

Étude exploratoire des effets de la fasciathérapie sur la douleur de patients fibromyalgiques

Exploratory study on the effects of fasciatherapy on pain of people suffering from fibromyalgia

CYRIL DUPUIS

MSc, CERAP (Centre d'Etude et de Recherche Appliquée en Psychopédagogie)

Keywords

Fibromyalgia, chronic pain, fasciatherapy, fascia, mixed methodology, manual therapy, physiotherapy, touch.

Mots clés

Fibromyalgie, douleur chronique, fasciathérapie, fascia, méthodologie mixte, thérapie manuelle, physiothérapie, toucher

Abstract

This exploratory study is an initial evaluation of a global approach into fibromyalgia. The qualitative study enriches the information found in the literature such as exacerbated cutaneous sensibility, chronic pain and pain increase in case of non respect of internal indicators.

It appears that fibromyalgia patients' physiotherapy treatments can be done at different levels. Firstly, the therapeutic education based on the development of internal indicators has a real interest in the long term. Also, fasciatherapy's specific touch procures a period of pain relief, often under-estimated by the therapist. Finally, pain assessment is more accurate if it takes into account the patient's subjectivity.

Résumé

Cette étude exploratoire a permis de faire une première évaluation de l'intérêt d'une approche globale du patient fibromyalgique. L'analyse qualitative précise certaines données rencontrées dans la littérature. Ainsi, apparaît une réactivité cutanée exacerbée, une douleur chronique à tendance obsédante et une douleur qui n'augmente à l'effort que si celui-ci ne tient pas compte des indicateurs internes.

Il ressort que la prise en charge du patient fibromyalgique en kinésithérapie peut se faire à différents niveaux. D'abord, l'éducation thérapeutique, basée sur le développement des indicateurs internes a un réel intérêt à moyen et long terme. Ensuite, le toucher utilisé en fasciathérapie procure un temps de répit souvent sous-estimé par le thérapeute. Enfin, l'évaluation de la douleur est d'autant plus précise qu'elle prend en compte la subjectivité du patient.



Introduction

Cet article présente une prise en charge globale et manuelle de la douleur de la fibromyalgie. Il présente la complexité du syndrome fibromyalgique (grandes variations individuelles, subjectivité de la douleur, intrication des symptômes physiques et psychologiques, etc) et de sa prise en charge en kinésithé-

rapie, ostéopathie et/ou fasciathérapie. En cela il se positionne dans le champ de la douleur chronique, en évolution permanente.

La méthodologie mixte, de plus en plus appréciée pour l'évaluation des thérapies manuelles⁽¹⁾, s'est révélée pertinente et a permis de faire ressortir des résultats inattendus, notam-

ment sur les facteurs cognitifs et comportementaux. Cette approche a ainsi permis d'évaluer les aspects cognitifs, affectifs et perceptifs de la douleur liés à la douleur chronique, comme recommandé lors du dernier World Congress of Physical Therapy⁽²⁾.

La fibromyalgie

La fibromyalgie est en partie définie par la présence de douleurs persistant depuis plus de trois mois et appartient ainsi à la famille des douleurs chroniques. Il s'agit d'une maladie complexe avec une symptomatologie dominée par des douleurs diffuses accompagnées d'une fatigue et de troubles du sommeil, dans un contexte d'anxiété et de dépression⁽³⁾. La Haute Autorité de Santé (HAS) définit la douleur de la fibromyalgie comme singulière : « diffuse, persistante, variable » et pouvant « prendre la forme d'une hyperalgésie ou d'une allodynie. »⁽⁴⁾. Cette douleur est variable dans sa localisation, son intensité, sa durée et sa réponse aux approches antalgiques. La fatigue est chronique et associée à des troubles du sommeil. Il y a peu d'évolution quand on observe les patients sur le long terme⁽⁵⁾. Il existe des troubles associés^(a) dont la présence n'est pas systématique mais suffisamment caractéristique pour qu'ils soient pris en compte dans les nouveaux critères diagnostiques de l'American College of Rheumatology⁽⁶⁾.

La fibromyalgie est de plus en plus diagnostiquée et suscite un nombre croissant de consultations de kinésithérapie. Ses particularités suscitent souvent des interrogations de la part des soignants. Une des caractéristiques troublantes est qu'il n'existe pas de traitement univoque⁽⁷⁾ et que chaque patient réagit de manière singulière aux traitements proposés. Si des études montrent que certains types de massages apportent un bénéfice⁽⁸⁾, le massage classique est généralement mal supporté.

Historique

La description d'un syndrome douloureux chronique médicalement inexplicable existe depuis le XIX^e siècle. Dès le début, cette pathologie soulève des doutes. En 1948, *Cyriax* écrivait : « la fibrosite primaire est une maladie imaginaire »⁽⁹⁾. Dans les années 70, en l'absence de signe inflammatoire, *Hench* propose le terme fibromyalgia alors que *Yunus* établit des critères diagnostiques. En 1990, l'American College of Rheumatology (ACR) définit des critères d'inclusion pour unifier les groupes de patients. Ils ont été renouvelés en 2010⁽⁶⁾. En 1992, l'OMS fait entrer la fibromyalgie dans la Classification Internationale des Maladies. À partir de 2000, des détracteurs publient des articles qui remettent en cause l'existence de la fibromyalgie. Dans le même temps paraissent les premiers travaux basés sur l'imagerie cérébrale dynamique qui permettent d'objectiver la douleur fibromyalgique⁽¹⁰⁾. En France, l'Académie de médecine publie un rapport sur la fibromyalgie⁽³⁾ en 2007 et trois ans plus tard, la HAS émet un rapport d'orientation sur la fibromyalgie de l'adulte⁽⁴⁾.

Épidémiologie

2 à 4 % de la population est concernée, avec un homme pour 9 femmes^(3,4).

