

Combinaison d’approches quantitatives et qualitatives pour l’évaluation des effets de la fasciathérapie méthode Danis Bois sur la douleur de patients fibromyalgiques

Cyril Dupuis, Master

Université Fernando Pessoa, Portugal

Résumé

L’objectif de cet article est de présenter un exemple de méthodologie de recherche mixte, à la fois quantitative et qualitative. Celle-ci a été élaborée afin d’évaluer les effets sur la douleur chronique d’une thérapie manuelle centrée sur la personne. La fibromyalgie étant un objet de recherche complexe, cette double approche s’est révélée adaptée pour en appréhender les différents paramètres. Après avoir replacé ce travail dans le contexte théorique de la méthodologie mixte et du praticien-chercheur, puis dans le contexte particulier de la fibromyalgie et de la fasciathérapie, la méthodologie spécifique mise au point et les résultats obtenus sont présentés.

Mots clés

MÉTHODOLOGIE MIXTE, DOULEUR CHRONIQUE, FASCIATHÉRAPIE, ANALYSE PHÉNOMÉNOLOGIQUE, INTERPRÉTATION HERMÉNEUTIQUE

Introduction

Cette communication présente la méthodologie de recherche élaborée et déployée lors de ma recherche de master en psychopédagogie perceptive. Elle est l’aboutissement d’un cheminement entre contraintes institutionnelles, contextuelles et professionnelles.

C’est au sein du laboratoire du CERAP que j’ai effectué ce travail de master, et c’est donc sur la méthodologie qui y est développée que je me suis largement appuyé. Celle-ci est résolument qualitative et se positionne dans un axe systémique, incitant l’apprenti chercheur à modifier la conception classique de la méthodologie et à « passer d’une conception procédurale à visée de prescription à une conception systémique à visée de repérage » (Clerc & Tomamichel, 2004, § 14). Il est ainsi guidé dans des choix méthodologiques adaptés à la question de recherche, plutôt que contraint par les prescriptions procédurales du laboratoire. La trame méthodologique a été qualifiée par Bois, directeur du CERAP, de « dynamique de recherche anticipation/émergence » et est divisée en plusieurs phases dont « l’intention est

RECHERCHES QUALITATIVES – Hors-série – numéro 20 – pp. 515-530.

PRUDENCE EMPIRIQUE ET RISQUE INTERPRÉTATIF

ISSN 1715-8702 - <http://www.recherche-qualitative.qc.ca/revue/>

© 2016 Association pour la recherche qualitative

résolument orientée vers une démarche didactique facilitant la démarche de recherche de l'étudiant, lui procurant une sorte de guide pratique » (Bois, Bourhis, & Bothuynne, 2013, p. 117). C'est donc le fruit d'une rencontre entre un objet de recherche, une orientation méthodologique et un praticien-chercheur que je me propose de présenter.

La posture de praticien-chercheur du sensible, dans le champ de la santé

Je suis kinésithérapeute libéral, et c'est sur cette pratique que j'ai choisi d'effectuer ma recherche. Ma motivation première à engager ce travail était de mieux comprendre ma pratique, ses implications et ses effets.

C'est donc avec une posture de praticien-chercheur que j'ai abordé ce travail et ceci, comme développé plus bas, n'a pas été sans influencer la méthodologie déployée. Cette posture particulière, ce « cas limite » (De Lavergne, 2007, p. 28), a d'emblée été poussé à l'extrême, car c'est sur mon exercice quotidien qu'a été mené ce travail. Comme le souligne De Lavergne, dans cette situation, « le praticien-chercheur s'expose, et se lance le défi de mener une analyse scientifique sur sa propre activité professionnelle, sans verser dans le discours professionnel ou réflexif » (2007, p. 38).

La fasciathérapie méthode Danis Bois (MDB) est une thérapie manuelle qui s'inscrit dans les pratiques du Sensible. À travers un toucher spécifique (Bourhis, 2012), elle vise notamment à solliciter la perception corporelle du patient afin de lui donner accès à des potentialités nouvelles. Ainsi, pour Austry, « Le concept de "Sensible" pointe [...] autant la qualité des vécus éprouvés par la personne que la qualité du rapport que la personne entretient avec elle-même et avec son expérience » (2010, p. 14).

De par ma profession de masseur-kinésithérapeute, j'appartiens au monde de la santé. Ce champ disciplinaire est très largement influencé par les recherches quantitatives. La tendance actuelle y est de promouvoir l'« *evidence-based medicine* », qui devient en kinésithérapie l'« *evidence-based practice* » (trop souvent traduite par « pratique basée sur les preuves », au détriment de traductions plus précises telles que « pratique factuelle » ou « pratique basée sur les faits »). Ainsi, les professionnels sont incités à adopter des techniques « basées sur les données actuelles de la science » et à abandonner les techniques « non suffisamment éprouvées ». La recherche, dans un mouvement « *top-down* », devient ainsi prescriptrice de la pratique, sans avoir au préalable interrogé les acteurs de terrain. L'adéquation entre les conditions idéales exigées par les méthodologies quantitatives (aucune comorbidité, observance irréprochable, intervention extrêmement protocolisée, etc) et la réalité du terrain commencent toutefois à être interrogées et des approches plus pragmatiques sont progressivement mises en place¹. Ma posture de praticien-chercheur vient ainsi remettre en question le cadre classique de la recherche en santé et « propose à la communauté scientifique un autre accès à un monde professionnel », dans un désir de

« faire reconnaître le savoir issu de cette pratique de l'innovation ordinaire » (De Lavergne, 2007, p. 31).

