

Intérêts de la fasciathérapie pour la prise en charge de la lombalgie chronique commune en physiothérapie

Contexte, méthodologie et protocole d'un essai clinique



Bertrand Isabelle,

Docteure en sciences sociales, chercheuse au CERAP, formatrice en somato-psycho-pédagogie et fasciathérapie au sein de TMG Concept, membre de l'association FasciaFrance



Cyril Dupuis

Fasciathérapeute, somato-psycho-pédagogue, formateur à TMG concept, assistant chercheur au CERAP, membre de l'association FasciaFrance.



Christian Courraud

Kinésithérapeute, Dr en sciences sociales, directeur du CERAP/UFP, professeur invité auxiliaire de l'Université Fernando Pessoa, formateur à TMG Concept, membre de l'association FasciaFrance.

Résumé : La lombalgie est une pathologie extrêmement répandue dont la physiopathologie est mal connue et sa prise en charge complexe. Elle mobilise l'intérêt de chercheurs et de cliniciens du monde entier. L'évolution récente des connaissances sur le fascia suggère l'implication de ce tissu dans la lombalgie et ouvre de nouvelles perspectives thérapeutiques. Dans ce contexte, FasciaFrance organisation professionnelle regroupant les praticiens exerçant la fasciathérapie Méthode Danis Bois (MDB) a décidé de monter un essai clinique avec le soutien logistique du CERAP-UFP dans le but d'évaluer les effets de la fasciathérapie sur les dimensions biopsychosociales de la lombalgie (évaluation de la douleur, de la qualité de vie, de la fonctionnalité et de l'anxiété) et d'identifier ses éventuels apports à la prise en charge en masso-kinésithérapie conventionnelle. Cet article présente le contexte scientifique et le protocole de recherche qui a reçu un avis favorable des autorités compétentes

Mots clés : étude clinique, fasciathérapie, lombalgie, douleur, méthodologie

Abstract : Low back pain is an extensively prevalent condition that mobilizes the interests of researchers and clinicians around the world. Its physiopathology is poorly understood, and its treatment is complex. In this context, we present an ongoing clinical study, aiming at evaluating the effects of DBM Fasciotherapy on low back pain (evaluation of pain, quality of life, function and anxiety) and the possible contributions of DBM Fasciotherapy to conventional physiotherapy treatment. The protocol anticipates the inclusion of 180 patients, in the private practices of physiotherapists trained in DBM Fasciotherapy. The results of the study are expected in the Summer of 2023.

Keywords : clinical study, fasciotherapy, low back pain, pain, methodology

DOI:10.5281/zenodo.10658768

Introduction

La lombalgie, définie par une douleur située entre la charnière thoraco-lombaire et le pli fessier inférieur, fait l'objet de nombreuses recherches scientifiques. Cette pathologie dont l'origine est multifactorielle, est complexe tant dans d'étiologie que la prise en charge. Quand aucune cause n'est identifiée (traumatique, tumorale ou infectieuse), la lombalgie est dite « commune », et elle est « chronique » quand elle évolue depuis plus de 3 mois (HAS, 2019). Les causes des lombalgies communes restent relativement obscures et probablement multifactorielles.

La Haute Autorité de Santé (HAS) a publié des recommandations de prise en charge en masso-kinésithérapie pour les phases subaiguë et chronique. Cependant, les différentes techniques de soin ne sont pas bien définies (HAS, 2005, 2019). De nouveaux modèles thérapeutiques centrés sur la neuro-physiologie remplacent progressivement les modèles basés sur la biomécanique et de nouveaux programmes centrés sur l'éducation du patient et sur une approche biopsychosociale commencent à voir le jour (Nijs et al., 2011).

