

# MAINS

1987

## *Libres*

LA REVUE ROMANDE DE PHYSIOTHÉRAPIE

FASCIATHÉRAPIE  
ET  
RELATION D'AIDE

MAUX DE DOS CHRONIQUES

PATHOLOGIE MÉNISCALÉ:  
INTÉRÊT DES  
MANIPULATIONS OSTÉOPATHIQUES

LA MAINS DANS LE SAC

N° 4 • JUILLET 2007  
24<sup>e</sup> ANNÉE •  
ISSN 1660 - 8585

# FASCIATHÉRAPIE ET RELATION D'AIDE

## «LE TOUCHER PSYCHOTONIQUE ET SON APPLICATION SUR LA RELATION D'AIDE AU PATIENT EN KINÉSITHÉRAPIE»

CHRISTIAN COURRAUD

KINÉSITHÉRAPEUTE

DIRECTEUR DE L'ÉCOLE SUPÉRIEURE DE FASCIATHÉRAPIE SOMATOLOGIE (FRANCE)

DEA PSYCHOPÉDAGOGIE PERCEPTIVE UNIVERSITÉ MODERNE DE LISBONNE (PORTUGAL)

### INTRODUCTION

Ma formation de masseur-kinésithérapeute m'a conduit à centrer mon intervention sur les symptômes dont souffre le patient et plus particulièrement à analyser et à comprendre les symptômes douloureux. Dans cette démarche clinique rigoureuse et rationnelle, je n'ai pas été formé à écouter la plainte de mes patients. Je ne laissais que peu de place à l'expression de ce que ressentait le patient, à ce qu'il vivait intérieurement, pensant qu'il s'agissait là du domaine de la psychologie.

Ma formation universitaire en psychopédagogie curative (Master 1) m'a formé à la relation d'aide psychologique. L'écoute, l'analyse et la compréhension des pensées, des vécus et des sentiments sont au centre de la prise en charge thérapeutique. J'ai pris conscience que les dimensions affective, émotionnelle et cognitive de la personne ont une réelle influence sur l'intensité de la perception douloureuse. Cependant, cette pratique ne prend pas suffisamment

en compte le corps: nous sommes formés à l'écoute verbale mais pas à l'écoute du corps.

Ma pratique de fasciathérapeute m'a permis de découvrir «l'écoute» du corps sensible et m'a donné l'opportunité de faire le lien entre le corps et le psychisme. À travers le toucher manuel, je me suis rapidement rendu compte que je découvrais une forme de communication silencieuse, profonde et authentique avec le patient. Il me semblait alors que je touchais non seulement la profondeur du corps mais que j'accédais également à la profondeur de la personne. La rencontre avec cette intériorité mouvante et émouvante me fit comprendre combien, au centre de la personne, se cache une force interne, une dynamique, une tendance «positive» qui veut se développer au sein de la matière du corps. Suivre ce mouvement interne de la personne devint ma manière d'entrer en relation et de communiquer avec la partie du patient qui veut s'exprimer.

Cette notion de mouvement interne est développée dans la thèse de doctorat de D. Bois qui la définit comme «*principe de renouvellement, vécu par le sujet sous la forme d'un processus intime de changement qui touche d'abord le rapport à son corps pour s'étendre ensuite plus largement au rapport à soi et au monde*». (Bois, 2007, p.73) Je pus également constater combien cette forme de dialogue et d'entretien tissulaire changeait ma perception et ma relation avec le patient. L'efficacité du traitement sur le soulagement du symptôme était majorée et plus encore, la personne était changée, différente: un véritable changement de la personne s'était produit pendant le traitement.