Étiologie

Il n'est pas possible aujourd'hui d'établir une cause à la fibromyalgie⁽³⁾. Si l'étymologie de fibromyalgie vient de « muscle », aucune étude ne met en évidence une atteinte du muscle. L'OMS classe la fibromyalgie dans les « autres affections des tissus mous » et non dans les « troubles musculaires ».

La complexité du syndrome fibromyalgique incite parfois à classer cette pathologie dans les troubles psychiatriques⁽³⁾. Cependant, la majorité des études montrent que « des facteurs purement comportementaux ou psychologiques ne sont pas à l'origine de la douleur »⁽¹¹⁾.

Un certain nombre d'études ont relevé un pourcentage important de patients rapportant des traumatismes de l'enfance, ce qui a conduit à évoquer ceci comme étiologie. Le glissement entre traumatismes rapportés a posteriori et facteur étiologique est périlleux⁽¹²⁾ et totalement infirmé par des études prospectives⁽¹³⁾. Au début des années 2000 a été évoqué une origine sociale, cependant, des études sur une population à l'écart de la modernité montrent une prévalence identique⁽¹⁴⁾. L'existence de formes familiales a amené l'hypothèse d'une prédisposition génétique. Une revue sur « les facteurs génétiques qui peuvent sous-tendre ces susceptibilités »⁽¹⁵⁾ suggère une possible interaction gène-environnement dans l'apparition de la fibromyalgie⁽¹⁶⁾.

Il existe des troubles du sommeil profond (phases 3 et 4)⁽¹⁷⁾ qui est la phase la plus « analgésique » du sommeil et qui est perturbée par des périodes de « micro-éveils ». Il faut noter que sommeil et douleur sont intriqués et qu'il est possible que ce soit la douleur qui perturbe le sommeil. Par ailleurs, on retrouve une altération des systèmes neuroendocriniens, avec perturbation du cortisol, de l'hormone de croissance, une activité réduite de l'axe hypothalamo-hypophysio-surrénalien et une altération des neurotransmetteurs. Cependant, ces modifications pourraient être des conséquences plutôt que des causes⁽³⁾.

Une douleur répétée entraîne une sensibilisation du système nerveux central qui se traduit par une hyperalgésie et une allodynie. L'imagerie médicale dynamique a permis d'objectiver un dysfonctionnement du traitement central de la douleur. Ainsi, à pression identique, « la réponse neuronale après stimulation était systématiquement plus importante chez les sujets fibromyalgiques. De plus, ces patients montraient également une activation plus élevée dans un plus grand nombre de régions liées au traitement de la douleur »⁽¹⁸⁾. Cependant, si cette hypothèse prédomine dans la littérature actuelle, elle n'explique pas la totalité de la symptomatologie.

Enfin, si les signes habituels de l'inflammation (VS et CRP) sont négatifs, des études dosant très précisément la CRP et d'autres portant sur des biopsies montrent une faible inflammation⁽¹⁹⁾. *Liptan* émet l'hypothèse que « la dysfonction et l'inflammation du tissu conjonctif intramusculaire [...] est à l'origine de la sensibilisation centrale » et déduit « Si cette hypothèse est confirmée, elle pourrait conduire à enrichir considérablement les possibilités de traitement en incluant les thérapies manuelles qui s'adressent au fascia ».

La personne souffrant de fibromyalgie

La douleur de la fibromyalgie est décrite par la HAS⁽⁴⁾ comme singulière et les patients ayant une certaine expertise disent souvent faire la différence entre douleur de la fibromyalgie et douleurs autres. Les troubles de la mémoire et l'alexithymie^(b) sont plus des conséquences de la douleur chronique que caractéristiques de la fibromyalgie.

Des études montrent qu'avant l'apparition de la pathologie, il existait un mode de vie extrêmement actif. Ceci contraste fortement avec la comorbidité dépressive, qui est souvent majoré par un retrait des activités sociales « lié au caractère imprévisible de la douleur et à une sensation d'épuisement »⁽⁷⁾.

Le fascia

Le fascia a été longtemps considéré comme un simple tissu d'enveloppe, et lors des dissections, il constitue souvent « la substance blanche d'enveloppe qu'il faut enlever avant de pouvoir « voir quelque chose » »⁽²⁰⁾. Au cours de la dernière décennie, il a suscité un nombre croissant de recherches⁽²⁰⁾, et lors du 4th Fascia Research Congress^(c), une définition en deux parties a été présentée. La première envisage le fascia comme un tissu dissécable, un ensemble de cellules similaires, de même origine, assurant une même fonction. Elle se rapproche de la Terminologia Anatomica qui distingue fascia superficiel, fascia profond et fascia viscéral. La seconde partie envisage également le fascia comme un organe (un ensemble de tissus regroupés ayant des particularités anatomiques et fonctionnelles) et comme un véritable système (un groupe inter-agissant, inter-relié et inter-dépendant d'éléments formant un ensemble complexe). Le fascia est ainsi omniprésent et forme un réseau unifiant les différentes parties du corps. Son rôle dans la régulation de l'inflammation, la nociception et la répartition des contraintes mécaniques en font une cible privilégiée dans le traitement de la fibromyalgie.

L'équilibre tensionnel

La transmission de contraintes mécaniques est l'une des premières fonctions du fascia ayant été mise en évidence⁽²¹⁾. Aujourd'hui, de nombreuses études montrent que le fascia est capable non seulement de transmettre une force longitudinalement⁽²²⁾, mais également aux structures adjacentes (muscles antagonistes compris)^(23, 24, 25).

Au niveau histologique, les travaux de *Langevin* ont montré récemment que les fibroblastes du fascia aréolaire main-

tenaient une tension, un tonus basal permettant de garder une sous-hydratation du tissu et ainsi une régulation des échanges trophiques et des propriétés visco-élastiques du fascia⁽²⁶⁾. Des études sur cette dernière propriété ont montré que l'acide hyaluronique présent dans le fascia était crucial dans la gestion de l'activité musculaire et qu'un déséquilibre pouvait créer une raideur ou activer le système nociceptif⁽²⁷⁾ et d'autres études ont montré que les thérapies manuelles avaient un impact direct sur l'acide hyaluronique⁽²⁸⁾.

