle du toucher et sur l'importance du mouvement et de la perception dans la santé.

Elle tient son nom des fascias, membranes qui enveloppent toutes les structures du corps (os, muscles, viscères, système vasculaire et nerveux...) et les relient entre elles, contribuant à leur bon fonctionnement et participant ainsi à la cohérence et à la stabilité de l'ensemble du corps. En tant qu'organe sensoriel le plus important de l'organisme, le fascia est directement connecté au système nerveux central à qui il transmet en permanence des informations proprioceptives, nociceptives et intéroceptives. Le fascia est ainsi largement impliqué dans la perception corporelle, la conscience de soi, les processus douloureux, la régulation des émotions et des grands systèmes.

La fasciathérapie s'inscrit dans le courant des thérapies fonctionnelles ou fluidiques qui sollicitent les forces d'autorégulation de l'organisme. Son action repose sur l'association d'un toucher symptomatique, orienté vers la normalisation des déséquilibres tissulaires, articulaires, crâniens et viscéraux par une harmonisation des structures fasciales, et d'un toucher relationnel qui est à l'écoute de la demande profonde du corps. La main sollicite les mécanismes de modulation tonique, rythmicité interne au cœur des processus de régulation de l'organisme et d'adaptation de la personne.

L'approche manuelle est complétée par une approche gestuelle, une approche introspective et une approche verbale. A travers ces différents outils, le/la thérapeute complémentaire méthode fasciathérapie accompagne le/la client-e à enrichir la connaissance de son corps et de lui/elle-même et à mieux percevoir les relations entre son corps, son psychisme et son environnement. Le/la client-e est ainsi au centre du soin et apprend à mieux gérer son quotidien. Il/elle développe de nouvelles attitudes et manières d'être salutogènes, ancrées dans une meilleure perception corporelle.

La fasciathérapie trouve sa place dans l'accompagnement de personnes souffrant de douleurs aiguës ou chroniques, de somatisations, de mal-être, de stress, etc. Elle répond

également à la demande de personnes désirant apprendre de la relation à leur corps et gagner en autonomie dans leur démarche de santé.

D'autres courants de fasciathérapie se sont développés, telles que la fasciapulsologie, développée dans les années 80 par C. Carini. Elle travaille essentiellement sur les fascias et la pulsologie, désignant le flux artériel et pouvant être altéré. En fasciapulsologie, la qualité et la bonne santé d'un tissu dépendent de son rythme sanguin et de sa qualité de pulsation. C'est une approche essentiellement manuelle.

3. Histoire, philosophie et diffusion

3.1 Historique

La fasciathérapie a été développée en France dans les années 80 par D. Bois, qui introduit le terme fasciathérapie. Physiothérapeute et ostéopathe de formation initiale, aujourd'hui Docteur en sciences de l'éducation, agrégé en sciences sociales et fondateur du CERAP, Centre d'Etude et de Recherches en Psychopédagogie perceptive affilié à l'Université Fernando Pessoa de Porto. Sa biographie relate un parcours de praticien et de chercheur, au carrefour des sciences médicales et des sciences humaines. Ce parcours rend compte de l'évolution de la fasciathérapie : cette pratique initialement ancrée dans le soin et ayant au départ une vocation uniquement curative, a évolué pour s'inscrire dans une démarche éducative et d'accompagnement de la personne dans le déploiement de ses potentialités.

La fasciathérapie trouve son origine dans l'ostéopathie fonctionnelle et s'est développée sur la base de certaines idées maîtresses des pensées de Still (fondateur de l'ostéopathie) et de Sutherland (fondateur de l'ostéopathie crânienne), telles que la présence dans le corps d'un mouvement interne entrevu comme principe d'autorégulation autonome, le fascia considéré comme l'endroit où il faut chercher la cause de la maladie, et l'importance de la libre circulation des liquides.

A travers sa pratique de thérapeute manuel et de sa pratique personnelle d'intériorisation, D. Bois s'est consacré à l'étude des propriétés de cette animation interne, et notamment de son expression au sein des fascias. Progressivement, et notamment en approfondissant la pratique du temps d'arrêt, déjà existante dans l'ostéopathie de Sutherland (*still-point*), il focalise son attention sur la vitesse de cette animation interne qui émerge lors de ce temps d'arrêt. Ses mains captent alors une animation plus lente, dont les paramètres diffèrent de ceux décrits par l'ostéopathie. En pénétrant l'univers de cette nouvelle lenteur, son toucher accède à plus de profondeur et de globalité, et concerne non seulement la globalité du corps mais la globalité de la personne dans son unité somato-psychique. Sur cette base, il développe un nouveau concept thérapeutique et s'éloigne du modèle ostéopathique. Il introduit alors ce qui fait la spécificité de l'approche manuelle de la fasciathérapie : le *toucher relationnel* et le *point d'appui psychotonique*. En plus de soulager des problématiques physiques, ce type de toucher a une action sur la sphère psychique de la personne. L'état de tension physique du /de la client-e laisse place à un état de détente, et son état d'anxiété est remplacé par un état de calme. Différents états d'être et de perception de soi sont ainsi produits à travers ce toucher relationnel, permettant au/à la client-e de se reconnecter à sa profondeur corporelle et retrouver un accordage entre son corps et son psychisme.

Cependant, D. Bois constate que certain-e-s client-e-s ne perçoivent pas les effets au niveau de leur intériorité corporelle déclenchés par ce toucher, comme atteint-e-s d'une forme de « cécité perceptive » envers eux/elles-même. Devant ce constat, il réoriente ses actions thérapeutiques vers une pédagogie ciblée sur l'enrichissement perceptif, dans l'idée que si le/la client-e prend conscience de ses contenus de vécus, l'impact sur la santé sera majoré. Il

met au point dans ce sens une approche gestuelle qui permet d'enrichir la relation du/de la client-e avec lui/elle-même.

Cette étape constitue un grand tournant dans l'évolution de la fasciathérapie (début des années 90). Le/la client-e, jusqu'alors passif/ve sous les mains du/de la thérapeute, est à présent invité-e à participer activement à sa démarche de soin par l'intermédiaire d'une pédagogie adaptée. Le toucher manuel change de statut, de curatif il devient relationnel et vise le développement de la perception de soi, en s'appuyant sur l'architecture psychotonique de la personne.

De plus, D. Bois prend conscience de la nécessité d'accompagner verbalement les différents états d'être déclenchés, souvent nouveaux pour le/la client-e. D. Bois se forme alors à la psychologie cognitive, à la psychopédagogie curative et aux sciences de l'éducation, et met au point dans les années 2000 une méthodologie phénoménologique d'entretien à médiation corporelle, afin d'accompagner ces vécus. Il s'agit notamment de permettre aux clients-es de mettre des mots sur leur vécu corporel, d'en saisir un sens et d'envisager des liens signifiants avec leur contexte de vie. Le concept de la « modifiabilité perceptivo-cognitive » (Bois, 2005) voit le jour, définissant le processus de l'activité cognitive mise à l'œuvre dans la relation perceptive à son corps. Dans le cadre de ses fonctions d'enseignement et de recherche à l'Université Moderna de Lisbonne, D. Bois crée le premier mestrado en psychopédagogie perceptive.

La fasciathérapie, par ses approches manuelle, gestuelle et verbale, devient ainsi une thérapie globale qui place le/la client-e au centre du processus thérapeutique, et qui permet d'instaurer un nouveau rapport à son corps, à sa pensée et à sa manière de vivre et de prendre en main sa santé.

Différents courants philosophique, psychologique et éducatif ont influencé le développement de la fasciathérapie et son évolution vers une démarche d'accompagnement de la personne :

- La psychologie humaniste, à travers notamment le concept de la potentialité, entrevue sous la forme d'une force intérieure organique, ou d'une « tendance actualisante » (Rogers, 1970; Maslow, 1972 ; Gendlin, 1962).
- La philosophie de Spinoza et sa vision des relations équilibrées entre le corps et l'esprit. Ce qui résonne dans le corps, l'esprit le perçoit sous la forme d'une affection constituant ainsi un pont entre le corps et l'esprit, grâce auquel se forment des idées nouvelles. Il s'agit là d'une idée essentielle reprise par la fasciathérapie et notamment le concept de la modifiabilité perceptivo-cognitive.
- La philosophie de Maine de Biran, qui place la faculté du sentir comme manifestation première de l'être humain. Selon ce philosophe, le Moi ne peut se connaître que dans un rapport immédiat et corporéisé, qui renvoie le sujet à lui-même sur le mode du sentir. La fasciathérapie reprend cette idée dans sa pratique : c'est à partir d'un rapport conscient et éprouvé à son intériorité corporelle que le/la client-e enrichit la conscience et connaissance de lui/elle-même et accède à un sentiment d'existence.
- La phénoménologie a été une source d'inspiration pour la mise au point des méthodologies d'entretien pratiquées en fasciathérapie, qui visent à recueillir

une description des contenus de vécu du/de la client-e, éprouvés durant l'expérience corporelle.

- Les théories de l'apprentissage issues de la psychopédagogie et notamment les travaux de Jean Piaget autour du constructivisme. D. Bois met en évidence que les étapes décrites par Piaget dans sa théorie du constructivisme se manifestent également face aux informations émergeant de l'intériorité du corps. Il nomme ce processus de réactions et d'intégration face à la nouveauté qui vient de l'intérieur le « constructivisme immanent » (Bois, 2005 ; Berger, 2009 ; Bourhis, 2012). Sur cette base, il développe le modèle de la modifiabilité perceptivo-cognitive.

3.2 Philosophie

3.2.1 Vision de l'homme

Notion d'unité somato-psychique

La fasciathérapie rejoint la philosophie de Spinoza et sa vision des liens corps / esprit.

L'être humain est considéré comme une unité dynamique de fonctions dans laquelle corps et psychisme dialoguent. Non seulement le psychisme influence le corps, mais le corps influence également l'état psychique de la personne. La fasciathérapie travaille sur ces deux dynamiques relationnelles. Le corps n'est jamais traité sans être englobé dans une unité plus grande qui comprend le psychisme et la relation de la personne à sa vie.

La plupart des concepts de la fasciathérapie repose sur des principes d'unification de pôles apparemment opposés : l'accordage somato-psychique, la neutralité active, la coordination fondamentale de base... L'homme est entrevu comme capable d'exprimer son plein potentiel lorsqu'il est unifié et équilibré dans ces différentes dimensions.

Notion de potentialité

La fasciathérapie envisage l'homme à travers la notion de potentialité. La personne adulte est envisagée comme un être en devenir, un ensemble de possibles et non un être achevé. Elle dispose de potentialités non explorées qui nécessitent d'être activées afin d'être actualisées. A travers le concept de potentialité, la fasciathérapie s'inspire dans ses développements de la psychologie humaniste et rejoint le psychologue Rogers à travers la notion de « tendance actualisante », évoquant l'existence d'un principe de force dans l'homme qui tend vers la croissance et vers le meilleur.

La potentialité entrevue en fasciathérapie est reliée au concept du mouvement interne, entrevu comme principe d'autorégulation et force de croissance de l'être humain. Le/la client-e est invité-e à développer une relation consciente à son mouvement interne pour en faire un partenaire d'évolution.