Je me mis alors à comprendre que le traitement manuel pouvait véritablement devenir une forme de relation d'aide à la personne. Je commençais à comprendre que la relation d'aide était une thérapie, qu'elle était au coeur du processus de transformation de la personne et de la personnalité du patient et je me surpris à mieux saisir le sens profondément thérapeutique que C. Rogers attribuait à la relation d'aide: «*Il est sûr que ce genre de thérapie n'est pas une préparation à une transformation; elle est une transformation*». (Rogers, 2005, p. 44) Le contact direct avec cette présence mouvante de l'organisme me modifiait et modifiait ma relation avec le patient.

Aujourd'hui, je termine un mestrado (équivalent DEA) en Psychopédagogie Perceptive à l'Université Moderne de Lisbonne et suis chercheur au Centre d'Étude et de Recherche Appliquée en Psychopédagogie Perceptive. En tant que responsable d'une structure de formation continue en kinésithérapie (E.S.F.S.), en tant que praticien et chercheur, à la fois kinésithérapeute, fasciathérapeute et psychopédagogue, j'ai souhaité conduire une recherche sur ce thème si important de la relation d'aide en kinésithérapie: «*l'accompagnement de la personne dans le cadre de la kinésithérapie et de la fasciathérapie*».

J'AI TENTÉ, DANS CETTE RECHERCHE, DE PARTICIPER à une réflexion sur l'opportunité de créer une

spécialité en «relation d'aide manuelle», spécialité qui devrait trouver ses champs d'application, ses principes fondateurs et ses modalités d'application pratique CHEZ LES KINÉSITHÉRAPEUTES. Cette spécialité devrait devenir une véritable compétence du kinésithérapeute à plus ou moins long terme. Je pense qu'à travers la création de cette formation à la relation d'aide manuelle, la kinésithérapie serait en phase avec la tendance actuelle de la santé qui tend vers une prise en charge de plus en plus globale et entière de la personne. Une grande majorité des kinésithérapeutes, comme de nombreux soignants, ressentent profondément ce manque de formation à l'approche de la personne. Il est donc devenu nécessaire de s'intéresser autant au patient qu'à son symptôme. Si l'on voulait tenter de définir schématiquement le changement nécessaire pour accorder à la dimension clinique du soin une dimension de relation d'aide, nous serions tentés de dire que le but ne serait plus seulement de résoudre les symptômes, mais de se mettre à l'écoute du patient, de le comprendre.

## LA RELATION D'AIDE ET LA KINÉSITHÉRAPIE

La masso-kinésithérapie est une discipline dont le principal objectif est le soulagement de la douleur physique. Pour autant, cette profession n'exclut pas la dimension relationnelle dans la relation thérapeutique: «*La situation de soin intègre (...) autant la prescription que la relation*» (Diry, Lang, Froissard-Monet, 2005, p. 71). La relation avec le patient est une dimension du soin. Au centre de la prescription, elle fait partie intégrante du soin. La kinésithérapie comme la plupart des professions médicales et paramédicales tentent donc d'accorder la dimension clinique du soin à la dimension relationnelle, cette dernière créant un cadre, une relation, un espace de soin qui favorise l'accueil, la prise en charge et l'accompagnement du patient qui souffre: «*La pratique de la kinésithérapie instruit nécessairement un colloque singulier entre le patient et le praticien. La dimension clinique y est prévalente, la relation interpersonnelle essentielle, et ceci afin*

*de créer les conditions favorables à la prise en charge thérapeutique»* (Rouzel et Lani, 2006, p. 12).

Cependant, cette exigence pratique n'est pas accompagnée par une véritable formation: le kinésithérapeute n'est pas formé à l'accompagnement de la personne qui souffre. Face au patient qui souffre, il est difficile, pour le praticien de construire «pratiquement» une distance thérapeutique «juste» et adaptée au patient: *«La bonne distance, sans cesse à trouver par le praticien, constitue un axe peu travaillé en formation initiale, tant il est vrai qu'elle fait partie de ses compétences incorporées, qui s'acquièrent par l'expérience et sont difficilement transmissibles»* (Olry, Lang, Froissard-Monet, 2005).