Des données récentes (Hoheisel et al., 2015; Langevin

et al., 2011; Wilke et al., 2017; Willard et al., 2012) mettent en évidence l'implication du fascia dans la lombalgie et des études cliniques montrent le rôle de divers types de thérapies manuelles (manipulation fasciale, myofascial release) des fascias et leur intérêt dans la prise en charge multidimensionnelle de la lombalgie (Ajimsha et al., 2014 ; Branchini et al., 2016 ; Harper et al., 2019 ; Tozzi et al., 2011). Ce nouvel essai clinique contribuera à mieux comprendre l'utilité clinique de recourir aux thérapies fasciales dans le traitement de la lombalgie. Il permettra également d'identifier s'il existe une spécificité clinique propre à la fasciathérapie MDB et il alimentera la réflexion sur la pertinence d'appliquer la fasciathérapie MDB seule ou en association avec la masso-kinésithérapie. ■■

Lombalgie commune et masso-kinésithérapie

Dans ses recommandations de 2005, la HAS recommande principalement les exercices thérapeutiques, le massage, l'électrothérapie et les tractions vertébrales. Peuvent y être ajoutés balnéothérapie, contentions lombaires, thermo/cryothérapie et réflexothérapie. Elle indique également que le protocole ne peut être clairement

▶ défini et que certaines techniques comme celles de Sohier et de Mézières peuvent avoir un intérêt. Il est également précisé que le projet du patient doit être pris en compte.

Dans son mémo de 2019, les recommandations sont plus orientées vers le maintien d'une activité physique, l'éducation thérapeutique et la sollicitation de la participation active du patient. Les thérapies dites passives sont déconseillées seules. La lombalgie est envisagée comme une atteinte biopsychosociale et ce sont ces 3 facteurs qui doivent faire l'objet de traitements. Par exemple, les thérapies cognitives et comportementales sont recommandées. Dans toutes les recommandations récentes, la prise en charge pluridisciplinaire est mise en avant, et les thérapies complémentaires ne sont pas écartées, pour leur rôle de support aux soins conventionnels.

Lombalgie commune et fascia

Des recherches récentes ont mis en évidence l'implication du fascia dans la lombalgie, notamment le fascia thoraco-lombaire (Langevin et al., 2011; Wilke et al., 2017). Dans un article de synthèse sur l'anatomie des fascias, Willard (2012) définit le fascia thoraco-lombaire comme « un complexe de plusieurs couches

qui séparent les muscles paravertébraux des muscles du mur abdominal postérieur ». Le consensus se fait sur un modèle anatomique en 3 couches, composé du carré des lombes, du fascia transversalis, de l'aponévrose des paravertébraux, du grand dorsal et du dentelé postéro-inférieur (Willard et al., 2012). Cette structure possède des propriétés mécaniques permettant de répartir et de réguler les contraintes qui s'exercent dans cette zone (Gracovetsky, 2008; Vleeming et al., 2014). De nombreuses études ont également montré une innervation extrêmement riche de ce fascia, tant au niveau proprioceptif que nociceptif, voire sympathique, ce qui confère à ce tissu des propriétés sensibles, probablement impliquées dans la lombalgie (Hoheisel et al., 2015 ; Tesarz et al., 2011 ; Wilke et al., 2017) .

Fasciathérapie MDB et lombalgie

À ce jour, il n'existe pas d'étude clinique ayant démontré des preuves d'efficacité de la fasciathérapie MDB dans le traitement de la lombalgie commune bien que sur le plan international les kinésithérapeutes s'intéressent de plus en plus au rôle du fascia dans la prise en charge des pathologies musculo-squelettiques (Kwong & Findley, 2014) y compris dans la lombalgie (Ajimsha et al., 2014 ; Celenay et al., 2019 ; Romanowski

▶ et al., 2012 ; Viklund et al., 2015). En France, nombre d'entre eux ont ainsi recours à ce type de traitement et plus particulièrement à la fasciathérapie MDB aux différentes phases de la lombalgie (Trudelle, 2003) estimant qu'elle améliore leur prise en charge kinésithérapique de la lombalgie (Courraud et al., 2016; Dupuis et al., 2019). Ces résultats confirment que les kinésithérapeutes considèrent que la fasciathérapie améliorent leur prise en charge de la douleur physique et de la souffrance psychique (Courraud et al., 2021) qui font partie intégrante de la lombalgie chronique. D'autres études mettent également en évidence un apport bénéfique de la fasciathérapie sur la douleur fibromyalgique (Dupuis, 2016), de l'anxiété (Payrau et al., 2017), du mal-être (Angibaud & Duprat, 2013) ou encore de la perception du corps (Duval et al., 2013). Elles témoignent de l'action multidimensionnelle de la fasciathérapie et justifient son évaluation clinique, fonctionnelle et psychosociale dans le cadre de son action sur la lombalgie.