3.2.2 Le Sensible : type de perception spécifique abordée en fasciathérapie

Le « Sensible » (Bois, 2001, 2007 ; Bois & Austry, 2007 ; Bourhis, 2012) désigne la modalité perceptive spécifique mise en jeu à travers la fasciathérapie. Le Sensible se distingue du sensible tel qu'il est envisagé classiquement – d'où sa majuscule afin de marquer cette distinction – et faisant référence aux cinq sens classiques, voire six en y incluant le sens proprioceptif. Le Sensible désigne ici la faculté perceptive en lien avec l'ensemble de la matière du corps animée par la présence du mouvement interne, ainsi que les contenus de vécu qui émergent à la conscience d'une personne lorsque cette dernière se tourne vers ce type de perception interne. Cette modalité perceptive ouvre pour la personne l'accès à une nouvelle manière de se vivre et se percevoir à travers son corps, ainsi qu'à un nouveau rapport au monde, le corps sensible étant envisagé comme caisse de résonance de toute expérience, capable de recevoir l'expérience et de la renvoyer à la personne qui la vit, la lui rendant ainsi palpable et accessible. Le Sensible apparaît donc comme une source d'informations supplémentaires pour la personne, sur elle-même et sur sa relation au monde et à autrui.

3.2.3 Compréhension de la santé

Notion de potentialité et d'évolution

La fasciathérapie aborde la santé à travers la capacité d'une personne à contacter et exprimer sa potentialité. Une personne en santé est ainsi une personne en devenir, capable d'évoluer, de changer, de modifier et enrichir sa relation à elle-même, aux autres et à sa vie. Le corps est partie prenante dans ce processus, dans la mesure où son mouvement interne représente pour la fasciathérapie une force de vie, de croissance et d'évolution. Développer une relation consciente à son mouvement interne permet à la personne de trouver en elle un support organique à son processus d'évolution. La santé se définit ainsi à travers une dimension processuelle, d'évolution, de mouvement.

Qualité de proximité à soi et à son corps

La fasciathérapie définit également la santé comme une qualité de proximité à soi, à son corps et à sa vie. La santé telle qu'elle est envisagée n'est pas l'absence de maladie, mais une tonalité intérieure, subjective et perceptible qui se découvre au sein de son expérience corporelle, et à travers laquelle la personne se ressent elle-même. La perception corporelle sert ainsi de référence interne à la personne, lui permettant de se sentir en bonne ou mauvaise santé, indépendamment de critères de objectifs.

Croisement soin / formation

La fasciathérapie se situe au croisement du soin et de la formation et s'inscrit dans la philosophie de B. Honoré qui introduit le concept de « formativité », qualifiant le fait d'exister en formation et par là la possibilité pour l'homme de se transformer dans son rapport au monde. Chaque événement, dont la maladie fait partie, devient une occasion d'apprentissage pour la personne et de (re)découverte de sa santé. La santé se définit ainsi comme une capacité à apprendre de sa vie.

4. Modèles théoriques de base

La fasciathérapie comprend 9 principaux modèles théoriques à la base de ses actions : un modèle à la base de l'ensemble de l'approche de la fasciathérapie (*le mouvement interne*), 4 modèles liés aux approches manuelle, gestuelle et à la vision du mouvement en fasciathérapie (*le fascia, le point d'appui et le psychotonus, le toucher de relation, la biomécanique sensorielle*), 3 modèles liés à l'accompagnement du/de la client-e dans sa démarche de santé et au passage entre vécu corporel, mise en sens et transfert dans sa vie quotidienne (*la modifiabilité perceptivo-cognitive, la spirale processuelle du Sensible, la directivité informative*), et 1 modèle lié à la posture relationnelle mobilisée en fasciathérapie (*la réciprocité actuante*).

4.1. Le mouvement interne

La fasciathérapie propose une démarche thérapeutique qui repose sur la perception, la sollicitation et la potentialisation d'une force d'autorégulation interne, appelée en fasciathérapie le *mouvement interne*. Le mouvement interne est une animation lente de la matière du corps, qui se définit par les caractéristiques suivantes :

- c'est une force de vitalité, d'adaptation et de normalisation. Il participe à la régulation de l'organisme et au maintien de l'équilibre somato-psychique de la personne ;
- il possède une lenteur de base commune à tous et s'exprime dans les tissus du corps selon une rythmicité de 2 allers/ retours par minute (cette rythmicité est appelée « biorythme sensoriel »). Ce rythme est constant et se distingue d'autres formes d'animation interne, telle que la *mid tide* décrite par J. Jealous, de 1 à 3 cycles par minute, ou encore le mouvement respiratoire primaire de 7 à 14 cycles par minute ;
- il anime le fascia d'un mouvement d'enroulement et de déroulement ;
- il possède une caractéristique sensorielle, c'est-à-dire qu'il est possible d'entrer en relation de manière extrêmement fine et intime avec l'expression de ce mouvement et son organisation temporelle et spatiale au sein des tissus.

Le mouvement interne est le principal interlocuteur du/de la thérapeute complémentaire méthode fasciathérapie pour conduire son traitement. Celui-ci/celle-ci sollicite dans le corps le mouvement interne par le biais des *points d'appui* (voir modèle 4.3) afin de réaliser une normalisation tissulaire, articulaire, crânienne, viscérale et vasculaire. L'expression libre de cette mouvance au sein des différentes structures du corps leur confère un degré de malléabilité, de souplesse et d'adaptabilité, favorable à un état de santé. A l'inverse, les zones de tensions musculaires, de crispations fasciales, de densités périostées et osseuses sont entravées de la bonne circulation du mouvement interne.

Lorsque le mouvement interne est éprouvé par le/la client-e, il offre à ce/cette dernier-ère un sentiment de soi particulier, celui d'appartenir à son corps, de l'habiter, de se reconnaître et d'exister à travers son corps. Par le biais de cette perception enrichie de soi-même et de son corps, le/la client-e ressent mieux ses réactions face aux événements de la vie et ses impacts sur le corps. La perception du mouvement interne est ainsi le point de départ du processus thérapeutique en fasciathérapie.

4.2 Le fascia

4.2.1 Le continuum des fascias

La fasciathérapie s'adresse aux fascias, tissus fibreux résistants dont la particularité est de recouvrir toutes les parties anatomiques du corps : organes, os, nerfs, veines, artères, muscles et fibres musculaires, à la façon d'une seconde peau.

Connectés les uns aux autres, les fascias forment un réseau complexe reliant le sommet du crâne aux orteils et allant de la superficie de la peau jusqu'à l'intérieur de la cellule. Cette continuité tissulaire permet d'expliquer qu'un problème situé dans une partie du corps puisse avoir des répercussions à distance.

Les fascias sont également dotés de souplesse et d'élasticité qui leur confère un rôle de ressorts et d'amortisseurs. Ils permettent ainsi l'adaptation du corps aux différents mouvements et postures ainsi que l'absorption des contraintes.

4.2.2 Les fascias, tissus sensibles

Les fascias sont très sensibles au stress qu'il soit physique, émotionnel ou psychosocial. Ils y réagissent par des contractions, altérant ou perturbant la fonction de l'organe qu'ils entourent et, par extension, de toute la chaîne tissulaire à laquelle ils sont reliés. Ces crispations, lorsqu'elles sont durables et non réversibles, aboutissent ainsi à une perturbation de l'ensemble de l'organisme. A plus ou moins long terme, elles peuvent générer des troubles fonctionnels physiques et des tensions psychiques (fatigue, mal-être, anxiété, etc.).

4.2.3 Les fascias, tissus « plastiques »

Les recherches récentes sur le fascia ont mis en évidence la capacité de contraction des fibroblastes (cellules du fascia), permettant d'adapter le tonus du fascia, il s'agit de la « plasticité fasciale » (R. Schleip, 2003). Les fascias réagissent à une accumulation de stress par des tensions et des crispations mais ils sont aussi dotés de souplesse et d'élasticité qui leur confèrent un rôle de ressorts et d'amortisseurs. Ainsi, ils participent à la capacité de résistance et d'adaptation du corps. De par leur globalité, ils assurent un rôle d'absorption des contraintes et de répartition dans la globalité du corps.

4.2.4 Les fascias, tissus à mémoire

Les fascias ont également une fonction importante dans la mémorisation des traumatismes : dans la mesure où ils enregistrent et absorbent les stress de toute nature auxquels l'homme est soumis, les fascias deviennent le siège de la mémoire tissulaire, véritable calendrier des réactions de compensation accumulées au fil du temps. Quand le/la thérapeute complémentaire méthode fasciathérapie pose ses mains sur des zones immobiles, des tensions, des crispations inscrites dans les fascias, il/elle s'adresse en permanence à l'histoire tissulaire du/de la client-e, à la dimension biographique du corps.

4.3 Le point d'appui et le psychotonus

Le « point d'appui » (Bois, 1990 ; Courraud, 2007 ; Marty, 2012) correspond au temps fort du processus thérapeutique manuel en fasciathérapie. Ce geste s'associe au *suivi dynamique*, qui correspond au suivi manuel du mouvement interne dans les tissus, dans ses différentes orientations et amplitudes disponibles.

Le point d'appui a pour objectif de potentialiser la présence du mouvement interne dans les régions du corps désertées par sa présence, et de permettre sa réorganisation physiologique. Il vise ainsi à relancer les forces d'autorégulation de l'organisme pour obtenir une normalisation donnée par l'intérieur du corps.

Pour être efficace, le point d'appui doit englober un maximum d'éléments anatomique, en étendue et en profondeur. Les mains du/de la thérapeute réalisent ainsi une forme de champs clos permettant à l'animation interne du/de la client-e de se mobiliser. Plus le point d'appui concerne d'éléments anatomiques, plus la mobilisation du mouvement interne est globale.

Lors de ce temps d'arrêt, la mobilisation du mouvement interne se manifeste sous la forme d'une *tension régénératrice exponentielle*, appelée aujourd'hui *psychotonus*. Plus qu'un principe d'autorégulation, le psychotonus traduit la mobilisation de la force d'adaptation somato-psychique de la personne. C'est toute la personne qui est concernée, dans sa globalité anatomique mais également psychique et émotionnelle.

Le point d'appui est une phase délicate mais essentielle du traitement, lors de laquelle forces de préservation et forces de renouvellement dialoguent et se potentialisent, pour arriver à un nouvel équilibre.

Le point d'appui, constitué de différentes phases, est également un outil de bilan :

- le délai d'apparition de la réponse psychotonique, suite au temps d'arrêt proposé, livre des informations sur l'état de vitalité du/de la client-e ;
- la contagion de la réaction psychotonique fait apparaître des *points d'ancrage* ou *îlots de tension* à distance des mains, qui permettent de faire un bilan des régions ou couches de profondeur du corps en souffrance, en lien avec la région traitée ;
- le degré d'intensité de la réponse psychotonique traduit le degré d'implication du/de la client-e envers ce qui se joue en lui/elle ;

- l'augmentation de la tension tonique traduit un point d'appui positif, allant jusqu'à un seuil maximum. Le seuil maximum de tension tonique est suivi d'un effondrement de la tension, correspondant à une réorganisation de l'expression du tonus dans les tissus. Le/la thérapeute perçoit alors sous ses mains un nouveau mouvement interne dans les tissus selon une orientation spécifique, qu'il/elle va suivre jusqu'à poser un nouveau point d'appui au bout de son amplitude.

Grâce à un guidage verbal de la part du/de la thérapeute, le/la client-e perçoit en temps réel les libérations produites et le processus de changement de son état intérieur. Il/elle accède, au fil des points d'appui et des changements de la structure tonique, à un éprouvé renouvelé de lui/elle-même. Ce processus de transformation tissulaire ressenti dans son corps constitue ainsi un premier stade de changement et d'évolution de la personne.