On comprend ainsi que la formation à la relation d'aide s'inscrit aujourd'hui comme une formation prioritaire de la formation du soignant et qu'elle se développe de plus en plus dans le cadre des professions médicales et paramédicales. *«Le développement de la relation d'aide est donc arrivé comme une incontournable évolution dans la qualité et l'efficacité de la médecine. Il ne s'agit pas ici de considérations psychiatriques, ni de psychopathologies à guérir, mais d'une qualité des comportements face à la souffrance humaine. Elle (...) est aujourd'hui reconnue comme un soin à part entière»* (Bonneton-Tabariés, Lambert-Libert, 2006, p. 92-93).

Cependant, la relation d'aide adaptée à la kinésithérapie est encore à découvrir, à construire et à enseigner. Il ne suffit pas d'appliquer la relation d'aide psychologique à la kinésithérapie car le kinésithérapeute n'a ni la vocation, ni la formation pour devenir psychothérapeute. La relation d'aide, de façon générale, est réservée au domaine de la psychothérapie et n'entre pas nécessairement dans la compétence du kinésithérapeute. L'un des enjeux de la kinésithérapie est d'envisager de construire une relation d'aide qui respecte le champ de compétence de la kinésithérapie sans empiéter sur le domaine de la psychothérapie.

Quand il s'agit de «penser» la relation d'aide en kinésithérapie, on ne peut s'empê-

cher de faire le lien entre relation d'aide et toucher de relation pour tenter de définir une «relation d'aide manuelle». Dans la relation d'aide, le toucher a une place à part entière et ceci, plus particulièrement dans les pratiques qui utilisent le toucher comme un mode de communication non verbale. Le toucher constitue une des formes de communication et participe à rendre la présence et l'écoute plus complètes, plus profondes et plus tangibles. Le toucher est donc une manière de faire sentir à la personne qu'on la respecte, qu'on est présent à elle. Certaines approches de massage ont développé le toucher pour faciliter la rencontre et créer un lien avec la personne qui souffre: *«Le toucher prend ici tout son sens, comme moyen privilégié de rencontre, et c'est la relation établie qui le rend si important. En rapprochant le soignant du soigné, le toucher-massage permet une meilleure perception et connaissance de l'autre, une meilleure écoute et améliore en profondeur la qualité des soins»* (Bonneton-Tabariés, Lambert-Libert, 2006, p. 93).

La relation d'aide permet donc de concevoir une relation thérapeutique plus pleine et plus complète en associant à la dimension clinique essentielle à toute action curative une dimension subjective ou compréhensive qui va tenir compte du ressenti et du vécu expérientiel du patient. Dans cette perspective, l'approche compréhensive doit venir compléter, améliorer et rendre plus efficace le soin de kinésithérapie.

En tant que thérapie manuelle, la fasciathérapie s'inscrit pleinement dans cette dynamique et dans cette orientation du soin centrée sur la personne. Cependant, elle se distingue des différentes approches de relation d'aide psychologique parce qu'elle place le toucher psychotonique au cœur de la relation d'aide: le toucher psychotonique nous paraît être un support et un moyen privilégiés pour construire notre concept de «relation d'aide manuelle». *ENTREU AINSI, LE TOUCHER PSYCHOTONIQUE DEVIENT UN LIEU D'ÉCHANGES ET DE COMMUNICATION NON VERBALE ET NE SE LIMITE PLUS À SON ACTION SUR LA RÉGULATION DE LA TENSION MUSCULAIRE ET TONIQUE.*

● QUELQUES REPÈRES THÉORIQUES SUR LE TONUS

Si le tonus est abordé en kinésithérapie, c'est le plus souvent en tant qu'activité physiologique, pour son rôle dans le maintien de la posture et de l'équilibre, ainsi que dans la gestion et la coordination du mouvement. Cette activité qui sous-tend tous les mouvements et tous les gestes est réputée pour être non consciente et automatisée. On reconnaît cependant que cette activité tonique exprime une forme d'intelligence du corps.