Sur le plan épistémologique, la fasciathérapie MDB, tout comme l'ostéopathie dont elle est héritière, fait partie des thérapies manuelles qui ciblent leur action sur le système fascial en ciblant tout particulièrement la restauration de ses propriétés contractiles, élastiques, toniques et de mouvement (Courraud, 2019; Courraud et al., 2015). Ces techniques sont dites « non manipulatives » car elles n'utilisent pas de mobilisation forcée. La fasciathérapie est une thérapie manuelle centrée sur la personne, qui sollicite le corps et le psychisme, qui développe la relation au corps dans une perspective éducative (Bois, 2006, 2008). Elle s'appuie enfin sur l'utilisation d'un toucher relationnel qui favorise la relation thérapeutique et le dialogue tissulaire non verbal (Bois & Bourhis, 2012; Courraud, 2009). Ces éléments font de la fasciathérapie une approche mixte thérapeutique et éducative qui s'inscrit pleinement dans une perspective biopsychosociale adaptée à la prise en charge de la lombalgie chronique (Delitto et al., 2012; Qaseem et al., 2017).

Contexte de l'étude et démarches administratives

Une première enquête de pratique conduite auprès de kinésithérapeutes formés à la fasciathérapie MDB a mis en évidence que ces praticiens utilisaient

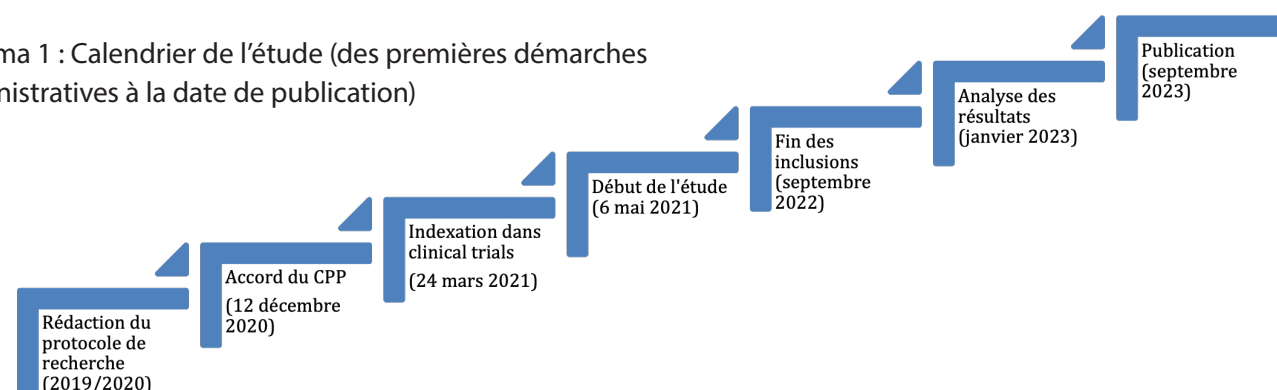
► cette approche quel que soit le type de lombalgie (aigue, sub-aigue ou chronique) principalement pour son effet antalgique (Dupuis et al., 2019). Cette enquête nous a incité à approfondir cette efficacité clinique perçue en réalisant un essai clinique permettant cette fois-ci d'objectiver les effets sur une population de patients lombalgiques.

Cette étude clinique a pour promoteur FasciaFrance (association regroupant les professionnels de la fasciathérapie MDB). Elle a pour objectif de comparer les apports de la masso-kinésithérapie seule, de la fasciathérapie seule et de la fasciathérapie associée à la masso-kinésithérapie (approche complémentaire en support du traitement conventionnel). L'objectif est d'évaluer l'évolution de la douleur, principale plainte des personnes souffrant de lombalgie. Il a également été choisi d'évaluer les facteurs psycho-sociaux en utilisant des questionnaires sur la qualité de vie, la fonctionnalité et l'anxiété.