4.4 Le toucher de relation

Le *toucher de relation* est le toucher de base en fasciathérapie. Il s'associe dans un même temps au *toucher symptomatique*, qui est le toucher technique de la fasciathérapie, se déroulant selon une connaissance anatomo-physiologique du symptôme.

Le toucher de relation s'adresse à la personne dans son unité somato-psychique, par le biais du psychotonus. Ce toucher demande une qualité d'écoute et d'implication de la part du/de la thérapeute complémentaire méthode fasciathérapie afin de dialoguer avec le vivant (le mouvement interne) et de répondre à la *demande silencieuse du corps*, on parle alors d'*entretien tissulaire*. La demande silencieuse du corps peut parfois différer de la demande formulée de la personne, dans le sens où un symptôme n'est parfois que la pointe de l'iceberg, renvoyant à une organisation à bas bruit de la pathologie qui reste souvent non perçue par le/la client-e.

A travers ce toucher relationnel, le/la client-e se sent entendu-e dans sa demande profonde, sa souffrance et dans ses potentialités. Il/elle accède à des parties de lui/elle-même qui n'étaient plus perçues, des zones de son corps *désensorialisées*. Le toucher relationnel déclenche ainsi chez le/la client-e une nouvelle expérience de lui/elle-même, le/la met en relation avec ses potentialités non perçues, et lui fournit des informations sur l'origine et le processus d'installation de sa pathologie. Il/elle peut alors mieux comprendre les relations qui existent entre sa vie, sa santé et la détérioration de celle-ci, et obtient des informations sur de nouvelles possibilités comportementales pour mener sa vie d'une manière plus respectueuse de sa santé.

4.5 La biomécanique sensorielle

La « biomécanique sensorielle » (Bois, 2002 ; Leao, 2002 ; Courraud-Bourhis, 2005) représente l'étude du comportement des différentes structures anatomiques au sein du geste, vécu et ressenti par une personne. Il s'agit d'une analyse du mouvement en 1^{ère}

personne, qui s'intéresse au lien entre mouvement interne et geste. Ce modèle représente la grille d'évaluation de la gestuelle utilisée par le/la thérapeute complémentaire méthode fasciathérapie.

Les principales lois de la biomécanique sensorielle sont les suivantes :

- **Le support rythmique du biorythme sensoriel** : le biorythme sensoriel constitue le support rythmique de la biomécanique sensorielle, selon une rythmicité de 15 secondes pour un voyage aller et 15 secondes pour un voyage retour.
- **La loi de linéarité** : le mouvement linéaire, ou *mouvement de base*, est le rail sur lequel s'organise le mouvement circulaire (le mouvement circulaire définissant tout mouvement articulaire). Il crée la globalité du mouvement et maintient la cohérence de la communauté articulaire. Le mouvement linéaire est dit *sensoriel*, car il porte la présence à soi et à son corps.
- **La coordination fondamentale de base** : tout mouvement circulaire s'effectue en association avec un mouvement linéaire allant en sens inverse. L'association du mouvement linéaire et du mouvement circulaire réalise une globalité de sensation et de coordination qui permet d'installer une présence perceptive maximale au geste.
- **Les schèmes associatifs de mouvement** : les schèmes associatifs de mouvement rendent compte de mouvements globaux du corps, intégrant l'ensemble des segments selon une organisation naturelle et physiologique. Il existe huit schèmes associatifs, selon les mouvements directionnels : haut, bas, gauche, droite, avant, arrière, rotation gauche et rotation droite. Certains sont *convergen*ts, ils concentrent les mouvements vers le corps, et d'autres sont *divergent*s, ils mettent le corps en ouverture. Par exemple, le schème associatif antérieur, qui est un schème divergent, comprend un mouvement linéaire antérieur, un mouvement de circularité postérieure du tronc et de la tête, et un mouvement de rotation externe des membres. Le schème associatif postérieur, qui est un schème convergent, comprend lui un mouvement linéaire postérieur, un mouvement de circularité antérieure du tronc et de la tête, et un mouvement de rotation interne des membres.

4.6 La modifiabilité perceptivo-cognitive

La « modifiabilité perceptivo-cognitive » est un modèle développé par D. Bois (Bois, 2006, 2007) et inspiré du constructivisme de Piaget. Il correspond au modèle d'apprentissage développé en fasciathérapie, qui pose ses bases sur l'expérience corporelle comme source d'enrichissement de ses points de vue, de ses représentations et de ses manières d'être (comportements) envers soi-même, les autres, sa vie et sa santé. Ce modèle pose ses bases sur trois idées centrales :

- **L'existence d'une potentialité comme support dynamique au processus d'apprentissage.** La potentialité mise en jeu en fasciathérapie est une potentialité perceptive, une capacité du sujet à mieux percevoir son corps à travers la conscientisation du mouvement interne, à entrer en relation avec ses perceptions corporelles de manière plus consciente, plus fine et plus nuancée.

- **La formation expérientielle comme fondement de l'apprentissage envisagé :** c'est au contact d'une expérience vécue que les facultés d'apprentissage du/de la client-e sont mobilisées. Les différents outils de la fasciathérapie (voir point 6.2) sont autant de situations expérientielles susceptibles de stimuler les facultés d'apprentissage du/de la client, afin de permettre à celui-ci/celle-ci d'enrichir son rapport à sa vie et à sa santé.
- **La primauté du rapport au corps pour renouveler le rapport au sens.** En fasciathérapie, le renouvellement des représentations mentales passe par le renouvellement du rapport au corps. Le/la client-e apprend sur lui/elle-même et accède à des significations profondes utiles pour mener son existence à travers l'instauration d'un rapport de proximité à son corps et à son mouvement interne.

Au niveau pratique, ce modèle repose sur deux conditions :

- **L'éducabilité perceptive du rapport au corps.** La fasciathérapie propose des situations pratiques permettant d'éduquer le rapport perceptif du/de la client-e à son corps. Dans les entretiens verbaux, il s'agit ensuite d'introduire les informations perceptives issues de son corps dans ses schèmes de pensées afin de les faire évoluer.
- **L'accès à une « motivation immanente »** (Bois, 2007 ; Bouchet, 2006, 2015). Un des objectifs en fasciathérapie est de permettre au/à la client-e d'accéder à un vécu corporel nouveau, suffisamment fort pour déclencher chez lui/elle une motivation. Cette motivation est nécessaire pour envisager un changement de comportement du/de la client-e, afin de prolonger dans sa vie ce vécu et ne pas retomber dans des comportements répétitifs et non favorables au processus de santé. Cette motivation est dite immanente car elle naît d'un vécu corporel nouveau ressenti par le/la client-e lors de la séance de soin, et non, par exemple, d'un simple conseil prodigué par le/la thérapeute.

4.7 La spirale processuelle du rapport au Sensible

La « spirale processuelle du rapport au Sensible » issue de la thèse doctorale de D. Bois (2007), définit les contenus de vécus corporels les plus récurrents rapportés par les clients lors d'une séance de soin en fasciathérapie, et leur filiation comportementale. En effet, ces différents vécus (regroupés en 5 catégories : la chaleur, la profondeur, la globalité, la présence à soi et le sentiment d'existence), ne sont pas de simples vécus éphémères et bienfaisants pour le temps de la séance. Ces vécus renvoient à un sentiment de soi particulier, souvent nouveau, ouvrant sur une nouvelle manière de se vivre à travers son corps.

Le tableau page suivante (issu de Bois, 2007) présente une analyse synthétique du processus de changement engendré chez des personnes accompagnées en fasciathérapie, et du lien entre vécus corporels et renouvellement de ses manières d'être à soi et au monde. La spirale processuelle du rapport au Sensible permet ainsi de rendre compte de la filiation entre sensation corporelle et attitude comportementale.

S'exposer	Ressentir	Devenir	Être
Expérience extraquotidienne	Sensation, tonalité	Manière d'être à soi	Manière d'être au monde
Toucher de relation	Chaleur	Je me sens en sécurité et en confiance.	Je suis plus confiant et plus sûr de moi.
	Profondeur	Je me sens touché et concerné au sein de mon intériorité.	Je suis moins artificiel, moins périphérique, plus concerné par les autres.
Toucher psychotonique	Globalité	Je me sens solide, unifié, à moi-même et à plus grand que moi-même.	Je suis moins dispersé dans ma vie, plus ancré dans les actions, plus proche des autres.
Relation d'aide gestuelle	Présence à soi	Je me sens présent à moi-même et découvre ma singularité. J'ai le goût de moi.	Je suis moins à distance des autres. Je ne suis plus à l'extérieur de moi et des choses. Je suis présent à tout ce qui m'entoure.
Introspection sensorielle	Sentiment d'exister	Je me sens situé dans ce que je ressens. Je valide ma façon d'être. Je me sens ancré dans ma subjectivité incarnée.	Je trouve ma place auprès des autres. J'ose être. J'existe en tant que moi. Je me valide. Je suis autonome et adaptable.

Issu de Bois, 2007

4.8 La directivité informative

La « directivité informative » (Bois, 2007 ; Bourhis, 2009) définit la posture d'accompagnement du/de la client-e dans les différentes étapes de son processus thérapeutique.

La notion de *directivité* renvoie notamment à l'orientation de l'attention que le/la thérapeute propose à son/sa client-e. En effet, de manière générale, l'homme n'est pas habitué à tourner son attention vers le dedans de soi (mais plutôt vers l'extérieur de soi). Il s'agit donc de le/la guider dans ce processus de conversion de son attention afin qu'il/elle soit en mesure de percevoir sa vie corporelle interne. Ce qui est à découvrir à l'intérieur de soi appartient totalement au/à la client-e.

Cette posture d'accompagnement repose sur différents présupposés théoriques, tels que :

- faire une expérience ne génère pas forcément de la connaissance. Il faut aussi veiller à la réception, la reconnaissance et l'intégration de cette expérience afin qu'elle devienne formatrice pour le/la client-e ;

- on apprend peu de ce que l'on connaît déjà : le/la thérapeute complémentaire méthode fasciathérapie veille donc à proposer un cadre d'expérience nouveau, sollicitant de manière inhabituelle l'attention du/de la client-e.

Au niveau pratique, la posture de directivité informative intervient à trois moments :

- **Avant l'expérience corporelle.** Il s'agit de livrer des informations à son/sa client en préambule de l'expérience corporelle, qui pourraient enrichir son rapport à cette expérience. Cela consiste notamment en des informations sur l'anatomie et la physiologie du mouvement. Dans tous les cas, il s'agit d'informations reposant sur une physiologie commune à tous, mais qui ne sont pas forcément connues par le/la client—e.
- **Durant l'expérience corporelle.** Il s'agit du guidage verbal en cours de réalisation des pratiques corporelles, afin de permettre au/à la client-e de réceptionner au mieux son vécu corporel.
- **Après l'expérience corporelle.** Il s'agit de l'accompagnement verbal suite à la pratique corporelle. Le/la thérapeute complémentaire méthode fasciathérapie accompagne son/sa client-e vers une description pleine de son expérience, en lui proposant différentes catégories afin d'interroger son vécu.

4.9 La réciprocité actuante

La *réciprocité actuante* désigne le type de modalité relationnelle spécifique développé en fasciathérapie, entre le/la thérapeute et son/sa client-e. Il s'agit d'une modalité relationnelle processuelle et empathique.