L'approche mixte

S'il est évident que la problématisation et la question de recherche ont été très fortement inspirées par ma pratique quotidienne, la méthodologie n'a pas été en reste et a répondu à des exigences directement issues des contraintes du terrain. Ainsi le choix d'une approche mixte s'est faite sous la double contrainte d'une culture médicale largement dominée par les approches quantitatives et d'une approche holistique développée en fasciathérapie, incitant plutôt à interroger le vécu subjectif des patients. Je me retrouvais ainsi face au dilemme déjà évoqué par Rogers, psychologue humaniste :

une opposition entre le positivisme logique dans lequel on m'a élevé et pour quoi j'avais un profond respect, et la pensée existentielle orientée subjectivement qui prenait corps en moi parce qu'elle semblait cadrer si bien avec mon expérience thérapeutique (Rogers, Herbert, & Pagès, 1967, p. 143).

Mais cette dualité est-elle réellement une opposition? N'est-il pas possible, en s'appuyant par exemple sur les enseignements de la phénoménologie, d'envisager l'un et l'autre non comme des opposés, mais comme se potentialisant mutuellement? Ainsi, il me semblait qu'il était possible d'aller plus loin que de simplement se « borner à exposer les divers points de vue et perspectives traduits par les paradigmes de recherche qualitatifs et quantitatifs » (Casebeer & Verhoef, 2000, p. 146) et de plutôt « mélanger les approches qualitatives et quantitatives pour tirer avantage des points forts de l'une afin de compenser les limitations connues de l'autre, dans un contexte particulier »² [traduction libre] (McDowell & MacLean, 1998, p. 15).

Dans le monde de la kinésithérapie, un courant qualitatif apparaît depuis quelques années. En 2008, un article paru dans une revue de massage thérapeutique anglo-saxonne, après avoir relevé qu'« à ce jour, la recherche dans le champ de la santé et de la médecine [...] a été dominée par les approches quantitatives »³ [traduction libre], mettait en avant que les « enquêtes qualitatives sont de plus en plus utilisées dans la recherche en santé car elles sont particulièrement adaptées à l'étude de phénomènes complexes »⁴ [traduction libre] (Kania, Porcino, & Vehoeft, 2008, p. 6). Plus récemment, un plaidoyer pour la recherche qualitative en physiothérapie⁵ constatait dans ce champ particulier qu'« il y a une dysbalance majeure entre la recherche qualitative et quantitative avec moins d'un pourcent d'études qualitatives » (Schoeb, 2012, p. 86). Un des principaux arguments en faveur de cet enrichissement méthodologique est que la « recherche qualitative est capable, certes, d'apporter des nouvelles connaissances par rapport à l'efficacité des traitements, mais la physiothérapie ne peut être réduite aux techniques d'intervention » (Schoeb, 2012,

p. 90). De mon point de vue, les instances de la kinésithérapie devraient également envisager, outre les avantages en terme d'adéquation aux pratiques, le coût de la recherche. En effet, pour la recherche clinique en « Europe, on trouve volontiers des niveaux de financement de l'ordre de 1 à 2M€ par projet » (Aviesan, 2012, p. 6). La profession ne possède *a priori* pas les capacités à mobiliser de telles sommes pour mener des recherches cliniques conformes aux standards recommandés en médecine et aurait tout à gagner à modifier le cadre épistémologique de la recherche en kinésithérapie.

Pour finir, je souhaitais vérifier s'il y avait une corrélation entre l'analyse des données qualitatives issues des entretiens à travers une approche classificatoire, phénoménologique et herméneutique, et l'analyse quantitative des données issues de l'évaluation de la douleur grâce à l'échelle visuelle analogique (EVA). L'analyse qualitative donnerait probablement accès à des données plus profondes, plus proches de la réalité des patients et laisserait apparaître des données émergentes qui permettraient de mieux comprendre la complexité de la douleur et ses composantes satellites (telles que le sommeil, la vitalité, la fatigue), les rapports sociaux et familiaux, ainsi que le vécu de l'intervention.

Cette méthodologie m'a permis d'interroger les effets de l'intervention de fasciathérapie depuis le point de vue des patients, alors que l'EVA m'a de son côté permis de mesurer quantitativement les variations de l'intensité de la douleur.

Un exemple d'approche mixte

La fibromyalgie, phénomène douloureux chronique

La population sur laquelle a porté l'intervention est un groupe de personnes souffrant de fibromyalgie. Cette pathologie est médicalement inexpliquée et aucun examen complémentaire ne permet d'affirmer son diagnostic. C'est donc principalement sur l'anamnèse que repose l'évaluation de la maladie. Celle-ci comporte trois grands signes, intriqués : une douleur et une fatigue chroniques ainsi que des troubles du sommeil.