Le protocole de recherche a été élaboré selon les

recommandations gouvernementales françaises en matière de recherche impliquant la personne humaine (JORF, 2012; Ordonnance n° 2016-800 du 16 juin 2016 relative aux recherches impliquant la personne humaine, 2016; Décret n° 2017-884 du 9 mai 2017 modifiant certaines dispositions réglementaires relatives aux recherches impliquant la personne humaine, 2017). Etant donné qu'il s'agit d'une recherche de catégorie 2, dite interventionnelle elle a été soumise conformément à la réglementation à un Comité de Protection des Personnes (CPP) pour accord. Un avis favorable pour mener cet essai a été donné le 12 décembre 2020 par le Comité de Protection des Personnes (CPP) d'Île de France. Le protocole a ensuite été déposé dans la base internationale clinicaltrials.gov qui recense les essais cliniques dans le monde. L'étude a débuté le 6 mai 2021 et devrait se terminer en septembre 2022 (date d'inclusion des derniers patients). L'analyse des résultats se fera, selon le calendrier prévisionnel de l'étude à partir de janvier

Schéma 1 : Calendrier de l'étude (des premières démarches administratives à la date de publication)



► 2023 et la publication des résultats finaux est prévue pour septembre 2023 (Schéma 1)

Présentation du protocole de recherche clinique

Il s'agit d'un essai clinique randomisé en clusters répartissant les praticiens de façon aléatoire (blocs de taille aléatoire) en 3 groupes distincts : un groupe pratiquant uniquement la kinésithérapie conventionnelle, un groupe pratiquant des actes de kinésithérapie conventionnelle et de fasciathérapie et un groupe pratiquant uniquement la fasciathérapie (Schéma 2)

L'étude est multicentrique car les patients sont accueillis dans des cabinets de kinésithérapeutes exerçant la kinésithérapie et la fasciathérapie répartis dans toute la France. Les praticiens inclus dans l'étude sont tous masseurs-kinésithérapeutes et formés à la fasciathérapie (minimum, validation de la première année de formation, soit 105heures) afin d'assurer l'homogénéité du groupe. L'étude prévoit une inclusion de 60 praticiens, le recrutement étant réalisé par FasciaFrance à travers une lettre d'information. Les praticiens inclus reçoivent les documents nécessaires à l'application du protocole de recherche : design de l'étude, procédures d'anonymisation et d'inclusion des patients, lettre d'information pour les patients, formulaires de consentement, questionnaires.

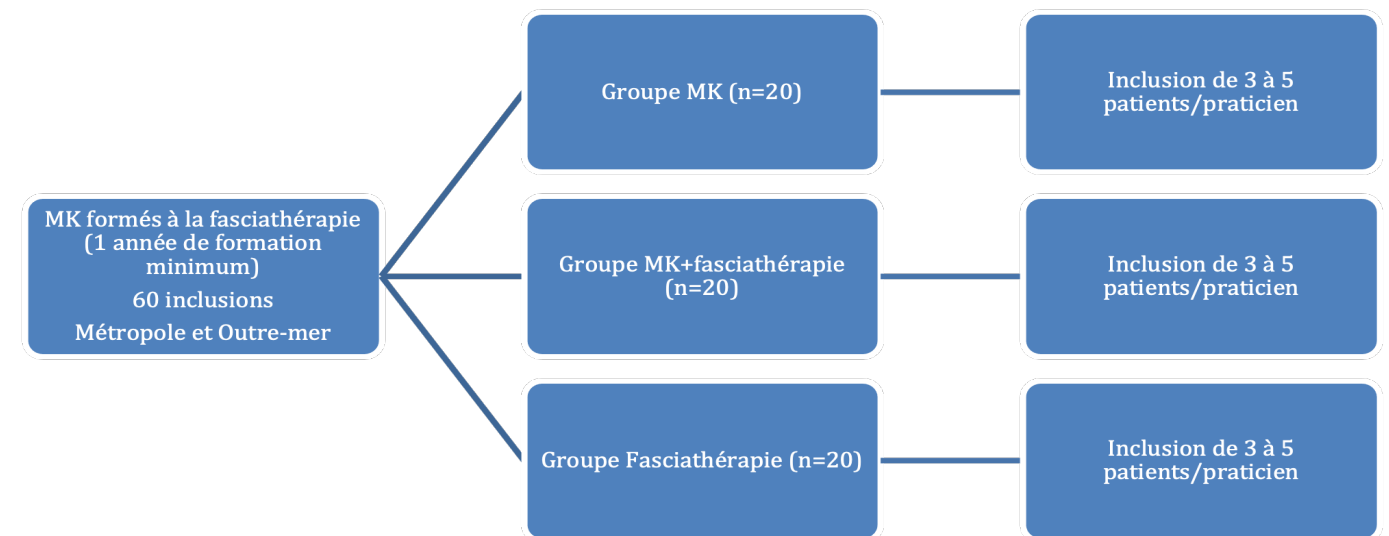


Schéma 2 : Répartition des praticiens et des patients en 3 groupes par randomisation