Le tonus est également abordé en psychologie pour son rôle dans la relation interhumaine et plus particulièrement comme un mode de communication non verbal: «(...) La fonction tonique se situe au coeur de ce vaste CARREFOUR PSYCHOPHYSIOLOGIQUE ET SOUS-TEND TOUTES LES FORMES DE COMMUNICATION POSSIBLES» (Lemaire, 1964, p. 45). Avec le tonus, s'installe un dialogue tonique entre le patient et le thérapeute. Cette notion de «dialogue tonique» a été développée par Wallon et Ajuriaguerra.

En psychologie, le tonus permet également de comprendre les liens entre le corps et le psychisme et plus particulièrement entre les émotions, le caractère et le corps. Le tonus comprend une part affective, il incarne le vécu émotionnel: «Ainsi, L'ÉMOTION comprend une participation psychique affective et une MANIFESTATION TONIQUE. On peut dire qu'il n'y a pas d'émotion sans une certaine EXPRESSION SOMATIQUE TONIQUE» (Lemaire, 1964, p. 43). Si l'on en croit J. de Ajuriaguerra et Reich, ces réactions toniques sont inscrites profondément dans le corps et dans l'histoire de la personne constituant même la trame de sa personnalité: «Il y a ainsi une HISTOIRE DU FOND TONIQUE ET DES RÉACTIONS TONIQUES correspondant à celle de la formation de la personnalité». (Bernard, 1995, p. 63) Il semble bien que le tonus constitue une sorte de matériau à mémoire qui contient nos relations affectives premières et sert de base et de support à tous nos modes d'expression et de communication.

Dans cette perspective, Ajuriaguerra considère la pathologie du tonus comme un état

de tension interne permanent et irréversible. La pathologie tonique se traduit par l'existence et la persistance d'une architecture tonique interne, constituée d'états toniques et émotionnels s'installant dans le temps sans pouvoir revenir à leur état de base: «Les formes tonico-émotionnelles ne sont pas pathologiques en soi. Ce qui est anormal, c'est leur persistance, leur existence sous la forme d'un tonus interne lors d'une situation non réelle, mais figurée, leur irréversibilité suivant les situations» (Ajuriaguerra cité par Bernard, 1995, p. 64).

LA PLACE DE LA FASCIATHERAPIE DANS LA RELATION D'AIDE

La fasciathérapie aborde le concept de globalité à travers l'unité de tous les fascias du corps, mais aussi l'unité psychotonique. En effet, le psychotonus nous permet d'envisager une autre forme de globalité qui cette fois-ci, rend compte d'une relation entre le corps et le psychisme. La notion de psychotonus renvoie à cette dimension psychologique du tonus et à cette dimension physiologique du psychisme. Le terme PSYCHOTONUS laisse entrevoir la réalité tangible d'un dialogue organique, silencieux entre le psychisme et le corps.

Le schéma situe le tonus au carrefour de cette unité corps / psychisme. En plus de jouer un rôle essentiel dans la construction d'un mouvement en assurant la cohésion et la posture de tous les segments du corps, le tonus témoigne de l'incarnation des tensions psychiques conscientes ou inconscientes: «Par le tonus, véritable miroir de l'état psychique, le psychisme semble parler 'du psychisme au corps'». (Courraud, 2005, p. 72)

FIGURE 1

Le psychotonus ou la trilogie Corps / Tonus / Psychisme



Ce schéma nous montre à la fois le dialogue et la relation entre le physique et le psychique: le tonus constitue le lieu de rencontre entre ces deux parties de la personne. Le psychotonus modifie notre conception d'un corps séparé du psychisme. Le mouvement interne ou externe contient et réunit cette unité corps / psychisme dans sa trame tonique.