La douleur est une expérience à la fois commune à tous les êtres humains et hautement singulière. Son évaluation a ainsi été sujet à de nombreux débats et s'il est aujourd'hui connu que de nombreux facteurs peuvent l'influencer (Kopf & Patel, 2010), la recherche est encore largement active sur ce sujet. Quand la douleur devient chronique, qu'elle affecte la personne au quotidien, elle ne le touche plus seulement par son rôle de signal d'alarme et son caractère désagréable, mais elle l'atteint bien plus largement, « dans ses dimensions somatique, affective, cognitive et comportementale » (Moulin & Boureau, 2003, p. 15). Il devient alors nécessaire de déployer des modes d'évaluation adaptés à la complexité de ce « syndrome multidimensionnel » (Haute Autorité de Santé, 2008, p. 1).

La fasciathérapie

Le fascia est un des tissus du corps humain. Longtemps négligée par les anatomistes et les cliniciens, la recherche se mobilise depuis une quinzaine d'année pour étudier cette structure présente dans toutes les parties du corps et aux caractéristiques multiples (Schleip, Findley, Chaitow, & Huijing, 2013). Ses capacités mécaniques maintiennent la forme des organes et du corps et lient ainsi toutes les parties ensemble, du sommet du crâne au bout des orteils. C'est également un organe de perception extrêmement riche qui participe à l'intéroception et par voie de conséquence au sentiment identitaire de la personne (Schleip & Jager, 2012).

L'implication du fascia dans la fibromyalgie est régulièrement évoquée par les chercheurs (Benians, 1948; Schleip, Klingler, & Lehmann-Horn, 2006) et les praticiens (Findley, 2009). Plus récemment, Liptan (2010) a mis en évidence une micro-inflammation du fascia chez les personnes souffrant de fibromyalgie et suggère que

l'inflammation et le dysfonctionnement du fascia peuvent être la cause de la sensibilisation centrale de la fibromyalgie. Si cette hypothèse est confirmée, les possibilités de traitement pourraient être élargies et inclure les thérapies manuelles qui s'adressent au fascia (p. 4).

Enfin, une étude exploratoire récemment menée au cours d'une thèse de doctorat reprend cette hypothèse et semble montrer que le traitement du fascia est efficace et pertinent pour les personnes souffrant de fibromyalgie (Segarra, 2015).

Il existe de nombreuses techniques manuelles qui s'adressent au fascia et la recherche dans ce champ se développe également. Une société savante, la « *Fascia Research Society* », regroupe les chercheurs, qu'ils soient issus de la recherche fondamentale ou du terrain et encourage un dialogue bidirectionnel entre ces deux groupes.

La fasciathérapie MDB a été développée par le Pr Danis Bois à partir des années 80 et est issue de l'ostéopathie. Elle en reprend l'approche globale du corps et y ajoute une dimension psychopédagogique qui s'adresse à la personne dans son ensemble (Bois, 2006). Le toucher manuel a pour vocation de permettre au patient d'enrichir ses perceptions pour modifier le rapport à son corps (Bois, 2007). Elle est aussi caractérisée par la sollicitation des processus d'autorégulation somato-psychique (Bois, 2007) et un toucher de relation qui est le support d'une posture empathique sur laquelle se base le traitement.

À ce jour, il existe des travaux de recherche qualitatifs qui concernent les effets de la fasciathérapie sur l'anxiété (Convard, 2013), le mal-être (Angibaud, 2011), le rapport à la santé (Duval, 2010), le stress (Queré, Noël, Lieutaud, & d'Alessio, 2009), l'accompagnement de la grossesse (Barbier-Godard, 2013), les troubles du périnée

(Fellmann, 2013), le sport (Fenet, 2013; Girodet, 2013; Lambert, 2013; Rosier, 2013; Serre, 2013) et la relation d'aide (Courraud, 2007).

Population

La population auprès de laquelle s'est effectuée la recherche est constituée de sept personnes. Parmi elles, sur les quatre ayant fait l'objet d'un entretien de recherche, trois ont répondu aux EVA. J'ai fait le choix de réaliser des EVA auprès de trois autres personnes n'ayant pas fait l'objet d'un entretien. Le diagnostic de fibromyalgie a été établi par un médecin spécialiste. L'objectif n'étant pas de valider la fasciathérapie dans la prise en charge de la fibromyalgie, mais d'explorer ses effets sur la douleur, les patients interrogés sont des personnes que je voyais régulièrement en séances. Les consultations étaient généralement espacées d'une à deux semaines.

La population totale interrogée pour ce travail se composait d'un homme pour sept femmes, avec un âge compris entre 30 et 59 ans ($\bar{x}=43$ et $\sigma=8,5$) et un suivi en fasciathérapie variant entre 6 mois et 4 ans ($\bar{x}=2,5$ et $\sigma=1,5$). Si on ne retient que les personnes qui ont répondu à l'entretien, la population était composée d'un homme pour trois femmes, les participants ayant un âge compris entre 30 et 49 ans ($\bar{x}=38$ et $\sigma=7$). La population ayant répondu aux EVA était entièrement féminine, et avait entre 30 et 46 ans ($\bar{x}=39$ et $\sigma=5,5$).