La contractilité

Depuis une dizaine d'années, un nombre croissant d'études montrent que les fibroblastes, cellules clés du fascia, sont capables de se spécialiser et de se doter de propriétés contractiles en devenant des myofibroblastes⁽²⁹⁾. Ainsi, le fascia est capable de répondre à une contrainte mécanique en se dotant de capacités contractiles. *Schleip* envisage ainsi qu'il puisse y avoir de véritables contractures fasciales⁽³⁰⁾. D'autre part, le fait qu'on retrouve un nombre important de myofibroblastes dans des pathologies telles que le syndrome de *Dupuytren* ou l'épaule gelée, mais également dans les lombalgies chroniques, certains auteurs proposent la notion de « lombes gelées »⁽³¹⁾. Ainsi, le fascia peut, par ses capacités de contraction, être à l'origine de douleurs ou de modifications de l'équilibre tensionnel du corps. Si ce phénomène n'intervient pas directement dans la fibromyalgie, il peut cependant être à l'origine de douleurs secondaires.

La sensibilité

Si la sensibilité du fascia a pu poser question par le passé, il est maintenant démontré qu'il possède des capacités sensibles riches. On retrouve dans le fascia à la fois des terminaisons libres et des capteurs sensoriels (*Golgi*, *Paccini* et *Ruffini* : voir [tableau 1](#))

Il semblerait même que la majeure partie de la proprioception et de l'intéroception soient assurées par les récepteurs intra-fasciaux, faisant du fascia « l'organe le plus sensoriel »⁽³²⁾.

Du point de vue de la nociception, *Schilder* a montré que le fascia était plus sensible à la douleur que le muscle ou la peau⁽²⁵⁾ et qu'il était la seule structure à solliciter la part émotionnelle de la douleur. Une autre étude a permis de mettre en évidence qu'une stimulation des nocicepteurs du fascia pouvait déclencher une activité nociceptive dans les territoires adjacents, y compris dans des métamères différents⁽³³⁾.

Type	Rôles
Récepteurs de Golgi	Stimulés par les contractions et étirements puissants
Récepteurs de Paccini	Proprioception et feedback de l'information proprioceptive
Récepteurs de Ruffini	Stimulés par les pressions prolongées
Mécanorécepteurs interstitiels (type III et IV)	Stimulés par les pressions et tractions lentes et profondes

› Tableau 1 : les récepteurs du fascia et leurs rôles

L'implication possible du fascia dans la fibromyalgie

Si le lien entre fascia et fibromyalgie n'est pas démontré, de nombreux auteurs, impliqués dans le champ du fascia ou de la fibromyalgie, soupçonnent son existence. Ainsi, *Schleip* propose de s'intéresser aux variations des tensions myofasciales pour l'étude et la prise en charge de la fibromyalgie⁽³⁴⁾. *Findley*⁽³⁵⁾ constate également que les acteurs de terrain s'intéressent au rôle possible du fascia dans la fibromyalgie.

D'autres chercheurs s'intéressent au rôle des fascias dans la physiopathologie de la fibromyalgie. Sans en faire une étiologie, *Benians* propose: « la lésion se situe dans les fascias enveloppant les muscles et les structures osseuses »⁽³⁶⁾. *Liptan*, lui, suggère qu'une inflammation discrète du fascia pourrait être l'origine de la sensibilisation centrale retrouvée dans la fibromyalgie⁽¹⁹⁾.

Enfin, une thèse de doctorat a montré l'intérêt de l'utilisation de techniques s'adressant au fascia dans le traitement de la fibromyalgie⁽³⁷⁾.

La fasciathérapie

Les personnes souffrant de douleurs chroniques présentent une diminution du seuil douloureux, ce qui a des conséquences sur les interventions thérapeutiques manuelles. L'allodynie, un des principaux symptômes, complique cette problématique, car un toucher normalement infra-douloureux peut déclencher des douleurs intenses. Il est donc nécessaire d'adapter précisément le toucher, et ceci, en fonction de la sensibilité douloureuse, qui peut être variable d'un jour à l'autre. Dans ce contexte, le toucher de la fasciathérapie semble relativement bien indiqué, puisque la main du thérapeute adapte sa pression en temps réel, en fonction de ce qui est perçu par le thérapeute des réactions tissulaires du patient. Il s'établit ainsi un dialogue entre la main soignante et le corps de la personne⁽³⁸⁾ qui est de plus facilitée par la lenteur du geste soignant⁽³⁹⁾ qui favorise un sentiment de confiance. Il est ainsi centré sur la personne^(40, 41), ce qui correspond aux recommandations de l'IASP⁽⁴²⁾.

La douleur chronique et la kinésiophobie modifient le rapport que la personne établit avec son corps. Il est ainsi fréquent que les personnes fibromyalgiques désertent un corps qu'elles vivent comme source de souffrance. La fasciathérapie place le patient dans une posture à même d'enrichir les perceptions pour faciliter une réappropriation d'un corps sujet.

A travers le toucher manuel, le fasciathérapeute a pour objectif de maximiser la force d'auto-régulation qu'est le mouvement interne^(d). *Bois* constate: « le mouvement interne ne participe pas seulement à l'autorégulation [...] physiologique du corps, mais il participe aussi à la régulation psychique de la personne. »⁽⁴⁴⁾. La fasciathérapie propose ainsi, en plus d'un toucher symptomatique, un toucher de nature psychotonique qui « permet d'entrer en relation avec le patient, de construire une relation »⁽⁴¹⁾. Ainsi, en sollicitant le lien de mieux en mieux connu entre le fascia et le système nerveux central^(45, 46), la fasciathérapie agit sur différents aspects psychiques tels que l'anxiété^(47, 48) et le bien-être⁽⁴⁹⁾. Ceci va dans le sens des recommandations récentes en

kinésithérapie pour la prise en charge de la fibromyalgie, qui font état de l'intérêt des approches dont le but est de « vivre pleinement le présent sans jugement »⁽⁵⁰⁾.