Dans une relation d'aide, il n'est pas possible de faire l'économie de cette question du rapport entre le corps et le psychisme pour comprendre le fonctionnement plein d'une perception globale et unifiée de la personnalité. En fasciathérapie, la personne est envisagée comme une totalité corps / psychisme à travers le psychotonus. La relation d'aide manuelle psychotonique peut ainsi aborder l'unité corps / psychisme sans les séparer et construire un dialogue, une communication non-verbale tissulaire avec la personne par la voie du psychotonus.

● TOUCHER DE RELATION ET TOUCHER SYMPTOMATIQUE



La fasciathérapie est une discipline qui s'inscrit dans la formation continue de la kinésithérapie. L'École Supérieure de Fasciathérapie Somatologie est membre de la Charte de Qualité des Organismes de Formation Continue en Kinésithérapie, organisme qui supervise la qualité de l'enseignement, la nature, le contenu et l'adéquation de cet enseignement avec le métier de kinésithérapie. Cette filiation avec la kinésithérapie implique que le fasciathéra-

peute reçoit en permanence des patients qui souffrent de douleurs physiques. La fasciathérapie prend donc en compte cette dimension clinique du soin puisqu'elle préconise dans sa démarche thérapeutique l'application d'un *toucher symptomatique*.

Ce toucher basé sur la réflexion thérapeutique et l'analyse anatomique et physiopathologique du symptôme repose sur un ensemble de gestes précis adaptés au symptôme du patient. Ce geste thérapeutique bien qu'essentiel n'est jamais dissocié d'un *toucher de relation*. Ce toucher de relation constitue le «toucher de base» de la fasciathérapie: il permet d'entrer en relation avec le patient, de construire une relation avec le patient et de se mettre à l'écoute des forces internes de l'organisme. Le toucher de relation constitue donc un moyen de se centrer sur le patient.

L'association du toucher symptomatique et du toucher de relation constitue une spécificité de la relation d'aide manuelle, car elle permet de prendre en compte le patient tout en ne négligeant pas le symptôme et de prendre en compte le symptôme sans négliger le patient.

LES SPÉCIFICITÉS DE LA RELATION D'AIDE MANUELLE PSYCHOTONIQUE

● ENTRETIEN TISSULAIRE

L'entretien tissulaire permet d'entendre ce que la personne ne peut pas dire avec les mots, le mouvement tissulaire et la modulation tonique constituant le support de ce dialogue non verbal et silencieux: «*Lorsque la main du thérapeute suit le mouvement tissulaire, c'est un véritable dialogue qui s'engage entre le thérapeute et le sensible du corps, dialogue fondé sur un langage silencieux*». (Bols, 2006, p. 71)

Cette forme d'entretien tissulaire constitue une autre manière d'entendre le patient, de le connaître et de le percevoir. Très souvent, le patient par le langage verbal nous renvoie une partie de lui-même, de ce qu'il ressent éprouve, croit. L'écoute tissulaire

nous fait parfois découvrir une autre facette de la personne qui nous surprend, nous touche, comme s'il y avait deux personnes, celle qui parle avec son corps et celle qui parle avec ses mots: «*Dans notre thérapie à médiation corporelle, le thérapeute est confronté en permanence à deux discours: celui de la personne, avec ses attentes, ses représentations et ses croyances, et celui du corps, fait de mouvements, d'imprévisibilité, d'immédiateté, d'intensité, de tonalités...*».

(Bois, 2006, p. 75)

Le but de la relation d'aide manuelle est de faire se rejoindre ces deux formes de discours, de les valider et de les faire inter-agir: la personne parle autant avec son silence qu'avec ses mots et parfois le dialogue silencieux avec le corps nous permet de rencontrer profondément la personne alors que les mots ne nous paraissent que refléter la surface de la personnalité. La médiation manuelle nous paraît être une voie d'accès privilégiée vers la partie authentique de la personne et peut faire émerger cette partie imperçue de sa personnalité.