Le/la thérapeute complémentaire en fasciathérapie perçoit en temps réel les effets déclenchés par sa main dans le corps de son/sa client-e, par le média de la perception de son propre corps sensible. Le traitement évolue à travers une boucle évolutive entre effets déclenchés dans le corps du/de la client-e, contagion tonique dans le corps du/de la thérapeute, générant ainsi de nouveaux effets chez le/la client-e.

Ainsi, non seulement le thérapeute développe une relation empathique avec son client, mais également avec son propre corps afin de réceptionner des informations de « corps-à-corps » pour mener son traitement.

La réciprocité actuante est dite « accomplie » lorsque le/la client-e est également en relation de perception avec son propre corps sensible animé du mouvement interne. Le/la client-e et la/le thérapeute partagent ainsi une même expérience et implication qui se construit et évolue par le jeu de cette relation réciproque et évolutive entre thérapeute, client-e et mouvement interne.

La réciprocité actuante est donc un mode relationnel spécifique, corporellement ancré, dont les protagonistes sont conscients des effets de la relation dans leur propre corps. La prise de conscience des effets participe à la dynamique évolutive du traitement.

5. Formes d'évaluation

5.1 Entretien d'anamnèse

Lors de la première rencontre, le/la thérapeute complémentaire méthode fasciathérapie recueille le témoignage du/de la client-e afin de bien comprendre la nature et le contexte de sa demande. Il/elle veille à créer un climat de confiance par son écoute et son attitude ouverte et bienveillante.

Durant cet entretien, il/elle :

- s'informe de l'état de santé du/de la client-e (maladies antérieures, accidents, prise de médicaments,...) et sur le suivi médical actuel ;
- questionne l'environnement familial, professionnel et social du/de la client-e ;
- interroge le/la client-e sur ses difficultés, ses points forts et ses ressources ;
- questionne ses besoins actuels, ses désirs de changements et ses attentes par rapport à sa venue.

Le/la thérapeute complémentaire méthode fasciathérapie détermine si la demande est compatible avec les possibilités et limites de son champ d'intervention. Il informe la personne des modalités générales de l'intervention.

Sur la base de ces différentes informations recueillies, le/la thérapeute définit avec son/sa client-e un projet d'accompagnement.

5.2 Evaluation manuelle

Pour compléter les informations recueillies lors du premier entretien verbal, le/la thérapeute complémentaire méthode fasciathérapie effectue une évaluation manuelle. Par le toucher, il/elle évalue l'état du corps, des fascias et de la vitalité. Ses critères d'évaluation sont basés sur les caractéristiques et lois physiologiques du mouvement interne : les différents paramètres du mouvement interne (orientation, amplitude, vitesse, cadence), la qualité de la réponse au point d'appui, la présence et la cohérence du biorythme sensoriel, la cohérence de la biomécanique sensorielle.

5.3 Evaluation gestuelle

Le/la thérapeute complémentaire méthode fasciathérapie réalise également une évaluation de la gestuelle du/de la client-e selon les lois de la biomécanique sensorielle : qualité de la

lenteur et du relâchement, intégrité de la coordination fondamentale de base, cohérence des schèmes de mouvements.

5.4 Evaluation des capacités perceptives

Le/la thérapeute complémentaire méthode fasciathérapie évalue également la capacité du/de la client-e à entrer en relation de perception avec sa vie corporelle interne et son geste. Cette évaluation porte sur des phénomènes objectifs (nature de la pression manuelle, perception des différentes orientations, perception des amplitudes, perception de la vitesse de déplacement de la main...) et sur des phénomènes plus subjectifs (perception des effets déclenchés par la main du/de la thérapeute et par la pratique gestuelle, tels que la modulation tonique, la perception d'une chaleur intérieure, un sentiment de globalité et de présence à soi, un ancrage et une solidité...).

5.5 Evaluation en fin de séance

A la suite du travail corporel, le/la thérapeute complémentaire méthode fasciathérapie fait décrire les contenus de vécu de la séance à son/sa client-e. Il/elle l'accompagne afin de mettre en lien l'expérience vécue et les besoins et attentes mentionnées lors du premier entretien.

Ensemble, ils identifient les ressources découvertes pendant la séance et voient si elles peuvent être mises en relation avec les problématiques rencontrées dans le quotidien. Ils évaluent les applications possibles dans la vie privée et professionnelle du/de la client-e dans l'objectif de mettre en place de nouvelles stratégies afin de sortir des modes de fonctionnement nocifs et d'influer positivement sur l'état de santé.

Ils/elles redéfinissent le projet d'accompagnement sur la base des nouvelles informations qui ont émergées au cours de la séance et planifient les axes de travail prioritaires.

5.6 Evaluation au début de la prochaine séance

Le/la thérapeute complémentaire méthode fasciathérapie interroge son/sa client-e sur ce qui s'est passé entre les deux séances :

- évolution des symptômes ?
- a-t-il/elle pu mettre en place dans sa vie privée et professionnelle les ressources dont il/elle a pris conscience lors de la dernière séance ?
- quelles difficultés a-t-il/elle rencontrées ?

Le thérapeute complémentaire méthode fasciathérapie valide les efforts accomplis et les points forts de son/sa client-e, et l'encourage à poursuivre dans la mise en œuvre de ses stratégies gagnantes.

Par cet entretien, le/la thérapeute complémentaire méthode fasciathérapie évalue l'évolution de la problématique du/de la client-e et sa capacité à transférer dans sa vie les ressources découvertes pendant les séances. En tenant compte de ces éléments, il/elle reformule un projet pour la séance en accord avec le/la client-e.

6. Concepts thérapeutiques

6.1 Objectifs de la fasciathérapie

6.1.1 Dynamisation des forces d'autorégulation du corps

Le/la thérapeute complémentaire méthode fasciathérapie sollicite les forces d'autorégulation de l'organisme afin de rendre au corps sa pleine vitalité et sa capacité d'adaptation aux événements de la vie.

6.1.2 Remise en mouvement des zones d'immobilité et relâchement des tensions des fascias

Le toucher du/de la thérapeute complémentaire méthode fasciathérapie permet une libération en profondeur des états de tensions, densités, immobilités de la matière du corps, ainsi que des tensions psychiques associées. Il redonne aux fascias mobilité, souplesse et capacité d'adaptation.

6.1.3 Enrichissement des capacités perceptives

Le/la thérapeute complémentaire méthode fasciathérapie guide l'attention de son/sa client-e vers son corps et son intériorité. Il/elle l'amène à suivre en direct les changements d'états produits dans son corps et à prendre conscience de la relation entre son corps et son psychisme.

6.1.4 Acquisition de nouvelles compétences dans la gestion de sa santé

Le/la thérapeute complémentaire méthode fasciathérapie accompagne le/la client-e à devenir acteur de sa santé : il l'aide à reconnaître ses ressources internes et à les mobiliser dans son quotidien. Il/elle l'accompagne dans le développement d'une meilleure perception de lui/elle-même, et des liens entre ses pensées, ses ressentis et son corps. Le/la client-e devient ainsi moins victime de ses propres réactions, il/elle les observe et trouve des moyens pour agir et réagir autrement, d'une manière salutogène.

En devenant plus conscient-e de ses différents états corporels, le/la client-e perçoit mieux ses limites comme ses ressources. Il/elle peut ainsi anticiper sur la survenue d'un malaise par la perception des signes annonciateurs et la mise en œuvre d'attitudes préventives.

6.2 Outils de la fasciathérapie

La fasciathérapie dispose de quatre outils complémentaires : l'approche manuelle, l'approche gestuelle (appelée aussi *gymnastique sensorielle*), l'approche introspective (appelée aussi *introspection sensorielle*) et l'approche verbale.

6.2.1 Approche manuelle

L'approche manuelle représente la première mise en situation pratique proposée en fasciathérapie, qui consiste en un dialogue manuel avec la dynamique mouvante du corps. Le/la client-e est allongé-e confortablement sur une table et le/la thérapeute complémentaire méthode fasciathérapie se met dans une attitude d'écoute et d'intériorisation, afin de favoriser sa perception en direct des mouvements tissulaires.

Dans un premier temps, son geste consiste à mobiliser les forces d'autorégulation du corps, afin qu'elles soient suffisamment disponibles dans le corps du/de la client-e pour permettre ensuite une libération des zones en tensions et en souffrance. Selon l'état de vitalité du/de la client-e, cette étape peut prendre quelques minutes en début de séance (bonne vitalité), ou parfois une, voire plusieurs séances (faible vitalité). Pour cela, le/la thérapeute réalise dans un premier temps une sollicitation tissulaire dans une orientation choisie respectant la physiologie (étirement des fascias), et pose un point d'appui en bout d'amplitude. Il/elle attend qu'une réponse psychotonique se construise sous ses mains (mobilisation-des forces d'autorégulation). Lorsque la réponse arrive à son intensité maximale, le/la thérapeute attend encore un peu qu'une sensation d'effondrement se manifeste dans les tissus sollicités dans l'étirement. C'est le signe que la réponse s'incarne dans les fascias. Alors le/la thérapeute repart ensuite dans une nouvelle orientation, cette fois-ci donnée par le corps du/de la client-e. (Il peut arriver qu'il faille plusieurs points d'appui avant que le corps offre spontanément une orientation – tant que le corps ne donne pas d'orientation, le/la thérapeute choisit lui-même/elle-même une orientation). Il/elle poursuit ce travail jusqu'à ce que la réaction au point d'appui ne soit plus uniquement locale (c'est-à-dire uniquement sous ses mains), mais envahisse des régions du corps à distance de ses mains, dans l'étendue ou la profondeur du corps. C'est alors un signe que la vitalité du/de la client-e gagne du terrain et que les forces d'autorégulation se potentialisent.

Cette première étape agit déjà sur l'état général du/de la client-e au niveau de son état de détente, de reconstruction de sa vitalité et de relance de ses ressources internes. Elle est parfois suffisante selon la demande et le besoin du/de la client-e.

Lorsque la demande concerne une problématique précise (douleur du dos, problème digestif, manque d'appétit, état de stress...), le/la thérapeute oriente ensuite son travail en fonction de cette demande. Cela concerne les régions du corps travaillées, ainsi que l'accompagnement pédagogique qui s'adaptera en fonction. Ce travail plus ciblé au niveau anatomique se réalise également par une alternance d'étirement des tissus (et / ou suivi du mouvement spontanément présent dans les tissus), et de points d'appui en bout des amplitudes. L'enchaînement des prises répond à la demande verbalisée du/de la client-e (ex. mal de dos), mais aussi à la demande du corps que le/la thérapeute perçoit à travers son écoute manuelle. Il/elle adapte ainsi l'enchaînement de ses prises en fonction des zones de tensions et points d'ancrage qui se révèlent dans le corps lors des points d'appui. Ainsi, le/la

thérapeute complémentaire méthode fasciathérapie adapte en permanence son toucher en fonction de ce qu'il/elle perçoit sous les mains. Il/elle veille aussi à permettre une organisation cohérente du mouvement interne dans les tissus, selon les lois de la biomécanique sensorielle.

Cette étape s'accompagne de consignes verbales permettant de guider l'attention du/de la client-e vers la perception de son corps et des changements d'états qui se produisent, afin qu'il/elle puisse accompagner et percevoir activement le processus de transformation intérieure qu'il/elle vit dans son corps au fil de la séance. C'est une première participation active du/de la client-e, qui sera poursuivie dans l'accompagnement gestuel lorsqu'il a lieu.