Enfin, une enquête quantitative menée auprès de 238 kinésithérapeutes⁽⁵¹⁾ a récemment montré que le recours à la fasciathérapie permettait d'améliorer la prise en charge de la douleur physique de manière importante à très importante pour 96 % d'entre eux. 84 % disent également avoir amélioré leur prise en charge de la souffrance psychique. Parmi eux, 13 % citent la fibromyalgie comme une des pathologies pour laquelle la prise en charge a été significativement améliorée par la fasciathérapie (contre 4 % disant n'avoir eu aucune amélioration sur cette pathologie).

Méthodes

Pour répondre aux questionnements concernant la prise en charge de la douleur chez les personnes fibromyalgiques, il a semblé nécessaire d'utiliser une méthodologie mixte^(52, 53) comportant deux phases :

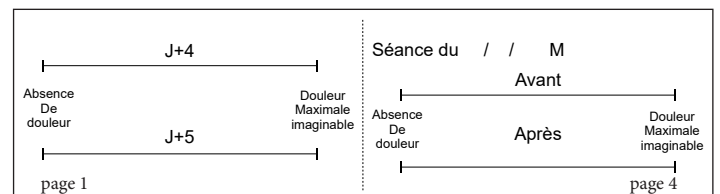
- La première a pour but d'objectiver la douleur à l'aide d'un outil ayant fait ses preuves (l'échelle visuelle analogique ou EVA) et de suivre son évolution dans les jours qui suivent la séance. Ceci permet d'observer les effets de la séance à court terme.
- La deuxième se propose d'explorer la part subjective de la douleur sur le long terme en interrogeant l'expérience des personnes.

La population est constituée de sept personnes dont le diagnostic de fibromyalgie a été établi par un médecin spécialiste. Elles consultent depuis au moins 9 mois en cabinet de fasciathérapie. Parmi elles, quatre ont fait l'objet d'un entretien. Sur ces quatre personnes interviewées, trois ont répondu aux EVA. Le choix a également été fait de réaliser une EVA auprès de trois autres personnes n'ayant pas fait l'objet d'un entretien.

La population interrogée pour ce travail se compose d'un homme pour six femmes, avec un âge moyen de 43 ans ($\sigma = 8,5$) et un suivi en fasciathérapie moyen de 2 ans et 9 mois ($\sigma = 1,48$).

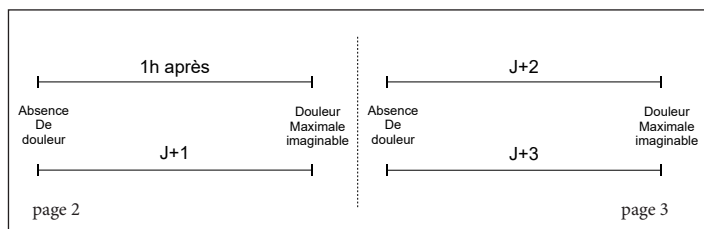
Méthodologie quantitative

Un carnet comportant six EVA a été élaboré pour que les patients puissent évaluer leur douleur à des moments qui semblaient importants (figures 1 et 2). D'abord, une évaluation avant et après la séance, puis une heure après pour évaluer un éventuel pic douloureux. Afin d'observer l'évolution dans les jours suivants, les patients ont coté leur douleur cinq jours consécutifs à heure fixe.



> Figure 1 : carnet d'EVA, recto

d) Le mouvement interne désigne [...] depuis les découvertes des fondateurs de l'ostéopathie dans la deuxième moitié du 19ème siècle, une force vitale qui anime les organes et les articulations, assurant une régulation automatique de leurs rythmes physiologiques.



› Figure 2 : carnet d'EVA, verso

Une première analyse des résultats a montré une très grande variabilité inter et intra-individuelle. Le choix a donc été fait de n'utiliser que les quatre premières EVA qui évaluent a priori les effets de la séance, alors que les suivantes sont sous la dépendance d'un nombre trop important de facteurs (ceci a été confirmé par l'analyse qualitative).

Pour chaque patient a été calculé le maximum et le minimum, l'étendue, la moyenne, la médiane, l'écart type et l'écart type relatif.

Après avoir calculé les différences pour mesurer les variations, un comptage a été effectué pour évaluer le nombre de séances où la douleur a diminué, augmenté et celles où il n'y a pas eu de changement (différence comprise entre -0,5 et +0,5) (figure 3).

Des graphiques de l'évolution des EVA et des différences ont été dessinés pour visualiser les variations de la douleur (figure 4).

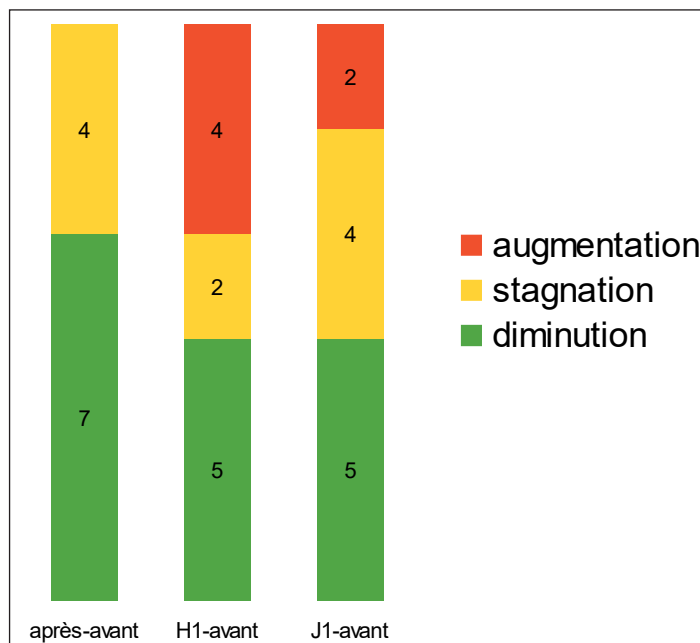
Puis, les graphiques d'évolution ont été mis sur une échelle de temps continue (chronogrammes^{e)}, voir figure 5 pour exemple) afin d'avoir une vue d'ensemble des évaluations sur la durée de l'étude. Ceci permet de mettre en évidence un éventuel aspect cumulatif et d'avoir un point de vue différent sur le profil d'évolution.