► ■ Mode d'inclusion des patients

Il est prévu que chaque praticien inclue entre 3 et 5 patients. L'objectif est d'inclure au moins 180 patients au total (60 patients minimum dans chacun des groupes) (Schéma 2). Les patients inclus présentent une lombalgie commune chronique et consultent ce praticien pour ce motif pour la première fois. L'inclusion est faite une fois que le patient a pris connaissance et signé le formulaire de consentement.

Chaque patient inclus reçoit ensuite 5 séances (de fasciathérapie seule, de masso-kinésithérapie seule ou de masso-kinésithérapie et de fasciathérapie selon le groupe) d'une durée allant de 30 à 45 minutes réalisées sur une période de 3 mois maximum.

■ Critères de jugement retenus

Les critères d'évaluation retenus sont au nombre de cinq, le critère principal est la douleur, mesurée par l'échelle EVA (évaluation visuelle analogique), les critères secondaires sont une évaluation fonctionnelle (Dallas), une évaluation de la qualité de vie (SF-12), une évaluation de l'anxiété (STAI Y), une évaluation de l'évolution de la consommation médicamenteuse (antalgiques et psychotropes).

Ici on aurait pu mettre le calendrier de passation des questionnaires (Tableau 1).

■ Traitement et analyse des données

Les données sont recueillies par les praticiens, puis colligées et anonymisées par les investigateurs.

Critère de jugement		Type d'évaluation
Douleur	Principal	Echelle Visuelle Analogique (EVA)
Fonction	Secondaire	Auto-questionnaire de Dallas
Anxiété	Secondaire	Auto-questionnaire SF-12
Qualité de vie	Secondaire	STAI-Y (mesure du trait et de l'état d'anxiété)

Tableau 1 : Critères de jugement choisis et type d'évaluation retenue

► Elles sont ensuite saisies dans la base de données sous format ACCESS. Le traitement statistique est réalisé en aveugle par des statisticiens indépendants avec le logiciel Stata (version 15, StataCorp, College Station). Les variables continues seront présentées sous forme de moyenne et écart-type, sous réserve de la normalité de leur répartition (test de Shapiro-Wilk au besoin). Les variables qualitatives seront exprimées en effectifs et pourcentages associés. Des représentations graphiques seront, autant que possible, associées à ces analyses.

Une description des déviations du protocole, des patients répartis selon ces déviations et des causes d'abandon sera également réalisée. Le nombre de patients inclus et la courbe des inclusions seront présentés par groupes de randomisation. ■

Discussion

Cette étude est réalisée dans le but d'évaluer la pertinence du recours à la fasciathérapie MDB dans le contexte spécifique de la prise en charge de la lombalgie par des masseurs-kinésithérapeutes. La comparaison des résultats des 3 groupes devrait permettre d'identifier si la fasciathérapie possède une

efficacité propre (en comparant les résultats du groupe fasciathérapeute avec le groupe kinésithérapeute) et si son association à la masso-kinésithérapie est supérieure à l'application de la fasciathérapie ou de la kinésithérapie seule (en comparant les résultats des 3 groupes). Dans ce contexte, l'utilisation de questionnaires couvrant les dimensions physiologiques (douleur, fonction), psychologiques (anxiété) et sociales (qualité de vie) devrait favoriser une meilleure compréhension des secteurs dans lesquels la fasciathérapie MDB est cliniquement utile voire complémentaire avec la masso-kinésithérapie. La portée de cette étude dépasse le cadre de la fasciathérapie pour s'inscrire dans une réflexion plus large sur la place des approches complémentaires et leur association avec la médecine conventionnelle dans le traitement de la lombalgie. Aux Etats-Unis, les thérapies complémentaires telles que la méditation, le yoga, l'acupuncture sont recommandées par l'American College of Physicians (Qaseem et al., 2017) et le National Center for Complementary and Integrative Health considère que ces approches globales centrées sur l'unité corps/esprit obtiennent une amélioration plus importante sur la douleur et la fonction avec un coût moindre que les soins habituels (Cherkin et al., 2016 ; Chou et al., 2017 ; Herman et al.,

► 2017). En France, la situation est différente puisque les autorités de la masso-kinésithérapie s'opposent aux thérapies complémentaires comme la fasciathérapie MDB considérant qu'elles n'ont aucun intérêt clinique et qu'elles ne font pas partie du champ de compétence du masseur-kinésithérapeute (CNOMK, 2012). Nous pouvons espérer que cette étude contribuera à éclairer cette situation dans l'intérêt des patients et des professionnels de santé conventionnelle.