En fin de séance manuelle, le/la thérapeute veille à ce que le corps de son/sa client-e soit dans un état d'équilibre tonique (homogénéité de la réponse au point d'appui dans différentes régions du corps et réponse rapide au point d'appui – moins de 3 secondes). Ce n'est parfois pas possible de terminer une séance dans ces conditions d'équilibre, le/la thérapeute proposera alors une autre séance dans un laps de temps court (environ une semaine).

6.2.2 Approche gestuelle

Lorsque le/la client-e a développé un premier rapport perceptif à son intériorité corporelle en position allongée, le/la thérapeute complémentaire méthode fasciathérapie prolonge le travail par l'approche gestuelle. Les propositions gestuelles construisent chez le/la client-e un nouveau rapport à son geste, en le sortant des conditions habituelles d'exécution, souvent automatiques et pauvres en sensations. Le/la client-e est invité-e à effectuer, en position assise puis debout, des enchaînements de mouvement respectant l'organisation naturelle du geste. Les mouvements sont réalisés dans la lenteur et, progressivement, le geste se synchronise avec l'expression ressentie du mouvement interne. Il devient ainsi un geste habité, porté de l'intérieur, sorte de continuum entre une animation interne et son expression visible. Les exercices sont basés sur des principes de cohérence et de coordination entre les différents segments du corps participant à l'instauration chez le/la client-e d'un sentiment d'unification et de globalité. Cette étape nécessite un accompagnement très précis de la part du/de la thérapeute, qui guide verbalement et parfois gestuellement le/la client-e en réalisant lui/elle-même le mouvement en face à face.

Le/la thérapeute complémentaire méthode fasciathérapie ajoute des variations au niveau des coordinations, de l'orientation attentionnelle, de l'intention mobilisée dans la réalisation du geste... Il/elle propose également des temps de mouvement dit 'libres', c'est-à-dire invitant le/la client-e à réaliser une gestuelle non pas selon une forme extérieure imposée mais sur la base du ressenti de son propre mouvement interne.

Dans ces conditions de pratique, le mouvement peut devenir un révélateur de ses modes comportementaux inconscients, ou de nouvelles possibilités non explorées. Le thérapeute complémentaire méthode fasciathérapie accompagne son/sa client-e dans une mise en sens de liens possibles entre le vécu du mouvement et une attitude comportementale :

- la manière dont le/la client-e se vit à travers un mouvement d'antériorité pourra lui parler de sa manière de s'engager dans ses actions ;
- la découverte d'une nouvelle perception de ses jambes au cours de sa gestuelle lui offrira une nouvelle solidité à déployer dans sa vie ;

- la lenteur donnant accès à de nouvelles perceptions de soi dans son mouvement ouvrira sur une nouvelle manière de gérer son stress ;
- etc.

Ces différents mouvements offrent l'opportunité au/à la client-e de se rencontrer et de se découvrir d'une manière profonde et souvent nouvelle, et sont un support incarné pour un accomplissement de ces attitudes au-delà des séances, dans une gestion de sa vie et de sa santé au quotidien.

L'approche gestuelle peut également être enseignée en groupe par le/la thérapeute complémentaire méthode fasciathérapie.

6.2.3 Approche introspective

Un troisième outil de la fasciathérapie est l'introspection sensorielle, forme de méditation qui invite le/la client-e à tourner son attention vers son intériorité corporelle. Il s'agit d'une observation de soi ressentie, avant d'être intellectuelle : en effet, il ne s'agit pas de réfléchir à sa vie sans l'avoir d'abord perçue en soi, par le biais des états de la matière du corps.

Sur le plan pratique, le/la client-e est assis-e confortablement sur une chaise, en position immobile et les yeux fermés. Le/la thérapeute complémentaire méthode fasciathérapie le/la guide verbalement par le biais de consignes sollicitant différents instruments perceptivo-cognitifs, tels que le sens auditif, le sens proprioceptif, l'observation immédiate, la mobilisation attentionnelle et intentionnelle... Ces consignes visent à accompagner le/la client-e dans la réception de son vécu corporel et dans la saisie de liens signifiants entre son vécu corporel et son contexte de vie. L'attention est convoquée dans différentes directions successives : prise de conscience des appuis, de la posture corporelle, écoute des bruits environnants et du silence intérieur, observation des états et changements d'états de la matière corporelle, des mouvements internes et des différentes tonalités associées, appréciation des états émotionnels, observation des pensées émergentes, convocation de questionnement en lien avec un thème ou une problématique du moment... Le guidage est conduit afin de répondre au mieux aux difficultés et aux besoins du/de la client-e, tels que la pauvreté perceptive, la prédominance cognitive, la résistance à la nouveauté et à l'inconnu, le manque de motivation ou d'intérêt, la mauvaise gestion du stress, la distractibilité attentionnelle... Les consignes proposées ne sont pas inductives, le/la thérapeute veille à toujours garder un caractère interrogatoire et à choix multiples dans ses formulations. Le/la client-e répond d'abord pour lui/elle-même aux questions et les partage ensuite avec le/la thérapeute lors du temps d'échange verbal qui suit cette pratique.

L'approche introspective peut être proposée en groupe par le thérapeute complémentaire méthode fasciathérapie.

6.2.4 Approche verbale

L'accompagnement verbal fait partie intégrante du processus thérapeutique en fasciathérapie et intervient à différents moments du suivi : avant la pratique corporelle, en cours de pratique corporelle et suite à la pratique corporelle. Avant la pratique corporelle,

nous pouvons distinguer l'entretien d'anamnèse et la définition du projet (présentés au point 5.1), et l'entretien en différé présenté ci-dessous.

En cours de pratique corporelle, l'accompagnement verbal permet de guider le/la client-e vers une réception de ses perceptions internes. Pour cela, le/la thérapeute complémentaire méthode fasciathérapie utilise des consignes et des questions claires et progressives, adaptées au niveau de perception de son/sa client-e. Exemples de relances :

- Pouvez-vous me décrire dans quelle orientation vont mes mains ?
- A quelle vitesse se fait le déplacement ? Est-ce rapide, lent ?
- Trouvez-vous le toucher trop appuyé, ou pas assez ?
- Durant le temps du point d'appui, sentez-vous l'apparition d'une réaction, d'un changement dans votre corps alors que mes mains ne bougent pas ?
- Sentez-vous des réactions à distance de là où sont mes mains ?
- Sentez-vous des changements d'états ?
- Etc...

Cet accompagnement verbal consiste en une éducation perceptive et attentionnelle, afin d'apprendre au/à la client-e à mieux percevoir ses états internes, à distinguer des catégories de vécu, à repérer les changements d'état et l'évolutivité de son vécu, et à mobiliser ses ressources attentionnelles en développant une attention constante, ouverte et évolutive, en accord avec la dynamique processuelle du vivant. Il s'agit aussi d'orienter l'attention du/de la client-e vers les libérations et les nouvelles orientations et amplitudes de mouvement afin que ce/cette dernier/ère puisse les percevoir et mieux les intégrer ensuite dans sa gestuelle quotidienne.

Suite à la pratique corporelle, se réalise un temps d'échange sur la base des perceptions corporelles. Cet entretien verbal poursuit différents objectifs :

1) Il offre un espace de parole afin de permettre au/à la client-e de témoigner de son vécu du soin. La description des sensations nouvelles permet au/à la client-e de valider et d'intégrer son vécu. Le/la thérapeute complémentaire méthode fasciathérapie accompagne son/sa client-e dans sa description par différentes relances pour une description plus pleine de l'expérience. Exemples de relances :

- Pouvez-vous me décrire ce que vous avez vécu pendant la séance ?
- Avec-vous eu des sensations nouvelles ?
- Vous me parlez d'une sensation de chaleur, pouvez-vous me décrire cette chaleur, était-elle localisée, diffuse, globale... ? Y avait-il un état associé à cette chaleur ?
- Quand vous me dites que c'était profond, pouvez-vous préciser ce que vous entendez par profond ? Était-ce une profondeur anatomique, ou une autre forme de profondeur ? Qu'est-ce que cela vous a fait de sentir cette profondeur ?
- Etc...

2) Une fois que le/la client-e a décrit pleinement son expérience, le/la thérapeute complémentaire méthode fasciathérapie amène son/sa client-e à apprendre de son vécu corporel, à en saisir des significations, à faire des liens entre ses perceptions et ses pensées et à interroger son contexte de vie sous l'angle de ses nouvelles perceptions. Exemples de relances :

- Qu'est-ce que cette sensation vous a appris ? Avez-vous eu une pensée en lien avec ce vécu ?
- Est-ce que ce vécu est nouveau pour vous ? A quoi renvoie-t-il dans votre vie ?
- Qu'est-ce que cette nouvelle information apporte par rapport à ce que vous connaissiez déjà ?
- Que comptez-vous faire de ce que vous avez vécu ? Comment pouvez-vous envisager un transfert dans votre vie ?
- Etc...

3) Le/la thérapeute complémentaire méthode fasciathérapie fait également un retour à son/sa client-e : il/elle valide les points forts et les ressources ressortis durant la séance de soin que le/la client-e pourrait ne pas valider spontanément, ou ne pas prendre la mesure de son utilité dans sa vie quotidienne. Il/elle le/la soutient et l'encourage dans sa démarche d'intégration dans sa vie du fruit de son apprentissage issu de son expérience corporelle. Il/elle l'aide à devenir plus responsable de sa santé en s'appuyant dans sa vie sur ses propres ressources internes et capacités, parfois ignorées.

L'entretien en différé se réalise en début de séance suivante, afin d'évaluer la manière dont le/la client-e a intégré dans sa vie privée et professionnelle son apprentissage issu de la séance précédente. Le/la thérapeute complémentaire méthode fasciathérapie interroge son/sa client-e, tel que décrit au point 5.6, et reformule avec lui/elle le projet d'accompagnement pour la séance.

6.3 Déroulement d'un traitement

Un accompagnement en fasciathérapie respecte les différentes phases du processus de la thérapie complémentaire : rencontre, travail, intégration, transfert.

6.3.1 Première phase : rencontre

La première phase comprend l'accueil de la demande du/de la client-e, la réalisation d'une anamnèse et la communication au/à la client-e des objectifs, limites et modes d'action de la thérapie complémentaire méthode fasciathérapie. Sur cette base, le/la thérapeute complémentaire méthode fasciathérapie définit avec son/sa client-e un projet d'accompagnement.

Le/la thérapeute adopte une posture de bienveillance et de non jugement, il/elle développe une attitude empathique et cherche à établir une relation de confiance avec son/sa client-e. Cette relation de confiance se construit également à travers le toucher manuel de relation, qui permet au/à la client-e de se sentir entendu-e et respecté-e, par la qualité du toucher à l'écoute de la demande du corps.

6.3.2 Deuxième phase : travail

La deuxième phase comprend les différentes situations de pratiques corporelles : approche manuelle, approche gestuelle et approche introspective. Ces approches dynamisent les forces d'autorégulation de l'organisme, enrichissent la perception de soi, de son corps et de son mouvement, éduquent l'attention et la présence à soi, et renforcent les ressources internes du/de la client-e. Elles offrent au/à la client-e des bases de vécu pour développer une nouvelle réflexion autour des liens entre son contexte de vie, son corps, sa pensée, ses comportements et sa santé, ainsi qu'une réflexion sur la manière dont il/elle peut avoir une influence sur ces différents éléments.