Méthodologie qualitative

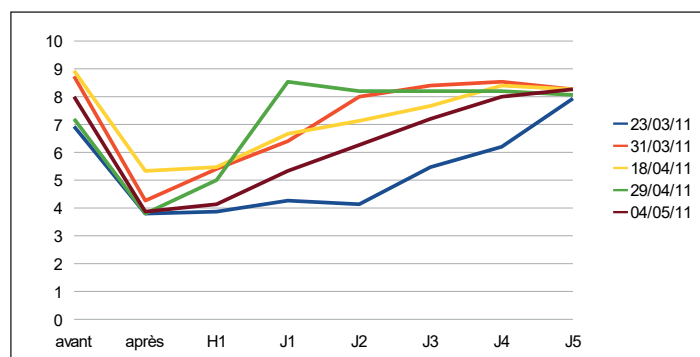
Un guide d'entretien a été élaboré sur la base de connaissances expérientielles (patients, chercheurs, praticiens experts) pour amener les personnes interrogées à apporter des éléments de réponse aux objectifs fixés.

n° de séance \ Moment	Évaluations				Différences		
	avant	après	H1	J1	Après - avant	H1 - avant	J1 - avant
1	6,9	3,8	3,9	4,3	-3,1	-3,1	-2,7
2	8,7	4,3	5,4	6,4	-4,5	-3,3	-2,3
3	8,9	5,3	5,5	6,7	-3,6	-3,5	-2,3
4	7,2	3,8	5	8,5	-3,4	-2,2	1,3
5	8	3,9	4,1	5,3	-4,1	-3,9	-2,7
Max	8,9	5,3	5,5	8,5	-3,1	-2,2	1,3
Min	6,9	3,8	3,9	4,3	-4,5	-3,9	-2,7
Étendue	2	1,5	1,6	4,3	1,3	1,7	4
Médiane	8	3,9	5	6,4	-3,6	-3,3	-2,3
Moyenne	8	4,2	4,8	6,2	-3,7	-3,2	-1,7
Écart type	0,9	0,7	0,7	1,6	0,5	0,6	1,7
RSD	11%	16%	15%	26%	15%	20%	100%

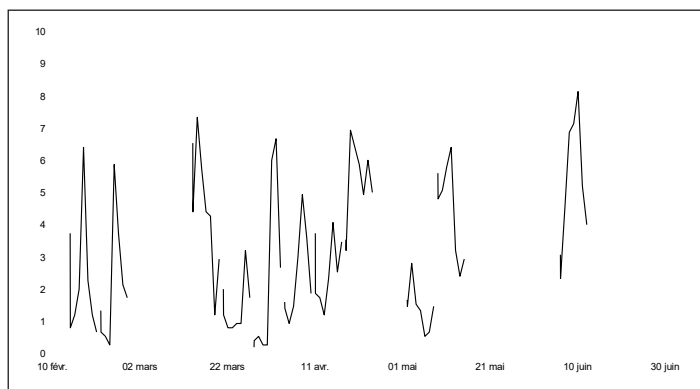
› Tableau 2 : exemple de tableau regroupant les séries chronologiques, les différences et les mesures statistiques.



› Figure 3 : exemple d'histogramme de comptage



› Figure 4 : exemple d'évolution des EVA selon la date des séances



› Figure 5 : exemple de chronogramme

Les entretiens ont été analysés^(f)(54) en trois étapes : une catégorisation (douleur, sommeil, vécu, ...) (55), une analyse phénoménologique cas par cas qui reste au plus près des données tout en mettant en valeur un premier niveau de compréhension (56, 57) et enfin une interprétation herméneutique transversale qui a permis de réaliser une analyse plus profonde et interprétative (58).

Résultats

Si l'objectif de cette étude a été d'explorer les effets de la fasciathérapie sur les douleurs de la fibromyalgie, il est inté-

e) Un Chronogramme est une représentation graphique de l'évolution temporelle d'un état

f) Pour plus de détails sur cette partie, il est possible de consulter le site du laboratoire de recherche : cerap.org ou le travail de recherche original

ressant de noter que certaines caractéristiques décrites dans la littérature se retrouvent dans ce travail. Pour tous les patients, on retrouve dans l'analyse des EVA et l'analyse qualitative une grande variabilité de la douleur et son caractère aléatoire. Cette variation constitue un défi pour le praticien qui se trouve face à une douleur fuyante. Ceci a été présent dans la recherche bibliographique, la pratique et l'analyse des données. On retrouve ensuite un caractère peu décrit : l'hypersensibilité cutanée. Le simple contact est parfois douloureux et crée une attitude distante, parfois y compris avec ses propres enfants. Ceci semble se retrouver lors des massages « classiques », mais n'apparaît pas pour le toucher de la fasciathérapie.

La fasciathérapie s'est avérée pertinente dans la mesure où elle a offert des moments de répit, de détente et de relâchement physique et psychique. Ces moments constituent une valeur particulière qui, selon les propos des patients, est difficilement compris par « les biens portants ». Cette particularité invite les soignants à valoriser ces moments de répit, à défaut d'une disparition de la douleur.