Les limites de cette étude sont liées aux contraintes méthodologiques imposées par ce type de recherche. En effet, le mode de recrutement des praticiens ainsi que celui des patients ne permet pas a priori d'apparier les groupes de manière homogène (nombre d'années de pratique des interventions, sexe, âge, durée de la lombalgie, intensité de la douleur, etc.). L'analyse statistique ne pourra qu'évaluer ces facteurs a posteriori.

L'homogénéisation de la formation des praticiens imposée par le CPP ayant donné l'accord pour cette étude (nécessité d'être formé à la masso-kinésithérapie et à la fasciathérapie) permet d'avoir une population semblable mais n'est pas sans poser problème. En effet, l'ensemble des praticiens étant a priori favorable à la fasciathérapie, il pourrait être fait grief si les résultats sont en faveur de la fasciathérapie que ceux-ci auraient pu privilégier la fasciathérapie par rapport à la

kinésithérapie. De plus, les praticiens connaissant leur groupe d'affectation, ils peuvent consciemment ou non intervenir dans son efficacité (majoration de l'effet placebo ou nocebo par exemple).

En attribuant de façon aléatoire les praticiens à un groupe par la randomisation, le risque est de se retrouver dans une situation où certains d'entre eux sont amenés à réaliser des soins qui ne sont pas conformes à leur pratique habituelle (un praticien exerçant uniquement la fasciathérapie dans sa pratique courante peut avoir été affecté au groupe kinésithérapie et inversement un praticien exerçant uniquement la kinésithérapie peut se voir allouer au groupe fasciathérapie) et d'avoir ainsi une variabilité dans l'expérience de la pratique de la fasciathérapie. Ce phénomène est important car selon une étude (Courraud, 2015) peu de kinésithérapeutes formés à la fasciathérapie pratiquent uniquement la kinésithérapie. La situation idéale aurait été de constituer des groupes qui reflètent la pratique réelle de la fasciathérapie par les masseurs-kinésithérapeutes en rassemblant ceux qui exercent uniquement la fasciathérapie et ceux qui combinent fasciathérapie et masso-kinésithérapie et en créant un groupe de masseurs-kinésithérapeutes qui ne pratiquent pas la fasciathérapie. Cette voie n'a pu être suivie car la

► randomisation était une obligation imposée par le CPP pour valider l'étude. On peut donc s'attendre à des résultats variables à l'intérieur des groupes qui devront être discutés en tenant compte du niveau d'expérience de la fasciathérapie des praticiens.

Enfin, bien que les patients ne connaissent pas le groupe auquel le praticien a été affecté, il leur sera facile de deviner à quel groupe ils appartiennent dès qu'ils auront connaissance du type d'intervention qu'ils reçoivent (fasciathérapie seule, fasciathérapie et kinésithérapie, kinésithérapie seule). Ce phénomène pourrait modifier leur implication et leur adhésion au traitement. En effet, il est tout à fait possible que les patients ne soient pas satisfaits de recevoir un soin qui ne correspond pas à leurs attentes et à leur demande (soins de fasciathérapie alors qu'ils souhaitent des soins de kinésithérapie conventionnelle ou inversement). Cette situation est tout à fait possible puisque les praticiens sont souvent consultés pour leur spécificité d'exercice et donc potentiellement pour leur compétence en fasciathérapie comme cela a été observé dans l'enquête de pratique sur la prise en charge de la lombalgie en fasciathérapie (Dupuis et al., 2019).