● L'INTER-RÉCIPROCITÉ:  
UNE QUALITÉ DE RELATION  
ENTRE LE PATIENT ET LE THÉRAPEUTE

En fasciathérapie, le toucher psychotonique sert de support à la relation d'aide parce que c'est un instrument privilégié de l'accordage entre le patient et le thérapeute. À travers la régulation de la tension tonique, le fasciathérapeute s'accorde avec le patient et le patient s'accorde avec le thérapeute: une empathie, une communication «organique» et un échange tissulaire non verbal conscients s'installent entre le thérapeute et le patient. Le dialogue psychotonique manuel constitue ainsi la toile de fond relationnelle de tout geste thérapeutique manuel. Cette forme de dialogue psychotonique manuel donne naissance à une nouvelle manière de construire et de concevoir l'empathie: «*L'empathie dont je parle repose sur l'éprouvé corporel avant tout: l'éprouvé de son propre corps et l'éprouvé du corps de l'autre. La compréhension intellectuelle réciproque sera une conséquence - heureuse, certes - de l'em-*

*pathie du sensible, en aucun cas le point de départ de la relation*».

(Bois, 2006, p. 139)

L'empathie ne se fait pas seulement du thérapeute vers le patient mais également du patient vers le thérapeute: «*Il est tout aussi important que le patient puisse entrer en relation d'empathie avec son thérapeute!*»

(Bois, 2006, p. 139)

On assiste donc à la constitution d'une nouvelle manière d'être en relation puisque les deux acteurs du soin s'écoutent et dialoguent dans une réciprocité: «*réciprocité parce que patient et thérapeute sont aussi bien en relation avec leur propre sensible qu'en relation l'un avec l'autre*».

(Bois, 2006, p. 139)

L'un et l'autre, patient et praticien sont conscients de ce qui se passe dans leur propre corps au sein de la relation d'aide manuelle. Cet accordage est un signe tangible de l'inter-réciprocité: «*Ce jeu d'empathie est tellement important dans l'accompagnement du patient que j'ai choisi de nommer cette relation, non pas relation d'empathie, mais relation de réciprocité actuante: actuante parce qu'elle résulte d'un acte conscient des deux partenaires*».

(Bois, 2006, p. 139)



On comprend bien que la relation au corps peut servir de tuteur et de moyen pour trouver la bonne distance entre le patient et le thérapeute. Progressivement, on voit les deux personnes s'accorder sur le vécu et suivre en temps réel le processus de déroulement du soin: «*l'asymétrie patient-thérapeute s'efface au profit d'une communauté de présence*».

(Bois, 2006, p. 139)

● L'ACCORDAGE SOMATO-PSYCHIQUE:  
LE TOUCHER QUI CRÉE  
L'UNITÉ CORPS / PSYCHISME

En fasciathérapie, la notion d'accordage somato-psychique passe par le toucher psychotonique qui va réguler la modulation tonique. Cette forme d'accordage somato-psychique manuel constitue un moyen de reconstruire la relation au corps et la relation à soi: «*Le but de l'accordage somato-psychique est d'installer chez la personne un profond sentiment d'unification entre toutes ses parties: d'abord entre les parties de son corps (...) puis, aussi et surtout entre toutes les parties de son être.*» (Bois, 2006, p. 103)

L'accordage psychotonique manuel est donc un préalable à toute approche centrée sur la personne. Rappelons ici que l'accordage psychotonique constitue une manière de modifier le psychisme, de modifier la qualité de la relation entre le patient et le thérapeute et maintenant de modifier la relation du patient à son corps. Le toucher psychotonique ouvre ainsi l'accès au corps sensible et crée les conditions d'une expérience corporelle signifiante: «*Le corps sensible devient alors en lui-même, un lieu d'articulation entre perception et pensée, au sens où l'expérience sensible dévoile une signification qui peut être saisie en temps réel et intégrée ensuite aux schémas d'accueil cognitifs existants, dans une éventuelle transformation de leurs contours.*» (Berger, 2006, p. 60)