On remarque une augmentation de la douleur lors d'activité physique qui ne respecterait pas les capacités du corps. Les participants évoquent une « sanction du corps » quand celui-ci n'est pas écouté. Ce lien entre les capacités du corps et la douleur semble constituer une voie de réflexion pour accompagner une reprise d'activité. La fasciathérapie, à travers l'enrichissement perceptif, peut aider à établir des indicateurs de l'effort respectueux des capacités.

On retrouve chez les quatre participants des troubles du sommeil. Selon Brousseau ⁽⁵⁹⁾, près des deux tiers des patients douloureux chroniques rapportent un sommeil insuffisamment récupérateur. La fasciathérapie a une incidence positive sur cet aspect de la maladie.

Sur la douleur

L'analyse des EVA a mis en évidence une amélioration notable pour 3 patients. Chez les 3 autres, on ne note pas d'amélioration significative, mais l'analyse qualitative montre qu'il y a un apport réel sur le vécu de la douleur. Pendant la séance, elle s'estompe et offre un temps de répit. La part pédagogique permet de faciliter la gestion de la douleur et en période de crise, les séances apportent un soulagement.

Pour les patients n'ayant répondu qu'aux EVA

On note des résultats significatifs sur les patients 1, 2 et 7. Ils sont particulièrement clairs pour le patient 7 qui présente une douleur constante avant la séance et qui, en fin de séance, rapporte systématiquement une douleur diminuée (-3,7 en moyenne). Ce gain diminue progressivement mais reste tout de même de -1,7 en moyenne le lendemain. Le patient 1, malgré une douleur initiale très variable montre une amélioration une heure après la séance dans huit séances sur neuf et une amélioration le lendemain dans sept séances sur neuf. Le patient 2 présente une diminution de la douleur après la séance, qui réapparaît une heure après.

On note chez les patients 1 et 2 un pic de douleur assez fréquent après et une heure après la séance.

Pour les patients ayant répondu aux EVA et à l'entretien sur les EVA

Lorsqu'on observe les différences entre avant et après la séance, on observe une diminution moyenne comprise entre -0,2 et -0,5. Globalement, le comptage des variations confirme cette quasi-absence d'effets.

On observe là aussi un pic douloureux assez fréquent après la séance, notamment pour les patients 3 et 4.

Résultats qualitatifs

Il apparaît clairement que la fasciathérapie a une influence positive pendant la séance. Les patients parlent de détente, de bien-être et de sérénité, ce qui sous-entend qu'ils vivent un moment de répit. Ceci semble précieux pour des personnes qui vivent une douleur chronique. On note que ce répit est important pour retrouver une bonne relation à son corps et faire le point.

Il est apparu un résultat inattendu : les quatre patients mentionnent la pertinence du toucher en phase aigüe. En revanche, on note des effets négatifs; trois patients sur quatre mentionnant un pic douloureux après la séance (+1 à +2), suivi d'une diminution de la douleur. Nous retrouvons également une action de la fasciathérapie sur la gestion de la douleur. Elle est clairement améliorée pour trois personnes, de deux manières différentes. D'une part, en sollicitant l'attention des patients sur leur corps et en favorisant la prise en compte des informations somatiques, elle fournit un outil sur lequel s'appuyer pour mieux doser leurs efforts, en fonction des capacités du moment. D'autre part, la pédagogie déployée pour susciter une réflexion autour de ces informations permet de moins subir la douleur, d'apprendre à la gérer et d'envisager une vie correcte.

Sur le sommeil et la détente

Tous les participants décrivent une amélioration du sommeil, en terme de continuité, de durée, d'aspect réparateur, d'agitation et de vitalité matinale. À propos du sentiment de détente, d'apaisement rapporté systématiquement par les participants, il semble que la détente musculaire et psychique soit accompagnée d'un sentiment de fatigue. La tension générée par la douleur s'abaisse et engendre une sensibilité. Si la détente ne semble ne pas avoir une incidence sur la douleur objective, en revanche, le vécu subjectif change de manière positive. De la même façon, cet apaisement a une incidence directe sur le sommeil.

Pertinence du toucher de la fasciathérapie

Du fait de l'exacerbation cutanée, il était important d'analyser et d'évaluer le caractère approprié du toucher proposé.

L'interprétation des données fait ressortir un résultat prometteur. Les participants mentionnent la pertinence de ce tou-

cher qui apparaît respectueux, doux, apaisant, procurant un bien-être, non douloureux et non inconfortable. Ceci semble important pour les soignants qui utilisent le toucher auprès de personnes fibromyalgiques.

Discussion

Sur la méthodologie

Cette étude est inspirée du design pragmatique ⁽⁶⁰⁾, notamment par la présence de comorbidités chez les patients, l'utilisation d'une évaluation simple, rapide et fréquemment utilisée en clinique, rien n'a été mis en place pour renforcer l'observance et enfin, l'analyse a inclus un maximum de participants. L'approche quantitative, vu le nombre très restreint de sujets, est un embryon d'étude. Elle ne permet pas de prouver l'efficacité de la fasciathérapie, mais permet de poser des jalons pour une étude sur une population plus large. Elle a également permis d'évaluer et de prendre la mesure de l'intérêt de la méthodologie mixte. Ainsi, si l'EVA a par ailleurs démontré son importance pour évaluer les effets d'une thérapie sur la douleur dans ses paramètres d'intensité et de temporalité, elle apparaît ici insuffisante. Il apparaît important d'associer à l'EVA un entretien qualitatif pour affiner l'évaluation et mieux connaître le vécu douloureux du patient ⁽⁵³⁾.

Perspectives

Cette recherche se place dans le champ émergent des thérapies du fascia et plus spécifiquement, pour le traitement de la fibromyalgie. Une thèse de doctorat (PhD) évaluant les bénéfices de ce type d'approche, a également montré un certain nombre de bénéfices ⁽⁵⁴⁾.

La pertinence du toucher de la fasciathérapie auprès d'une population qui souffre de fibromyalgie semble importante à relever. Nous espérons que cette recherche contribuera à apporter une réponse aux thérapeutes manuels sur l'importance du toucher pour une population qui présente une réactivité cutanée extrême, ainsi que sur la place de l'accompagnement dans la gestion des douleurs chroniques.