Les personnes ayant répondu à un entretien

Dans la mesure où cette recherche tente d'évaluer les effets de la fasciathérapie rapportés par les patients sur leurs douleurs, j'ai sélectionné les personnes que je considérais les mieux à même de parler de ces effets. J'ai donc choisi des patients que je suivais depuis plusieurs mois afin qu'ils puissent avoir une vision d'ensemble des effets, et que leur expérience de la fasciathérapie soit suffisante pour avoir une idée précise de ces effets.

Les personnes ayant évalué leur douleur

Afin de garder une certaine homogénéité dans les deux populations, je me suis attaché à sélectionner pour l'évaluation par EVA des patients qui étaient suivis depuis au moins 6 mois. Les huit patients que je suivais au début de l'étude et qui répondaient aux critères ont été sollicités. Tous ont accepté, mais un a été retiré de l'évaluation quantitative pour manque de régularité dans le remplissage des EVA, tout en restant dans la partie qualitative. Une autre a décidé de suspendre les séances et est sortie de l'étude. Au final, six personnes ont été retenues. Les patients ont évalué de 5 à 14 séances ($\bar{x}=9,2$ et $\sigma=3$) réparties sur 6 à 16 semaines ($\bar{x}=14,3$ et $\sigma=4$).

Recueil des données

Pour réaliser cette étude mixte, j'ai élaboré deux dispositifs me permettant de recueillir les données issues du terrain, à la fois qualitatives et quantitatives. Les données qualitatives ont été recueillies à la fin du recueil des données quantitatives.

Les données qualitatives sont issues d'entretiens de recherche semi-directifs. L'objectif était de favoriser l'émergence d'informations nouvelles et de rester sans *a priori* quant aux résultats. Un guide d'entretien a été construit pour interroger au mieux l'expérience particulière des personnes fibromyalgiques sur la base de mon expérience clinique et à partir des données de la littérature. En effet, parler de son expérience n'est communément pas chose aisée, et quand il s'agit d'une expérience sensible, cette difficulté s'accroît. Concrètement, j'ai ainsi créé 3 thématiques à explorer (les effets de la fasciathérapie sur les composantes de la douleur, les contenus de vécu des patients au contact de la fasciathérapie et les conséquences de la fibromyalgie), en reprenant les questionnements de la problématisation initiale et en effectuant une étude exploratoire, un premier essai, sur une personne. Le contenu des entretiens a été enregistré puis retranscrit *in extenso* pour constituer des verbatims. Afin de préserver l'anonymat, j'ai utilisé des prénoms fictifs lors des retranscriptions.

Le recueil de données quantitatives reposait sur l'évaluation de la douleur à l'aide de l'échelle visuelle analogique (EVA). Cette méthode est largement répandue dans le monde de la santé (Ross, & LaStayo, 1997), internationalement validée et a été recommandée en France par l'ANAES⁶ (Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé, 1999). Elle va dans le sens des recommandations de l'IASP⁷, car elle fait partie des outils facilement et rapidement compris par les acteurs du soin : « le test le plus performant est rapide, simple et porteur de sens, à la fois pour le patient et pour le praticien »⁸ [traduction libre] (Harding, Simmonds, & Watson, 1998, p. 2). Elle s'applique à une large population de patients, est reproductible, facile d'utilisation et de présentation et d'un coût extrêmement bas. Elle présente enfin l'avantage d'objectiver l'intensité de la douleur et de fournir ainsi des données numériques facilement manipulables. Une version papier de l'EVA a été utilisée. Elle possède une ligne de 10 cm présentant à gauche la mention « absence de douleur » et à droite « douleur maximale imaginable ». Le patient doit indiquer par un trait son niveau de douleur actuel (ANAES, 1999). Pour les besoins de l'étude, j'ai réalisé un carnet qui contenait 8 EVA (Figures 1 et 2) permettant une évaluation de la douleur à 8 temps distincts : juste avant la séance, à la fin de la séance, une heure après la séance et quotidiennement pendant cinq jours.

Analyse des données

Une analyse en parallèle des deux types de données a été réalisée afin de faciliter leur compréhension mutuelle et l'orientation des résultats. L'analyse statistique est restée descriptive et simple en raison du caractère exploratoire de l'étude et du nombre

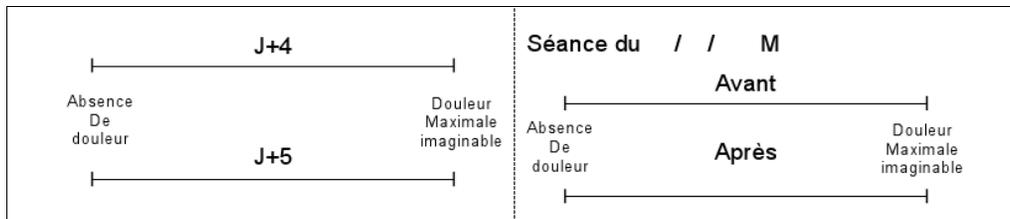


Figure 1. Recto du carnet d'évaluation.