On pressent le type de démarche thérapeutique qui peut naître du processus de conscientisation du «sensible corporel»: un accordage entre le corps et le psychisme qui coïncide avec un accordage entre le sentir et le réfléchir, dans une interaction immédiate comme le laisse entendre D. Bois: «*Les deux étapes sont indispensables: vivre les sensations perçues dans son corps et analyser la pensée, sans que nulle action n'est possible. Dans la démarche que je propose, les sensations internes offrent à éprouver ce que la pensée met en action.*» (Bois, 2002, pp. 66-67)

Si dans la fasciathérapie, la régulation du tonus est première dans le processus théra-

peutique, c'est pour en faire l'instrument d'une réconciliation possible avec soi-même et avec son lieu de référence interne. Ce mode d'accordage somato-psychique s'inscrit comme une pratique de relation d'aide puisqu'il conduit le patient à sentir ce «goût particulier» de se reconnaître, «d'être en concordance avec soi» (Lamboy, 2003, p. 131), de sentir l'accord entre soi et soi, entre ses pensées et son ressenti, entre son corps et son psychisme. Être accordé, c'est sentir ce goût particulier d'être en congruence avec soi-même, d'être authentique avec soi.

## CONCLUSION

Le toucher psychotonique constitue le support de la relation d'aide manuelle en fasciathérapie: il aide la personne à se relier à elle-même, à sa présence à elle et en même temps, il est aidant parce qu'il crée les conditions d'un dialogue, d'une rencontre profonde et féconde entre le patient et le thérapeute.

Le toucher psychotonique est aidant parce qu'il aide la personne à SE CENTRER SUR ELLE-MÊME. Le toucher psychotonique est un support tangible qui aide le patient à retrouver des sensations corporelles, des tonalités organiques qui lui permettent de construire, de percevoir et d'identifier sa présence à elle-même. La personne peut ainsi retrouver un lieu de référence à elle, de sécurité et de sentiment d'elle-même, un point d'appui intérieur. L'accordage somato-psychique reconstruit une présence à soi, mobilise une HOMÉOSTASIE SOMATO-PSYCHIQUE.

Le toucher psychotonique est aidant parce qu'il aide le praticien à SE CENTRER SUR LA PERSONNE. La relation d'aide manuelle permet d'être en permanence à l'écoute des réactions du corps et de la personne. La modulation tonico-psychique, constitue un indicateur fiable de la manière dont se déroule l'accordage entre le patient et le thérapeute. Le praticien utilise ces modulations toniques pour réajuster son entretien tissulaire. La relation d'aide manuelle permet d'accompagner la personne sur la base



d'une référence interne, d'un substratum organique.

Enfin, il convient de préciser que l'entretien tissulaire ne peut pas rendre compte du vécu expérientiel et de la subjectivité éprouvée par le patient. Si le praticien perçoit le processus de changement intérieur, l'apparition de réponses, de résistance, de relâchement, il n'a pas accès au contenu subjectif et au vécu du patient. Dans ces conditions, il convient d'ajouter à L'ENTRETIEN TISSULAIRE une phase D'ENTRETIEN VERBAL qui va aider le patient à formuler le contenu de son expérience et à en tirer du sens. Cette continuité entre l'entretien tissulaire et l'entretien verbal constitue un des aspects

particuliers de la relation d'aide manuelle psychotonique.

Cette relation d'aide qui place le toucher au centre de la relation d'aide nous semble particulièrement adaptée aux compétences du kinésithérapeute. Le kinésithérapeute pourrait ainsi apporter à son geste technique une approche relationnelle qui prend en compte la personne dans sa globalité. Cette approche pourrait trouver une application dans tous les domaines de la kinésithérapie qui demandent un accompagnement de la personne qui souffre (douleurs aiguës, chroniques, maladies graves, somatisations, etc...).