Par ailleurs et cela semble important pour ouvrir des perspectives à la fasciathérapie, cette méthode s'avère aidante pour la personne en période de crise aiguë. Il apparaît également qu'offrir un temps de répit très court à ces patients constitue une aide précieuse. La fasciathérapie semble également, par sa pédagogie et son enrichissement perceptif spécifique, faciliter la gestion de la douleur à long terme. Son action montrée par le passé sur le stress et l'anxiété en fait également un outil de choix.

Cependant, cette étude ne permet pas de déterminer si c'est le toucher de relation ou le toucher s'adressant au fascia qui est pertinent. Une étude complémentaire serait nécessaire afin de faire la part des choses.

Conclusion

Il est apparu, au terme de ce travail, que la fasciathérapie n'a pas d'incidence sur la chronicité de la fibromyalgie et que la

douleur reste présente et toujours très aléatoire, à moyen et long terme. Cependant, on retrouve chez deux personnes une amélioration de la gestion de la douleur grâce à la part éducative de la fasciathérapie et notamment pour ce qui concerne le rapport au corps qui devient un indicateur dans la gestion de la vie quotidienne. En ce qui concerne la douleur, le toucher de la fasciathérapie est bien toléré, voire même crée des moments de répit, de détente physique et psychique pendant la durée de la séance chez 3 personnes évaluées sur 4. On constate par ailleurs une action aidante pour soulager la personne lorsqu'elle est en situation de crise, même si le soulagement est souvent de courte durée. En revanche, on remarque dans les entretiens des effets négatifs pour 3 patients sur 4 qui se plaignent d'une augmentation temporaire de la douleur après la séance. De même, l'EVA montre fréquemment une augmentation brève de la douleur dans les suites immédiates de la séance chez 4 patients sur 6. Ces réactions douloureuses sont toutefois suivies de périodes de répit et ne grèvent pas l'intérêt thérapeutique de la fasciathérapie. Le résultat le plus probant de cette recherche concerne l'impact de la fasciathérapie sur le sommeil puisque chez tous les participants interrogés, on note une amélioration très significative.

Implications pour la pratique

- Dans la prise en charge des pathologies douloureuses chroniques, l'aspect relationnel et qualitatif du toucher prend toute sa place et permet d'intervenir sur les comorbidités psychologiques.
- Prendre en compte le fascia comme une structure clef du corps humain permet une nouvelle approche de la physiopathologie de la fibromyalgie et de nouvelles stratégies thérapeutiques, principalement manuelles.