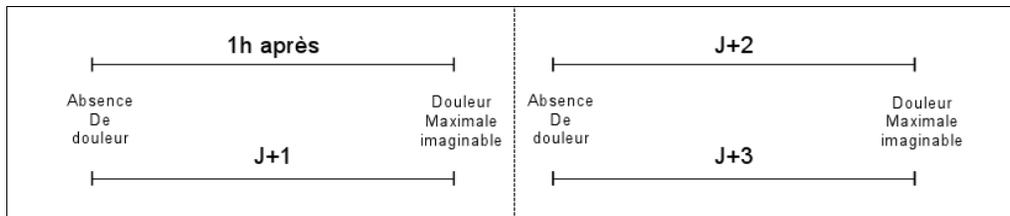


Figure 2. Verso du carnet d'évaluation.

restreint de sujets. L'analyse des données qualitatives s'est déroulée en trois phases : analyse classificatoire, analyse phénoménologique et analyse herméneutique transversale.

Données qualitatives

La première approche a été une analyse classificatoire qui a permis de s'immerger dans les données et de commencer à les structurer. Il s'agit de « dégager les propriétés essentielles de l'objet analysé, selon un angle spécifique » (Paillé, 1994, p. 156) en se basant sur les catégories *a priori* et en laissant émerger de nouvelles catégories dans une première forme d'analyse pour laquelle « Il s'agit simplement de dégager, relever, nommer, résumer, thématiser, presque ligne à ligne, le propos développé » (Paillé, 1994, p. 154).

La mise en intrigue phénoménologique qui a suivi a tenté de repousser au maximum l'interprétation. En effet, « elle consiste à suspendre nos *a priori*, nos croyances, nos représentations, de façon à pouvoir entrer en relation avec "la chose telle qu'elle est" » (Bois, 2007, p. 136-137). Ainsi, l'analyse est restée au plus près des données tout en mettant en valeur un premier niveau de compréhension. Cette analyse épouse les grandes lignes de l'analyse phénoménologique tel que Paillé et Mucchielli (2008) le proposent : « le retour aux choses pour ce qu'elles sont, telles qu'elles se présentent, comme elles se présentent » (p. 86). La structure organisationnelle des analyses phénoménologiques présente trois parties : une fiche signalétique, les effets

de la fasciathérapie sur les différentes composantes de la douleur et les contenus de vécu lors des séances de fasciathérapie.

Ce corpus est enfin analysé à l'aide d'une méthode herméneutique transversale qui permet de rendre compte en finesse et en profondeur des contenus de discours d'un témoignage interrogeant des vécus corporels (Bois et al., 2013). Conformément à ce que propose Ricœur (1986), il s'agit de réaliser une analyse plus profonde et plus interprétative :

dans la mesure où le sens d'un texte s'est rendu autonome par rapport à l'intention subjective de son auteur, la question essentielle n'est pas de retrouver, derrière le texte, l'intention perdue, mais de déployer, devant le texte, le monde qu'il ouvre et découvre (p. 58).

En effet, ce qui m'intéressait dans le mouvement herméneutique était d'accéder à des savoirs et des connaissances qui ont dépassé l'intention de la personne interviewée. C'est à travers des associations, des analogies et des mises en contraste que sont apparus de nouveaux sens et de nouvelles significations.

Données quantitatives

L'analyse des données quantitatives a été réalisée à l'aide d'outils statistiques simples (médiane, moyenne, écart-type, différence, etc.). En effet, vu le faible nombre de participants, une analyse plus poussée n'aurait pas été pertinente. L'analyse s'est également appuyée sur une mise en graphique des données et a été de type descriptive. Elle a permis, pour trois participants, de faire ressortir une diminution de l'intensité de la douleur après les séances et d'en visualiser l'évolution dans le temps.

Résultats

Une première analyse sommaire des résultats statistiques a montré une très grande variabilité de la douleur. De la même manière, les premières analyses des données qualitatives ont mis en évidence qu'un grand nombre de facteurs pouvaient interférer et majorer la douleur. J'ai ainsi fait le choix de modifier, en cours de route, le recueil des données quantitatives pour ne conserver que les quatre premières évaluations (avant, après, h1 et j1). Celles-ci montraient *a priori* de manière plus spécifique les effets de la fasciathérapie. Cette adaptation de la méthodologie au cours de la recherche met en évidence la « différence entre la méthode idéale projetée et la méthode effectivement utilisée » (Clerc & Tomamichel, 2004, § 8) et se place dans la lignée du questionnement de Bois et al. (2013) : « Comment articuler la dynamique anticipatrice avec la dynamique créative et émergente? » (p. 117).