6.3.3 Troisième phase : intégration

Le/la thérapeute complémentaire méthode fasciathérapie veille à ce que les différents vécus des séances puissent être intégrés par le/la client-e. Pour cela, l'accompagnement verbal en cours de pratique et suite à la pratique est essentiel. La sensation étant par nature éphémère, il est important que le/la client-e puisse témoigner de son vécu et décrire ses sensations afin de les valider, leur donner une valeur et les faire exister dans le temps. Il s'agit de permettre au/à la client-e de s'appuyer sur ses sensations nouvelles pour en faire un nouveau référentiel de santé. Ainsi, le vécu d'une globalité corporelle est un exemple d'un nouveau référentiel de santé à préserver afin de se maintenir dans un état physique et psychique de qualité. Le/la client-e qui aura éprouvé ce vécu lors de la pratique corporelle et qui aura pu mettre des mots sur ce vécu et sur ses effets, pourra ensuite s'appuyer sur ce nouveau repère dans son quotidien. Il/elle travaillera aussi avec son/sa thérapeute afin de reconnaître et développer les attitudes et manières d'être favorisant cet état de globalité. Le/la thérapeute proposera en complément des exercices à pratiquer seul-e pour construire et maintenir cet état de globalité.

Le/la thérapeute complémentaire méthode fasciathérapie est soucieux/euse de favoriser au mieux l'évolution positive du traitement. Il/elle réfléchit avec son/sa client-e sur les différentes pistes à emprunter pour favoriser cette évolution. Ainsi, la définition du projet d'accompagnement évolue en cours de suivi, en fonction des informations issues des pratiques corporelles, des échanges entre thérapeute et client-e et de l'évolution de la motivation du/de la client-e sur la base de ce qu'il/elle rencontre lors des séances, ou en dehors.

6.3.4 Quatrième phase : transfert

Le/la thérapeute complémentaire méthode fasciathérapie travaille dans l'optique de favoriser un transfert et une durabilité dans la vie privée et professionnelle du/de la client-e, des vécus et changements expérimentés en séance de soin. Pour cela, le/la thérapeute accompagne et soutient en permanence son/sa client-e dans cette démarche de transfert. Il/elle lui donne des indications afin de favoriser ce lien, par exemple à quoi être attentif et sur quoi s'appuyer dans son quotidien afin d'incarner le changement et ne pas retomber dans un ancien schéma. Il/elle l'encourage à reconnaître et valider ses propres ressources et capacités. Il/elle le questionne aussi en début de séance suivante sur les difficultés qu'il/elle a rencontrées dans la mise en œuvre des changements dans sa vie et travaille sur la recherche de solutions avec son/sa client-e. Le/la thérapeute complémentaire méthode

fasciathérapie soutient, encourage et stimule son/sa client-e dans le développement d'une réflexion nouvelle autour de sa santé et de sa participation active dans ce processus.

Afin de consolider les effets du traitement et de développer l'autonomisation du/de la client-e, le/la thérapeute complémentaire méthode fasciathérapie lui propose également des exercices de mouvement et d'introspection à pratiquer chez lui/elle. Il/elle propose aussi des séances de groupe de pratiques gestuelle et introspective. Ce travail permet d'approfondir et de consolider le processus thérapeutique individuel. Le transfert des apprentissages dans le quotidien des participants est recherché. La dynamique de groupe favorise l'interaction et stimule l'apprentissage par le partage des expériences.

6.3.5 Principe de dialogue et de réciprocité

Le suivi thérapeutique en fasciathérapie est avant tout processuel et se construit dans un rapport de réciprocité entre le/la thérapeute et le/la client-e. Ce principe de réciprocité s'exprime tout d'abord à travers le toucher relationnel, qui est à l'écoute de la demande du corps du/de la client-e et s'adapte en fonction des réponses du corps.

Ce principe de réciprocité s'exprime également à travers le partage d'informations entre thérapeute et client-e en cours de séance. Le/la thérapeute s'informe de comment son/sa client-e vit et reçoit son traitement, quelles sont ses perceptions et son ressenti. Le/la thérapeute se sert de ces informations pour faire évoluer son traitement et adapter ses propositions manuelles et pédagogiques. Les séances évoluent ainsi à travers un échange constructif entre le/la client-e et le/la thérapeute. Le/la thérapeute n'est pas dans une posture de « celui qui sait » envers son/sa client-e, il s'agit au contraire de « cheminer ensemble » dans le processus thérapeutique, sur la base d'un partage d'informations, de connaissances et de compétences.

7. Limites de la méthode

La fasciathérapie est adaptée à tous les âges de la vie. Elle est pratiquée à titre thérapeutique, éducatif et d'accompagnement. Le/la thérapeute complémentaire méthode fasciathérapie ne réalise aucun diagnostic médical et ne prescrit aucun médicament. Il/elle conseille à son/sa client-e de solliciter un avis médical dès qu'il/elle suspecte une situation allant au-delà de ses compétences.

Il/elle reconnaît et respecte ses limites et, selon les situations, propose au/à la client-e de consulter et d'impliquer d'autres professionnels de la santé afin de travailler en complémentarité.

Si le/la client-e ne constate pas d'amélioration de son état de santé et ne sent pas d'effets positifs après une série de 3 à 5 séances, les traitements doivent être arrêtés d'un commun accord entre le/la thérapeute et le/la client-e.

Le toucher utilisé en fasciathérapie est doux et respectueux de la demande du corps. Les risques de mise en lésion sont très faibles. Il existe cependant quelques contre-indications :

- prise en charge de personnes atteintes de troubles psychiatriques en dehors d'une institution et sans formation spécifique pour l'accompagnement de cette population ;
- phlébites, suspicion de caillots ;
- accidents vasculaires cérébraux : attendre trois mois avant d'entreprendre un traitement ;
- les grossesses à risque doivent être suivies par des thérapeutes ayant suffisamment d'expérience.

8. Différenciation des compétences d'action spécifiques à la méthode (facultatif)

9. Ressources spécifiques à la méthode

9.1 Connaissances

9.1.1 Anatomie et physiologie

- Les fascias : classification, rôle, notion d'anatomie dynamique et de physiologie ; les fascias et la biotenségrité ; les fascias au cœur de l'unité somato-psychique
- Anatomie des fascias du système locomoteur, de la sphère crânienne et de la sphère viscérale
- Compréhension des liens corps / psychisme à travers les grands systèmes d'autorégulation du corps – vision spécifique de l'approche en fasciathérapie
- Le sens du mouvement et la perception kinesthésique, la proprioception et l'intéroception, notion d'habitus moteurs et perceptifs et de plasticité cérébrale, le sens du toucher
- Notions de douleur, souffrance, somatisations et troubles somatoformes ; vision spécifique de l'approche en fasciathérapie

9.1.2 Concepts théoriques et pratiques de la fasciathérapie

- Historique de la fasciathérapie, origine et distinction avec l'ostéopathie, évolution, naissance de l'approche gestuelle et introspective et de l'approche éducative de la fasciathérapie, champ d'action
- Le concept du mouvement interne comme principe d'autorégulation et force de croissance, les différentes formes d'expression du mouvement interne
- Les huit voies de résonance d'un choc
- Les composantes du toucher en fasciathérapie : suivi dynamique et point d'appui, toucher symptomatique et toucher de relation, le pousser / glisser
- Le concept du point d'appui et les différents types d'évaluations au point d'appui :
 - le délai d'apparition
 - la phase de confrontation psychotonique
 - le seuil maximum de tension tonique
 - l'effondrement de la tension tonique
 - la naissance d'un nouveau mouvement tonique
- Le modèle du psychotonus: aspects neurophysiologiques et psychologiques, fonction d'adaptation somato-psychique, lien entre tonus physique et tonus psychique
- Le concept de l'accordage somato-psychique

- Le modèle du biorythme sensoriel, et les méthodes d'évaluation et d'harmonisation du biorythme sensoriel
- Le modèle de la biomécanique sensorielle, ses différentes lois et méthodes d'évaluations de la cohérence du mouvement :
 - La loi de linéarité / circularité associé (coordination fondamentale de base)
 - La loi de dissociation des pôles
 - Les schèmes associatifs de mouvements (schèmes de convergences et de divergences)
 - Le micro-jeu articulaire
- Le modèle de la biomécanique sensorielle appliquée à l'appareil locomoteur, à la sphère viscérale et à la sphère crânienne
- Le modèle de la modifiabilité perceptivo-cognitive
- Les 7 étapes du processus thérapeutique en fasciathérapie
- Le concept de la spirale processuelle du Sensible selon D. Bois
- Le concept d'éducabilité perceptive
- Les techniques manuelles d'évaluation et de normalisation appliquées au traitement de l'appareil locomoteur, de la sphère viscérale et du crâne
- Les bases de la rééducation sensorielle en fasciathérapie : la lenteur, la composante linéaire du mouvement, les schèmes associatifs de mouvement, l'attention et l'intention
- Les fondements et les principes pédagogiques de l'approche gestuelle: lenteur, perception, mouvement de base, coordination fondamentale de base, posture, *loi des trois fois*, *loi du boléro de Ravel* (désignant la progressivité des consignes), réciprocité actuante
- Les fondements et les principes pédagogiques de l'approche introspective
- Les grilles catégorielles de guidage attentionnel
- L'entretien verbal à médiation corporelle : ses objectifs et ses différentes phases
- Les postures relationnelles mobilisées en fasciathérapie : la réciprocité actuante, la neutralité active et la directivité informative
- Les différentes étapes d'accompagnement en fasciathérapie : accueil de la demande du/de la client-e, construction d'un projet d'accompagnement partagé avec le/la client-e, travail corporel associant les différents instruments pratiques de la fasciathérapie, intégration des vécus et transfert dans la vie du/de la client-e
- L'entretien d'anamnèse en fasciathérapie

9.1.3 Vision de l'homme et de la santé

- Le concept de la potentialité et la psychologie humaniste

- La santé perceptuelle et l'éducation thérapeutique
- Le soin, le prendre soin et la formation expérientielle
- Les différents statuts du corps : corps objet, corps sujet et corps sensible
- Introduction à la philosophie du paradigme du Sensible

9.2 Aptitudes

9.2.1 Aptitudes liées à l'approche manuelle

- Mobiliser les forces d'autorégulation du corps à travers le point d'appui manuel
- Développer une écoute manuelle tissulaire, savoir capter la demande du corps et adapter son geste thérapeutique en fonction
- Appliquer le toucher de relation et le toucher symptomatique dans un même geste thérapeutique
- Appliquer le pousser /glisser dans son geste manuel
- Savoir reconnaître et concerner dans son geste manuel de manière discriminative les différents fascias du corps
- Pratiquer les différentes techniques d'accordage somato-psychique manuel
- Aborder le traitement du système neurovégétatif et des états de stress
- Faire une lecture de l'organisation des tensions et des immobilités dans le corps selon les techniques d'évaluation au point d'appui et selon la biomécanique sensorielle et le biorythme sensoriel
- Appliquer les différentes techniques apprises dans les différentes régions du corps : appareil locomoteur, sphères viscérale et crânienne
- Appliquer les principes de pulsologie directe et provoquée, les techniques de pompages et drainages liquidiens