Contact

Cyril Dupuis
CERAP
34 bd de la Manlière
63500 Issoire
0033473550055

cyril.h.dupuis@gmail.com



Références

1. Van Griensven H, Moore AP et al., Mixed methods research—The best of both worlds?. *Manual therapy*, 2014;19(5):367—371.
2. Vaillant J, Dupuis C, Pallot a, Bolla B, Mougel J, André-Vert J. et al., Pratique professionnelle et douleurs chroniques. *Kinésithérapie, la Revue*, 2015;15(166):48—54.
3. Menkès C. J., Godeau P. Rapport adopté le 16 janvier 2007. La fibromyalgie. Académie nationale de médecine [Internet]. 2007; [cited 2016 Jan 29]. Available from: <http://www.webcitation.org/6euKszBHN>.
4. Haute Autorité de Santé - Syndrome fibromyalgique de l'adulte [Internet]. 2010; [cited 2016 Jan 29]. Available from: <http://www.webcitation.org/6euKDPyAF>.
5. Glowinski J. Histoire naturelle de la fibromyalgie et pronostic. *Revue du rhumatisme*. 2003;70(4):302-5.
6. Wolfe F, Clauw DJ et al. The American College of Rheumatology preliminary diagnostic criteria for fibromyalgia and measurement of symptom severity. *Arthritis care & research*. 2010 May;62(5):600-10.
7. Cedraschi C, Desmeules J et al. Aspects psychologiques de la fibromyalgie. *Revue du rhumatisme*. 2003;70(4):331-6.
8. Alnigenis MNY, Bradley JD et al. Massage therapy in the management of fibromyalgia: a pilot study. *Journal of Musculoskeletal Pain*. 2001;9(2):55-67.
9. Cyriax J. Fibrositis. *Br Med J*. 1948 Jul 31;2(4569):251-5.
10. Cook DB, Lange G et al.. Functional imaging of pain in patients with primary fibromyalgia. *The Journal of rheumatology*. 2004 Feb;31(2):364-78.
11. Laroche F. Actualités de la fibromyalgie. *Revue du rhumatisme*. 2009;76(6):529-36.
12. Briere J. Methodological issues in the study of sexual abuse effects. *Journal of consulting and clinical psychology*. 1992 Apr;60(2):196-203.
13. Raphael KG, Chandler HK, Ciccone DS. Is childhood abuse a risk factor for chronic pain in adulthood? *Current pain and headache reports*. 2004;8(2):99-110.
14. Dauvilliers Y, Carlander B. Fibromyalgie: exemple d'interactions entre sommeil et douleur. *Douleur et Analgésie*. 2007;20(4):239-45.
15. Light KC, White AT et al. Genetics and Gene Expression Involving Stress and Distress Pathways in Fibromyalgia with and without Comorbid Chronic Fatigue Syndrome. *Pain research and treatment*. 2012; 2012:427869.
16. Buskila D, Sarzi-Puttini P. Biology and therapy of fibromyalgia. Genetic aspects of fibromyalgia syndrome. *Arthritis research & therapy*. 2006;8(5):218.
17. Arsenault P, Marchand S. Synthèse des mécanismes impliqués dans un syndrome douloureux complexe: la fibromyalgie. *Douleur et analgésie*. 2007;20(4):200-12.
18. Giesecke T. Rôle de la neuro-imagerie fonctionnelle dans la compréhension de la fibromyalgie. *La lettre de l'observatoire du mouvement*. 2004;12:5-7.
19. Liptan GL. Fascia: A missing link in our understanding of the pathology of fibromyalgia. *Journal of bodywork and movement therapies*. 2010;14(1):3-12.
20. Schleip R, Findley TW et al., Fascia: the tensional network of the human body: the science and clinical applications in manual and movement therapy; London: Elsevier Health Sciences, 2012.
21. Lombard WP. Is the « knee-kick » a reflex act?: a research made at the physiological laboratory of the college of physicians and surgeons, new york. *The American Journal of the Medical Sciences*. 1887;93(185):88-101.
22. Huijing PA. Muscle as a collagen fiber reinforced composite: a review of force transmission in muscle and whole limb. *Journal of biomechanics*. 1999 Apr;32(4):329-45.
23. Lieutaud A., Anatomie fonctionnelle, les fascias au coeur du mouvement. *L'ostéopathe magazine*, 2015;(27):24—27.
24. Courraud C. Continuité tissulaire : les fascias chefs d'orchestre du mouvement embryologique. *L'ostéopathe magazine*, 2015;(27):32-33.
25. Dupuis C. Le fascia thoracolombaire, une chambre de pression interne. *L'ostéopathe magazine*, 2015;(27):40—42.
26. Langevin HM., Nedergaard M. et al., Cellular control of connective tissue matrix tension. *Journal of cellular biochemistry*, 2013;114(8):1714—1719.
27. Cowman MK, Schmidt TA et al. Viscoelastic Properties of Hyaluronan in Physiological Conditions. F1000Research. 2015;4.
28. Chaitow L, DeLany J. Clinical Application of Neuromuscular Techniques: The upper body: Churchill Livingstone; 2008.
29. Hinz B., Mastrangelo D. et al. Mechanical tension controls granulation tissue contractile activity and myofibroblast differentiation. *The American journal of pathology*. 2001;159(3):1009-20.
30. Schleip R, Klingler W et al., Active fascial contractility: Fascia may be able to contract in a smooth muscle-like manner and thereby influence musculoskeletal dynamics. *Journal of Biomechanics*, 39, S488.
31. Willard FH, Vleeming A et al., The thoracolumbar fascia: anatomy, function and clinical considerations. *Journal of anatomy*, 2012;221(6):507—536.
32. Courraud C. Le fascia, l'organe le plus sensoriel. *L'ostéopathe magazine*, 2015;(27):22—23.
33. Tesarz J, Hoheisel U. et al. Sensory innervation of the thoracolumbar fascia in rats and humans. *Neuroscience*, 2011;194:302—308.
34. Schleip R, Klingler W et al., Active fascial contractility: Fascia may be able to contract in a smooth muscle-like manner and thereby influence musculoskeletal dynamics. *Medical hypotheses*, 2005;65(2):273—277.
35. Findley T. Fascia Research II: Second International Fascia Research Congress. *International Journal of Therapeutic Massage & Bodywork*. 2009 09/23;2(3):4-9.
36. Benians R. Fibrositis. *British Medical Journal*. 1948;2(4573):442.
37. Bender Segarra K. A Pilot Study Measuring Outcomes of Managing Fascial Health for Individuals With Fibromyalgia. IASI Yearbook of Structural Integration [Internet]. 2015; [cited 2016 Jan 29]. Available from: <http://www.webcitation.org/6euKQcJjp>.
38. Courraud C, Quéré N. La fasciathérapie: intérêts en kinésithérapie. *Profession kiné*. 2010;26:10-4.
39. Bois D. Intérêt de la perception kinesthésique dans le cadre de la rééducation. *Profession Kiné Plus*, 2002; 10-13.
40. Rosier P. La Fasciathérapie Méthode Danis Bois et la récupération physique, mentale et somato-psychique du sportif de haut niveau. [PhD Thesis]. Porto: Universidade Fernando Pessoa; 2013.
41. Courraud C. Fasciathérapie et relation d'aide. *Mains libres*. 2007;24(4):151-158.
42. Harding VR., Simmonds MJ et al. Physical therapy for chronic pain. *Pain: Clinical Updates*, 1998;6(3) 1—4.
43. Berger E. Rapport au corps et création de sens en formation d'adultes. [PhD Thesis]. Vincennes-Saint Denis: Université Paris 8; 2009.
44. Bois D. Le moi renouvelé: Introduction à la somato-psychopédagogie: Point d'appui; 2006.
45. Schleip R, Jager H. Interoception: A new correlate for intricate connections between fascial receptors, emotion, and self-recognition; London: Elsevier Health Sciences, 2013.
46. Dupuis C. Lomalgie, fascia et douleur dos à dos. *L'ostéopathe magazine*. 2015;(27):36-37.
47. Payrau B., Fasciatherapy and Reflexology, compared to Hypnosis and Music Therapy in stress management. The 4th International Fascia Research Congress; September 18-20; Reston, USA: The Ida P. Rolf Research Foundation; 2015. Available from: <http://www.webcitation.org/6euJym1Rd>.
48. Convard C. Fasciathérapie et anxiété sportive. [Internet]. 2013; [cited 2016 Jan 29]. Available from: <http://www.webcitation.org/6euKi8Xli>.
49. Angibaud A., La fasciathérapie et le mal être. [Master Thesis]. Porto: Universidade Fernando Pessoa; 2011.
50. Vaillant J. Congrès de l'Américan College of Rheumatology 2013 : Spondyloarthropathie, arthrose et fibromyalgie (4e partie). *Kinésithérapie Scientifique*, 2014;(552):52—53.
51. Courraud C. Fasciathérapie et identité professionnelle : étude des reconfigurations identitaires d'une population de kinésithérapeutes pratiquant la fasciathérapie. [PhD Thesis]. Porto: Universidade Fernando Pessoa; 2015.