Les pics de douleur

L'expérience clinique ayant montré qu'il existe parfois une augmentation importante de la douleur sur une courte période après la séance, le protocole de recueil des données à l'EVA a été établi pour tenter d'évaluer ce phénomène en mesurant la

douleur une heure après la séance. Lors de l'analyse, une augmentation de l'intensité de la douleur apparaît chez 4 patients (1, 2, 3 et 4) au cours de certaines séances. Cependant, c'est l'analyse des données qualitatives qui a permis de les définir comme des « pics de douleur ». De plus, les entretiens nous permettent de savoir que pour une patiente, le pic est systématique alors qu'on ne le retrouve pas systématiquement à l'EVA; que pour une autre, c'est un pic « assez impressionnant » alors que la variation à l'EVA est faible; et pour une troisième, le pic de douleur est présent « très souvent » alors qu'il apparaît peu à l'EVA.

Ceci amène à se questionner : l'EVA après une heure passe-t-il à côté du pic, auquel cas il pourrait être intéressant de reprendre le protocole et de demander à évaluer l'intensité maximum au moment du pic, sans temporalité précise. Ou bien est-ce le vécu de la douleur qui est modifié alors que la variation d'intensité est modérée ou nulle? La fasciathérapie ayant comme objectif d'augmenter la sensibilité ou du moins le rapport aux perceptions, il est possible que la variation de douleur soit minime alors que la discrimination augmente, et que le « signal douloureux » soit interprété différemment.

De plus, l'évaluation qualitative montre que cette augmentation est de durée relativement courte et qu'elle est suivie d'une diminution de la douleur, ce qui n'apparaît pas à l'EVA.

Les périodes de crise

L'EVA ne tient pas compte du contexte. Ainsi, lors du recueil de données quantitatives, aucune information n'est donnée sur l'évolution de la pathologie et notamment de la douleur prise dans son ensemble. Ainsi, l'expérience clinique met en évidence l'existence de périodes d'augmentation de la douleur qui durent de quelques jours à quelques semaines. Ceci ressort à l'analyse des entretiens, et les patients relèvent tous la pertinence de la fasciathérapie pour lutter contre le surcroît de douleur propre à ces moments-là. Ce résultat ne ressort pas à l'analyse des EVA. À nouveau, on peut se demander si les EVA ont été relevées en dehors de ces périodes de crise ou si la douleur en phase de crise a un niveau habituel et qu'il s'agit plutôt d'un changement de rapport à la sensation douloureuse.

Le vécu de la douleur

Mon expérience clinique m'avait suggéré que les séances de fasciathérapie avaient un rôle dans la gestion de la douleur par le patient. L'analyse des entretiens a effectivement confirmé ce sentiment, mais des données beaucoup plus riches sont apparues.

L'amélioration de la gestion de la douleur ressort clairement chez 3 personnes. Elle est basée d'une part sur les informations délivrées lors des séances sur la pathologie elle-même et d'autre part sur la prise en compte des indicateurs internes,

des informations somatiques auxquelles les patients ont accès pour mieux planifier leurs activités et adapter leurs efforts en temps réel.

Il est également apparu, au cours de l'analyse qualitative, qu'il existait pour tous les participants un sentiment de détente musculaire et de relâchement psychique en lien avec les séances. Ceci apparaît à travers des expressions telles que « ça me détend », « m'aider à me relaxer », « ça me décontracte », « doux et apaisant », « bien-être ». Ainsi, même si la douleur ne diminue pas clairement sur les EVA, les entretiens permettent de mettre en évidence que la douleur est mieux vécue pendant et après les séances de fasciathérapie.

Enfin, l'amélioration du sommeil est rapportée par trois participants. Elle se situe au niveau de la continuité, de l'aspect réparateur, de la vitalité matinale, et le sommeil est plus serein, moins agité. Le lien entre douleur et sommeil n'est pas fait par les participants, mais il est clairement établi dans la littérature.

Il semble évident que ce type d'informations ne peut apparaître qu'en interrogeant les patients. Dans un deuxième temps, une évaluation quantitative pourrait être élaborée pour questionner ces dimensions émergentes de la douleur, mais elle ne pourrait s'appuyer que sur une analyse qualitative préalable.

L'intérêt d'une évaluation chiffrée

Au cours des entretiens, les patients rapportent des modulations de leurs douleurs. Cependant, il est difficile de se faire une idée précise de l'intensité de la douleur et de ses variations. Les patients utilisent des descriptions qui informent en partie sur cette donnée (« quand j'ai trop mal », « des douleurs un peu plus fortes », « C'est moins intense ») mais il est difficile d'avoir accès aux détails. De son côté, l'EVA permet d'accéder en partie à plus de précision. Ainsi, pour une patiente, la moyenne des variations avant-après sur 14 séances s'élève à 0,4 avec un écart-type de 0,6⁹. Un tel niveau de précision n'apparaît pas lors de l'analyse des données qualitatives.

Conclusion

En conclusion de cette discussion à propos de l'EVA et de son association avec l'analyse qualitative, l'EVA apparaît importante pour évaluer l'influence d'une thérapeutique sur la douleur dans ses critères d'intensité et dans une certaine mesure de temporalité. Elle donne également accès à une précision que l'approche qualitative ne permet pas spontanément. L'évolution de la douleur peut également être suivie avec finesse.