9.2.2 Aptitudes liées aux approches gestuelle et introspective

- Appliquer les principes pédagogiques de l'approche gestuelle : lenteur, perception, mouvement de base, coordination fondamentale de base, posture, *loi des trois fois*, *loi du boléro de Ravel*, réciprocité actuante
- Connaître et enseigner les techniques d'accordage somato-psychique gestuel
- Appliquer les principes de la rééducation sensorielle aux troubles de la posture et de la fonctionnalité du geste
- Connaître et pratiquer les principes pédagogiques d'animation de l'introspection sensorielle et de l'approche gestuelle en groupe

9.2.3 Aptitudes liées aux méthodologie d'accompagnement du/de la client-e dans son processus thérapeutique

- Communiquer de manière claire sur la définition de la thérapie complémentaire méthode fasciathérapie, ses objectifs, ses possibilités et ses limites
- Construire un projet de soin et d'accompagnement sur la base des informations verbales, tissulaires et gestuelles livrées par son/sa client-e et partagées avec celui-ci/celle-ci ; redéfinir au besoin le projet d'accompagnement en cours de suivi et en dialogue avec le/la client-e en fonction des difficultés, résistances, attentes, objectifs, nouveautés, évolutions rencontrés
- Mener un entretien à médiation corporelle adapté au/à la client-e et au projet d'accompagnement, et dans le suivi d'un accordage manuel, gestuel et introspectif
- Accompagner le passage entre sensation corporelle, information intelligible et transfert dans sa vie
- Intégrer la lecture des modèles théoriques de la modifiabilité perceptivo-cognitive, de la spirale processuelle du rapport au Sensible et des 7 étapes du processus de transformation, dans l'accompagnement du/de la client-e dans son processus thérapeutique
- Adapter et associer les différents instruments de la fasciathérapie par rapport aux besoins et ressources du/de la client-e
- Créer du lien entre deux séances en proposant des exercices à réaliser chez soi
- Pratiquer l'entretien en différé sur les apports et les difficultés rencontrés entre les deux séances
- Accompagner le/la client-e dans les différentes étapes de son processus thérapeutique, de l'entretien d'anamnèse et la formulation du projet d'accompagnement à l'évaluation des gains et de la capacité de transfert et d'autonomisation du/de la client dans sa démarche de santé

9.2.4 Compétences transversales aux approches manuelle, gestuelle et d'accompagnement

- Aborder l'unité somato-psychique à travers le toucher manuel, l'accompagnement gestuel et l'entretien verbal
- Savoir adapter et réguler son geste en permanence, en temps réel de l'action en fonction des informations issues de l'immédiateté
- Appliquer les lois de la biomécanique sensorielle dans son propre corps en mouvement et dans ses gestes d'accompagnement manuel et gestuel
- Adopter la posture de réciprocité actuante et de neutralité active dans la relation à son/sa client-e et dans les différents temps d'accompagnement (manuel, gestuel, introspectif et verbal)

- Mobiliser une pédagogie à directivité informative afin de permettre au/à la client-e d'accéder à de nouvelles perceptions et informations dans son rapport au corps et dans sa démarche de santé
- Adapter ses gestes thérapeutiques et éducatifs aux compétences perceptivo-cognitives du/de la client-e
- Favoriser les processus d'éducabilité perceptive et le déploiement des potentialités du/de la client-e, orienter l'attention sur les ressources corporelles et l'enrichissement de la perception de soi

9.3 Attitudes

- Se former soi-même pour mieux accompagner l'autre
- Etre capable d'évoluer dans sa perception corporelle et de maintenir une relation à soi-même de qualité sur la base du Sensible, à travers une pratique personnelle des outils de la fasciathérapie
- Adopter une attitude de non jugement envers son/sa client-e, de respect et de bienveillance
- Adopter une attitude de neutralité active et de réciprocité actuante dans la conduite de ses actions thérapeutiques
- Impliquer le/la client-e dans le soin et dans le choix des orientations thérapeutiques, en le/la considérant acteur/actrice de sa démarche de santé
- Favoriser les processus d'autonomisation du/de la client-e
- Mener une réflexion sur et à partir de sa pratique afin de mieux comprendre les processus thérapeutiques et éducatifs en jeu, être capable de se questionner et se remettre en question, pour une évolution de sa pratique
- Reconnaître ses compétences et ses limites dans sa pratique professionnelle, savoir référer son/sa client-e à des collègues et partenaires de santé au besoin

10. Positionnement

10.1 Rapport de la méthode avec la médecine alternative et classique

La fasciathérapie s'inscrit dans une complémentarité avec la médecine classique et alternative. Elle peut être pratiquée de façon indépendante, ou avant, pendant et à la suite d'un traitement de médecine classique ou alternative. Le/la thérapeute complémentaire méthode fasciathérapie recommande à son/sa client-e de demander un avis médical si nécessaire. Il/elle s'informe également des différents diagnostics posés, de la prise éventuelle de médicaments de son/sa client-e, et en tient compte dans son suivi thérapeutique.

10.2 Délimitation de la fasciathérapie par rapport à d'autres méthodes et professions

10.2.1 Spécification par rapport à l'ostéopathie

Issue de l'ostéopathie, la fasciathérapie partage des éléments essentiels avec elle, dont la vision du corps humain comme une unité fonctionnelle, et la prise en compte d'une force interne d'autorégulation. Elle s'en distingue cependant sur les points suivants :

- Le toucher de relation, propre à la fasciathérapie, ouvre sur l'aspect somato-psychique qui se distingue du courant psychosomatique répandu en ostéopathie. En fasciathérapie, c'est du corps qu'émane une dynamique processuelle qui mène vers une nouvelle compréhension de son vécu.
- En fasciathérapie, bilan et traitement sont contemporains : le/la thérapeute évalue en permanence les effets de son geste, l'adapte et choisit en temps réel la suite de son traitement. En ostéopathie, il y a une phase de tests, suivi d'une phase de traitement, puis d'une nouvelle phase de tests de contrôle.
- En fasciathérapie, les bilans se réalisent au travers de la perception du/de la thérapeute et non pas, comme en ostéopathie, selon des tests actifs ou de densité.
- L'ostéopathie privilégie le traitement manuel alors que la fasciathérapie associe à la thérapie manuelle trois outils supplémentaires (l'approche gestuelle, l'approche introspective et l'entretien verbal) qui enrichissent la perception de soi et développent de nouvelles compétences en matière de santé, favorisant l'autonomisation du/de la client-e dans son mieux-être.
- La fasciathérapie, au même titre que l'autonomisation qu'elle propose aux clients, offre des outils de développement de soi au/à la thérapeute. Ces outils (approches

introspective et gestuelles) ont pour vocation d'améliorer la relation du/de la thérapeute à lui/elle-même, d'affiner ses perceptions et de développer de compétences en matière de gestion de sa santé physique et psychique, ce qui enrichit la qualité de sa pratique professionnelle. Ces outils ne sont pas proposés par l'ostéopathie.

10.2.2 Spécification par rapport à la thérapie cranosacrée

La fasciathérapie et la thérapie cranosacrée travaillent toutes deux avec un ou des mouvements internes plus ou moins lents. Elles se différencient cependant sur les points suivants :

- Alors que le thérapeute complémentaire méthode de la thérapie cranosacrée pose premièrement son attention sur le rythme du liquide céphalo-rachidien et les différents rythmes du corps, le thérapeute complémentaire méthode fasciathérapie pose premièrement son attention sur le mouvement interne au sein des fascias et sur les modulations du tonus.
- Les traitements en thérapie cranosacrée et en fasciathérapie ont tous deux pour effet de favoriser un état d'intériorisation chez le/la client-e. La fasciathérapie propose également des pratiques d'introspections sensorielles en groupe, guidées verbalement par le thérapeute.
- Comme outil d'autonomisation du/de la client-e, la fasciathérapie propose une pratique gestuelle, soit en individuel après une séance de thérapie manuelle soit en séance de groupe, alors que la thérapie cranosacrée n'en propose pas.

10.2.3 Spécification par rapport à l'Intégration structurale (Rolfing)

La fasciathérapie et l'intégration structurale ont en commun de cibler leur action sur les fascias afin d'en rétablir les différentes fonctions (élasticité, glissement, plasticité, etc). Elles se différencient cependant sur les points suivants :

- Alors que la méthode de l'intégration structurale a été développée par le Dr. Ida Rolf (1893-1970) suite à ses recherches sur les connaissances psychiques, physiques et psychosomatiques concernant les thérapies manuelles et cinétiques de son époque (années 40), la fasciathérapie s'inscrit dans la philosophie ostéopathique par référence aux idées de Still et s'appuie sur les théories et concepts de fasciathérapie issus des travaux du Pr. Danis Bois (1949-). Elle repose sur la prise en compte au sein du corps d'une force interne d'autorégulation appelée le *mouvement interne*, qui n'est pas présente dans l'intégration structurale.
- Alors que l'intégration structurale travaille avec des applications de pressions et de tractions qui influencent le système hydrostatique des tissus, le toucher en fasciathérapie se caractérise par une alternance de mobilisations tissulaires lentes et de points d'appui.
- Alors que le travail en mouvement de l'intégration structurale vise à obtenir une station verticale sans efforts et d'améliorer les interactions entre les différents

segments corporels et leur relation avec la gravité, l'approche gestuelle de la fasciathérapie vise à développer la dimension perceptive du geste et à accorder l'effectuation du geste avec son mouvement interne.

10.2.4 Spécification par rapport au Rebalancing

Le Rebalancing et la fasciathérapie prennent tous deux en compte les fascias dans leurs traitements et ont pour objectif de rétablir l'équilibre physique, psychique et émotionnel des clients-tes. Elles se différencient cependant sur les points suivants:

- La fasciathérapie repose sur la prise en compte au sein du corps d'une force interne d'autorégulation appelée le *mouvement interne* qui n'est pas présente dans le Rebalancing.
- Alors que le/la thérapeute méthode du Rebalancing réalise un premier bilan par une lecture visuelle du corps (Körperlesung) du/de la client-e, le/la thérapeute méthode fasciathérapie fait ses premiers bilans par une lecture manuelle de l'état de tensions des fascias et de la présence ou non du mouvement interne dans les différentes régions du corps.
- La méthode Rebalancing repose sur un système de 10 sessions successives alors que la méthode fasciathérapie ne propose pas un nombre de séances pré-défini. Celui-ci varie selon le/la client-e et de ses ressources de vitalité du moment.

11. Etendue et structure de la formation TC pour la partie spécifique à la méthode

La formation en fasciathérapie dure au minimum trois ans et comprend au moins 1250 heures de formation (heures de contact et travail personnel), dont au moins 500 sont des heures de contact.

Le contenu de la formation repose sur l'acquisition des connaissances, aptitudes et attitudes définies dans le point 9.