## 2<sup>e</sup> SYMPOSIUM ROMAND D'OSTÉOPATHIE

Christian Courraud sera présent lors du 2<sup>e</sup> Symposium Romand d'Ostéopathie des 28 & 29 septembre. Il donnera une conférence sur la «fasciathérapie et sport: le match de la santé» et son atelier traitera de la «fasciathérapie et sport en pratique ostéopathique».

### BIBLIOGRAPHIE

- Berger, E., 2006, La somato-psychopédagogie ou comment se former à l'intelligence du corps, Paris : Point d'appui
- Bernard, M., 1995, Le corps, Paris : Le seuil
- Bois, D., 2002, Un effort pour être heureux, Paris : Point d'appui
- 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, thèse de doctorat européen, université de Séville, sous la direction d'Antonio Morales et d'Isabel López Górriz.
- Bonneton-Tabariès F., Lambert-Libert A., 2006, Le toucher dans la relation soignant-soigné, Paris, Med-line éditions
- Bourhis, H., 2007, Éducation perceptivo-cognitive chez l'étudiant en formation de somato-psychopédagogie, Mémoire de master 2, Université de Paris 8
- Courraud, C., 2004, La fasciathérapie vers une approche novatrice de la douleur physique et de la souffrance psychique, revue SNKG, janvier février mars 2004
- Courraud, C., 2004, La fasciathérapie somatologie : le toucher psychotonique, revue SNKG, juillet août septembre 2004
- Courraud, C., 2007, Toucher psychotonique et relation d'aide, Mémoire de mestrado, Université moderne de Lisbonne
- De Ajuriaguerra, J. & Angelergues R. (1962), De la psychomotricité au corps dans la relation avec autrui, à propos de l'œuvre de Henri Wallon. Évolutions psychiatriques, 27 (1), pp. 3-23.
- De Ajuriaguerra, J. (1962). Le corps comme relation. Revue Suisse de Psychologie Pure et Appliquée, XXI. (2), pp. 137-157.
- Lamboy, B., 2003, Devenir qui je suis, Une autre approche de la personne, Paris : Desclées de Brouwer
- Lemaire J. G., 1964, La relaxation, Paris, PBP
- Olry P., Lang N., Froissard-Monet M-T., 2005, Distance thérapeutique et corps à corps, l'exemple du traitement de la douleur en masso-kinésithérapie, Paris, Education Permanente n° 165/2005-4
- Rogers, C. R., 2005, La relation d'aide et la psychothérapie, 14<sup>ème</sup> édition, Paris : ESF
- Rouxel, K. & Lani, F., 2006, L'enseignement de la psychosociologie en IFMK : vers une histoire naturelle des prises en charge kinésithérapiques, Paris : fmk mag, n° 80
- Quéré, N., 2004, La pulsologie méthode Danis Bois, Paris : Point d'appui

### ADRESSES & COORDONNÉES

- CENTRE D'ÉTUDE ET DE RECHERCHE APPLIQUÉE EN PSYCHOPÉDAGOGIE PERCEPTIVE (CERAP) : [www.cerap.org](http://www.cerap.org)
- ÉCOLE SUPÉRIEURE DE FASCIATHÉRAPIE SOMATOLOGIE: 71 BOULEVARD DE BRANDEBOURG, 94200 IVRY-SUR-SEINE (FRANCE)  
TÉL : 00 33 1 56 20 10 10 • [www.fasciatherapie.com](http://www.fasciatherapie.com)
- ASSOCIATION NATIONALE DES KINÉSITHÉRAPEUTES FASCIATHÉRAPEUTES (ANKF) : [www.ankf.fr](http://www.ankf.fr)
- FORMATION PROFESSIONNELLE SUISSE MÉTHODE DANIS BOIS : 23, RUE JACQUES GROSSELIN - 1227 CAROUGE.  
TÉL : 00 41 22 342 45 49. [cmerz@9online.fr](mailto:cmerz@9online.fr)

### ADRESSE DE L'AUTEUR

CHRISTIAN COURRAUD: [c.courraud@free.fr](mailto:c.courraud@free.fr)