Cependant elle est insuffisante quand il s'agit d'évaluer une population qui présente une symptomatologie aussi complexe que la douleur chronique. Sous l'éclairage de cette recherche, il semble pertinent d'associer à l'approche quantitative une analyse qualitative pour enrichir les résultats et connaître l'arrière-scène du vécu du patient.

De plus, il apparaît que la richesse des données qualitatives favorise l'émergence de données nouvelles, parfois inattendues.

Ainsi, chacune des deux approches donne accès à des données spécifiques permettant de mieux évaluer et de mieux comprendre l'impact de la fasciathérapie sur les douleurs de la fibromyalgie. Si les données se recoupent souvent, ce qui permet une certaine confirmation des résultats, il arrive également qu'elles divergent, faisant ainsi émerger un questionnement ou une connaissance qui ne seraient certainement pas apparus sans la mixité de l'approche. L'intérêt de l'approche mixte peut ainsi être envisagé comme confirmatoire, dans les zones de recoupement des résultats, ou au contraire, contradictoire dans les zones de friction.

Notes

¹ Voir par exemple les critères PRECIS 2 (<https://crs.dundee.ac.uk/precis>).

² « *blend qualitative and quantitative approaches to take advantage of the particular strengths of one approach in compensating for known limitations in the other under particular circumstances* » (McDowell & MacLean, 1998, p. 15).

³ « *To date, research in the field of health and medicine (including the field of complementary and alternative medicine) has been dominated by quantitative research approaches* » (Kania & al., 2008, p. 6).

⁴ « *Qualitative inquiry is increasingly used in health research because it is particularly suited to the study of complex topics* » (Kania et al., 2008, p. 6).

⁵ Autre nom de la kinésithérapie.

⁶ Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé.

⁷ *International Association for the Study of Pain* (Association internationale pour l'étude de la douleur).

⁸ « *The best performance testing is quick, simple, and meaningful to both patient and practitioner* » (Harding et al., 1998, p. 2).

⁹ L'EVA est validée pour une mesure au millimètre.

Références

- Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES). (1999). *Évaluation et suivi de la douleur chronique chez l'adulte en médecine ambulatoire*. Repéré à http://www.cnrd.fr/IMG/pdf/PEC_dl_ad_ambul.pdf
- Angibaud, A. (2011). *La fasciathérapie et le mal être* (Mémoire de master inédit). Université Fernando Pessoa, Porto.

- Austry, D., & Berger, E. (2010). Le chercheur du sensible : sa posture entre implication et distanciation. *Réciprocités : Exploration des concepts du paradigme du Sensible*, 4. Repéré à <http://www.cerap.org/epist%C3%A9mologie-m%C3%A9thodologie/le-chercheur-du-sensible-%E2%80%93-sa-posture-entre-implication-et-distanciation>
- Aviesan (2012). *Financement public de la recherche clinique en France*. Repéré à : http://extranet.inserm.fr/content/download/62387/414380/version/4/file/InterITM-ORechClin_def.pdf
- Barbier-Godard, C. (2013). *Fasciathérapie et problématiques abdomino-lombopelviennes chez la femme enceinte* (Mémoire de master inédit). Université Fernando Pessoa, Porto.
- Benians, R. (1948). Fibrositis. *British Medical Journal*, 2(4573), 442.
- 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 inédite). Université de Séville, Séville.
- Bois, D., Bourhis, H., & Bothuyne, G. (2013). La dynamique de recherche anticipation / émergence : approche catégorielle innovante du récit autobiographique d'une patiente ayant traversé l'épreuve du cancer. *Recherches qualitatives, Hors-Série*, 15, 116-131.
- Bourhis, H. (2012). *Toucher manuel de relation sur le mode du Sensible et Intelligence sensorielle* (Thèse de doctorat inédite). Université Paris 8, Paris.
- Casebeer, A., & Verhoef, M. (2000). L'utilisation combinée des méthodes de recherche qualitatives et quantitatives pour améliorer l'étude des maladies chroniques. *Santé*, 18(3), 145-151.
- Clerc, F., & Tomamichel, S. (2004). Quand les praticiens deviennent chercheurs. *Éduquer*, 8. Repéré à <http://rechercheseducations.revues.org/339>
- Convard, C. (2013). *Fasciathérapie et anxiété sportive* (Mémoire de master inédit). Université Fernando Pessoa, Porto.
- Courraud, C. (2007). *Toucher psychotonique et relation d'aide* (Mémoire de master inédit). Université Moderne de Lisbonne, Lisbonne.
- De Lavergne, C. (2007). La posture de praticien chercheur : un analyseur de l'évolution de la recherche qualitative. *Recherches qualitatives, Hors-série*, 3, 28-42.