Bibliographie

- Angibaud, A. (2011). *La fasciathérapie et le mal être. La voie du corps sensible dans la gestion du mal être somato-psychique*. Porto : Universidade Fernando Pessoa, master en psychopédagogie perceptive.
- Arni, C. (2009). *Corps et formation en fasciathérapie: Une nouvelle pratique du toucher à l'épreuve de la phénoménologie*. Louvain-la-Neuve : Université Catholique de Louvain, Faculté de psychologie et des sciences de l'éducation, Institut de Formation en sciences de l'éducation, FOPA, mémoire de licence.
- Berger, E. (2006). *La somato-psychopédagogie ou comment se former à l'intelligence du corps*. Ivry sur Seine : Point d'Appui.
- Berger, E. (2009). *Rapport au corps et création de sens en formation d'adultes – Etude à partir du modèle somato-psychopédagogique*. Paris : Université Paris 8, Ecole doctorale 401 en sciences sociales, thèse de doctorat.
- Berger, E. & Bois, D. (2002). Le sensible et le mouvement : la Méthode Danis Bois entre neurosciences et philosophie de l'action. *Thérapie psychomotrice et recherche*, n° 123, p. 80-89.
- Bois, D. (1984). *Concepts fondamentaux de fasciathérapie et de pulsologie profonde*. Paris : Editions Maloine.
- Bois, D. (1985). *Fascias, sang, rythmes, complices dans les pathologies fonctionnelles*. Paris : SPEK.
- Bois, D. (1989). *La vie entre les mains*. Paris : Guy Tredaniel.
- Bois, D. (1990). *Une thérapie manuelle de la profondeur*. Paris : Trédaniel.
- Bois, D. (2002). Intérêt de la perception kinesthésique dans le cadre de la rééducation. *Profession Kiné Plus*, septembre 2002, p. 10-15.
- Bois, D. (2006). *Le moi renouvelé, introduction à la somato-psychopédagogie*. Paris : Point d'Appui.
- Bois, D. (2007). *Le corps sensible et la transformation des représentations chez l'adulte - Vers un accompagnement perceptivo-cognitif à médiation du corps sensible*. Séville : Université de Séville, Département didactique et organisation des institutions éducatives, thèse de doctorat européen.
- Bois, D. (2008). De la fasciathérapie à la somato-psychopédagogie : analyse biographique du processus d'émergence de nouvelles disciplines, in *Réciprocités*, n°2, mai 2008, p. 6-18.
- Bois, D. & Austry, D. (2007). Vers l'émergence du paradigme du Sensible. *Réciprocités*, n°1, novembre 2007, p. 6-22.

- Bois, D. & Bourhis, H. (2010). Approche somato-psychique dans le champ de l'éducation à la santé : analyse biographique du récit de vie d'un patient formateur à l'épreuve du cancer. *Pratiques de formation et analyses*, n° 58-59, p. 229-246.
- Bois, D., Josso, M.-C. & Humpich, M. (dir.) (2009). *Sujet sensible et renouvellement du moi, les apports de la fasciathérapie et de la somato-psychopédagogie*. Ivry : Point d'appui.
- Bouchet, V. (2006). *Psychopédagogie perceptive et motivation immanente : étude du rapport à la motivation dans un accompagnement à médiation corporelle d'adultes en quête de sens*. Lisbonne : Université moderne de Lisbonne, mémoire de mestrado en psychopédagogie perceptive.
- Bouchet, V. (2015). *Accompagnement en Psychopédagogie perceptive et Estime de soi – Recherche qualitative et quantitative auprès d'une population de personnes accompagnées en psychopédagogie perceptive*. Porto : Université Fernando Pessoa, Sciences sociales, spécialité psychologie, thèse de doctorat.
- Bourhis, H. (2009). La directivité informative dans le guidage d'une mise en sens de la subjectivité corporelle : une méthodologie pour mettre en évidence des donations de sens du corps sensible. In D. Bois, M.-C. Josso & M. Humpich (dir.), *Sujet sensible et renouvellement du moi*. Ivry-sur-Seine : Point d'Appui, p. 245-270.
- Bourhis, H. (2009). Pédagogie du Sensible et enrichissement des potentialités perceptives : accéder à la réciprocité actuante. In D. Bois & M. Humpich (dir.), *Vers l'accomplissement de l'être humain: Soins, croissance et formation*. Ivry-sur-Seine : Éditions Point d'appui, p. 293-304.
- Bourhis, H. (2012). *Toucher manuel de relation sur le mode du Sensible et Intelligence sensorielle*. Paris : Université Paris 8, Sciences Sociales, thèse de doctorat .
- Bourhis, H. & Bois, D. (2010). La mobilisation introspective du Sensible : un mode opératoire visant l'enrichissement perceptif, la saisie et la mise en sens de la subjectivité corporelle. *Réciprocités*, n° 4, janvier 2010, p. 6-12.
- Convard, C. (2013). *Fasciathérapie et anxiété sportive – Étude des effets de séances de fasciathérapie sur l'anxiété de 5 compétitrices en gymnastique rythmique*. Porto : Université Fernando Pessoa, mémoire de Mestrado en kinésithérapie sportive.
- Courraud, C. (2004). La fasciathérapie : vers une approche novatrice de la douleur physique et de la souffrance psychique. *SNKG : courrier des adhérents*, Janvier-Février-Mars 2014, p. 12-16.
- Courraud, C. (2007). *Toucher psychotonique et relation d'aide : l'accompagnement de la personne dans le cadre de la kinésithérapie et de la fasciathérapie*. Lisbonne : Université Moderne de Lisbonne, mémoire de mestrado en psychopédagogie perceptive.
- Courraud, C. (2007). Fasciathérapie et relation d'aide. Le toucher psychotonique et son application sur la relation d'aide au patient en kinésithérapie. *Mains Libres*, n°4, juillet 2007, p. 151-158.
- Courraud-Bourhis, H. (2005). *Biomécanique sensorielle et biorhythmie*. Paris : Point d'Appui, les cahiers de la mdb.

- Dupuis, C. (2012). *Fibromyalgie, douleur et fasciathérapie: Etude des effets somatiques, psychiques et sociaux*. Porto : Université Fernando Pessoa, mémoire de mestrado en psychopédagogie perceptive.
- Duval, T. (2010). *Fasciathérapie et transformation du rapport à la santé : Etude auprès de patients suivis en fasciathérapie*. Porto : Universidade Fernando Pessoa, master en psychopédagogie perceptive.
- Eschalièr, I. (2005). *La fasciathérapie : Une nouvelle méthode pour le bien-être*. Paris : Le Cherche Midi.
- Eschalièr, I. (2009). *La gymnastique sensorielle pour tous*. Paris : Guy Trédaniel éditeur.
- Findley, T. (2009). *Second international fascia research congress*. International Journal of Therapeutic Massage & Bodywork, 2(2), p. 1.
- Gendlin, E.T. (1962). *Experiencing and the creation of meaning: a philosophical and psychological approach to the subjectivitive*. New York : Free Press.
- Gros, M. (2009). *L'enseignement de l'annonce de maladie grave dans la formation médicale : enjeux, état des lieux, impacts*. Lyon I : Lyon-Sud, Th. Méd.
- Honoré, B. (1992). *Vers l'œuvre de formation. L'ouverture à l'existence*. Paris : L'Harmattan.
- Honoré, B. (2003). *Pour une philosophie de la formation et du soin : La mise en perspective des pratiques*. Paris : L'Harmattan.
- Leao, M. (2002). *Le prémouvement anticipatoire, la présence scénique et l'action organique du performer, Méthodes d'entraînement à travers la méthode Danis Bois*. Paris: Université de Paris VIII, UFR Arts, Philosophie et Esthétique, thèse de doctorat en Esthétique, Science et Technologie des Arts – Option Études Théâtrales et Chorégraphiques.
- Maine de Biran (1995). *De l'aperception immédiate. Œuvres complètes (tome IV)*. Paris : Vrin.
- Marchand, H. (2010). Le point d'appui manuel en fasciathérapie : outil d'évaluation et de normalisation. *Mains libres*, n° 7, 2010, p. 1-5.
- Marty, M.C. (2012). *Émergence et transformation du concept et de la pratique du point d'appui*. Porto : Université Fernando Pessoa, mémoire de Mestrado en psychopédagogie perceptive.
- Maslow, A. (1972). *Vers une psychologie de l'être*. Paris : Fayard.
- Noël, A. (2000). *La gymnastique sensorielle : un nouveau regard sur le mouvement*. Paris : Editions Point d'Appui.
- Payrau, B., Quéré, N. & Bois, D. 2011, Vascular fasciatherapy Danis Bois method : a study on mechanism concerning the supporting point applied on arteries. *International Journal of Therapeutic Massage and Bodywork*, volume 4, Number 4, December 2011. Indexed in Medline.
- Quéré, N. (2004) *La pulsologie méthode Danis Bois*. Paris : Editions Point d'appui.
- Quéré, N. (2010). *La Fasciathérapie Méthode Danis Bois et les fascias sous l'éclairage des recherches scientifiques actuelles. Aspects tissulaires, vasculaires, cellulaires et*

- biochimiques*. Porto : Université Fernando Pessoa, mestrado en psychopédagogie perceptive.
- Quéré, N. (2010). Impacts du traitement en fasciathérapie vasculaire -Méthode Danis Bois- sur les phénomènes inflammatoires du stress. *Mains Libres*, n°1, janvier 2010, p.1-11.
- Quéré, N., Noël, E., Lieutaud, A. & D'Alessio, P. (2008), Fasciatherapy combined with pulsology touch induces changes in blood turbulence potentially beneficial for vascular endothelium. *Journal of Bodywork and Movement Therapy*, doi:10.1016/j.jbmt.2008.06.012.
- Rogers, C. (1970). *La relation d'aide et la psychothérapie*. Paris : ESF.
- Roosen, P., Rosier, P., Sercu, P., Vanden Borre, K., De Ridder R. & Mahieu, N. (2011). The influence of a single fasciatherapy treatment (Danis Bois) on the muscle strength of young sportsmen with a subacute ankle sprain. *Fasciacongress*, Vancouver, 2011.
- Rosenberg, S. (2007). *Le statut de la parole du sensible*. Lisbonne : Université Moderne de Lisbonne, mémoire de mestrado en psychopédagogie perceptive.
- Rosenberg, S. (2009). La parole du Sensible : de l'expérience en première personne au point de vue en première personne. In D. Bois & M. Humpich (dir.), *Vers l'accomplissement de l'être humain : soin, croissance et formation*. Ivry sur Seine : Point d'Appui, p. 309-326.
- Rosier, P. (2012). *La Fasciathérapie Méthode Danis Bois et la récupération physique, mentale et somato-psychique du sportif de haut niveau. Evaluation quantitative et qualitative auprès d'une population de sportifs de haut niveau*. Porto : Université Fernando Pessoa, thèse de doctorat.
- Schleip, R. (2003). Fascial plasticity - a new neurobiological explanation : Part 1. *Journal of Bodywork and movement therapies*, 7(1) , p. 11–19.
- Schleip, R., Klingler, W. & Lehmann-Horn, F. (2005). Active fascial contractility : Fascia may be able to contract in a smooth muscle-like manner and thereby influence musculoskeletal dynamics. *Medical hypotheses*, 65(2), p. 273–277.
- Sercu, P. (2011). *Rééducation sensorielle auprès de patients souffrant de douleur aspécifique du dos - Influence sur le confort du mouvement et la douleur*. Porto : Université Fernando Pessoa, mémoire de master de psychopédagogie perceptive.
- Simmonds, N., Miller, P. & Gemmell, H. (2010). A theoretical framework for the role of fascia in manual therapy. *Journal of Bodywork and Movement Therapies*.
- Spinoza, B. (1954). *L'éthique*. Paris : Gallimard.
- Van der Wal, J.C. (2009). The architecture of the connective tissue in the musculoskeletal system – an often overlooked functional parameter as to proprioception in the locomotor apparatus. *Fascia Research II, proceedings of the Second Fascia Congress*. Ulm University, The Netherlands : FRC; p. 21–35.