- Duval, T. (2010). *Fasciathérapie et transformation du rapport à la santé* (Mémoire de master inédit). Université Fernando Pessoa, Porto.
- Fellmann, N. (2013). *Fasciathérapie endopelvienne et vécus des patientes* (Mémoire de master inédit). Université Fernando Pessoa, Porto.
- Fenet, J.- B. (2013). *Fasciathérapie et natation* (Mémoire de master inédit). Université Fernando Pessoa, Porto.
- Findley, T. (2009). Second international fascia research congress. *International Journal of Therapeutic Massage & Bodywork*, 2(2), 1.
- Girodet, F. (2013). *Fasciathérapie et sport de loisir* (Mémoire de master inédit). Université Fernando Pessoa, Porto.
- Harding, V., Simmonds, M., & Watson, P. (1998). Physical therapy for chronic pain. *Pain Clinical Updates*, 6(3), 1-4.
- Haute Autorité de Santé (HAS). (2008). *Douleur chronique : reconnaître le syndrome douloureux chronique, l'évaluer et orienter le patient*. Repéré à http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-01/douleur_chronique_synthese.pdf
- Kania, A., Porcino, A., & Vehoeft, M. J. (2008). Value of qualitative research in the study of massage therapy. *International journal of therapeutic massage & bodywork*, 1(2), 6.
- Kopf, A., & Patel, N. (2010). *Guide to pain management in low-resource settings*. Seattle, WA : IASP.
- Lambert, S. (2013). *Fasciathérapie et ressources attentionnelles du golfeur* (Mémoire de master inédit). Université Fernando Pessoa, Porto.
- Liptan, G. L. (2010). Fascia : a missing link in our understanding of the pathology of fibromyalgia. *Journal of Bodywork and Movement Therapies*, 14(1), 3-12.
- McDowell, I., & MacLean, L. (1998). Blending qualitative and quantitative study methods in health services research. *Health Informatics Journal*, 4(1), 15.
- Moulin, J. F., & Boureau, F. (2003). *Syndromes douloureux chroniques : complexité et pluridisciplinarité*. Dans A.-M. Alliaz (Éd.), *Aspects psychologiques de la douleur chronique* (pp. 15-33). Paris : Institut UPSA de la douleur.
- Paillé, P. (1994). L'analyse par théorisation ancrée. *Cahier de recherche sociologique*, 23, 147-181.
- Paillé, P., & Mucchielli, A. (2008). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Paris : Armand Colin.

- Queré, N., Noël, E., Lieutaud, A., & d'Alessio, P. (2009). Fasciatherapy combined with pulsology touch induces changes in blood turbulence potentially beneficial for vascular endothelium. *Journal of Bodywork and Movement Therapies*, 13(3), 239-245.
- Ricœur, P. (1986). *Du texte à l'action : essais d'herméneutique. Tome II*. Paris : Éditions du Seuil.
- Rogers, C., Herbert, E., & Pagès, M. (1967). *Le développement de la personne*. Paris : Dunod.
- Rosier, P. (2013). *La Fasciathérapie Méthode Danis Bois et la récupération physique, mentale et somato-psychique du sportif de haut niveau* (Thèse de doctorat inédite). Université Fernando Pessoa, Porto.
- Ross, R. & LaStayo, P. (1997). Clinical assessment of pain. Dans J. Van Deus, & D. Brunt (Éds), *Assessment in occupational therapy and physical therapy* (pp. 122-133). Philadelphia, PA : W. B. Saunders.
- Schleip, R., Findley, T. W., Chaitow, L., & Huijing, P. (2012). *Fascia : the tensional network of the human body : the science and clinical applications in manual and movement therapy*. Edinburg, TX : Elsevier Health Sciences.
- Schleip, R., & Jager, H. (2012). Interoception : a new correlate for intricate connections between fascial receptors, emotion and self recognition. Dans R. Schleip, T. W. Findley, L. Chaitow, & P. A. Huijing (Éds), *Fascia : the tensional network of the human body* (pp. 89-94). London : Churchill Livingstone.
- Schleip, R., Klingler, W., & Lehmann-Horn, F. (2006). Fascia is able to contract in a smooth muscle-like manner and thereby influence musculoskeletal mechanics. *Journal of Biomechanics*, 39(1), 488.
- Schoeb, V. (2012). La recherche qualitative en physiothérapie : quelle place mérite-t-elle? *Kinésithérapie, La revue*, 12(127), 85-93.
- Segarra, K. B. (2015). *A pilot study measuring outcomes of managing fascial health for individuals with fibromyalgia*. Repéré à : http://balinesetraditionalmassage.com/Balinese_Traditional_Massage_LLC/Blog/Entries/2015/2/27_A_Pilot_Study_Measuring_Outcomes_of_Fascial_Health_in_Fibromyalgia_files/SEGARRA%20IASI%202015%20-%20TO%20PRINT.pdf
- Serre, A. (2013). *Pédagogie perceptive et étirements* (Mémoire de master inédit). Université Fernando Pessoa, Porto.

***Cyril Dupuis** est masseur-kinésithérapeute libéral, enseignant en fasciathérapie et assistant-chercheur au CERAP. Titulaire d'un master en psychopédagogie perceptive, il s'intéresse particulièrement à la douleur chronique et aux méthodologies de recherche mixtes.*