Ces remarques posent la question de la pertinence de l'application des règles de la recherche clinique et

biomédicale sur les thérapies manuelles, sachant que l'efficacité d'une thérapeutique manuelle repose pour une part importante sur l'adhésion du praticien et du patient (Bialosky et al., 2017) et peu sur la technique elle-même. Les résultats de cette étude devront être analysés en fonction de ces variables inhérentes à la pratique clinique. ■■

Conclusion

Cet essai clinique d'une telle ampleur est le premier de ce genre concernant la fasciathérapie MDB. Il s'inscrit dans une continuité scientifique visant à confirmer l'efficacité perçue sur la lombalgie par les praticiens qui exercent cette approche. Les résultats devraient permettre d'obtenir une estimation quantifiable de la pertinence clinique de la fasciathérapie et de sa spécificité dans la prise en charge de la lombalgie chronique commune. Ils contribueront également à mieux comprendre l'intérêt et les éventuels bénéfices pour les masseurs-kinésithérapeutes d'associer à leur pratique conventionnelle la fasciathérapie dans le traitement de la lombalgie. Les contraintes inhérentes à ce type de recherche appliquée aux thérapies manuelles méritent d'être connues afin d'être pris en compte

dans l'analyse des résultats. A ce stade, la totalité des 60 praticiens ont été recrutés et les 3 groupes constitués. Les inclusions de patients ont débuté en mai 2021 et se termineront en septembre 2022. L'analyse des résultats et leur publication est prévue pour septembre 2023. Les circonstances extérieures et l'évolution de la crise sanitaire sont toutefois susceptibles de modifier ce calendrier. ■■

Bibliographie

- AAjimsha, M. S., Daniel, B., & Chithra, S. (2014). Effectiveness of myofascial release in the management of chronic low back pain in nursing professionals. *Journal of Bodywork and Movement Therapies*, 18(2), 273-281. <https://doi.org/10.1016/j.jbmt.2013.05.007>
- Angibaud, A., & Duprat, E. (2013). La voie du corps sensible dans le traitement du mal être. 10.
- Bialosky, J. E., Bishop, M. D., & Penza, C. W. (2017). Placebo Mechanisms of Manual Therapy : A Sheep in Wolf's Clothing? *Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy*, 47(5), 301-304. <https://doi.org/10.2519/jospt.2017.0604>
- Bois, D. (2006). Le Moi renouvelé : Introduction à la somato-psychopédagogie. Point d'appui.
- Bois, D. (2008). De la fasciathérapie à la somato- psychopédagogie. *Réciprocités*, n°2, 6-18.
- Bois, D., & Bourhis, H. (2012). O Tocar na Relação de Cuidado Baseada no Sensível. *Educação & Realidade*, 37(1), 33-49. <https://doi.org/10.1590/2175-623621806>
- Branchini, M., Lopopolo, F., Andreoli, E., Loreti, I., Marchand, A. M., & Stecco, A. (2016). Fascial Manipulation® for chronic aspecific low back pain : A single blinded randomized controlled trial (4:1208). *F1000Research*. <https://doi.org/10.12688/f1000research.6890.2>
- Celenay, S. T., Kaya, D. O., Ucurum, S. G., Celenay, S. T., Kaya, D. O., & Ucurum, S. G. (2019). Adding connective tissue manipulation to physiotherapy for chronic low back pain improves pain, mobility, and well-being : A randomized controlled trial. *Journal of Exercise Rehabilitation*, 15(2), 308-315. <https://doi.org/10.12965/jer.1836634.317>
- Cherkin, D. C., Sherman, K. J., Balderson, B. H., Cook, A. J., Anderson, M. L., Hawkes, R. J., Hansen, K. E., & Turner, J. A. (2016). Effect of Mindfulness-Based Stress Reduction vs Cognitive Behavioral Therapy or Usual Care on Back Pain and Functional Limitations in Adults With Chronic Low Back Pain : A Randomized Clinical Trial. *JAMA*, 315(12), 1240-1249. <https://doi.org/10.1001/jama.2016.2323>
- Chou, R., Deyo, R., Friedly, J., Skelly, A., Hashimoto, R., Weimer, M., Fu, R., Dana, T., Kraegel, P., Griffin, J., Grusing, S., & Brodt, E. D. (2017). Nonpharmacologic Therapies for Low Back Pain : A Systematic Review for an American College of Physicians Clinical Practice Guideline. *Annals of Internal Medicine*, 166(7), 493-505. <https://doi.org/10.7326/M16-2459>
- CNOMK. (2012). Déontologie—Avis du Conseil Nationale de l'Ordre, du 22 Juin 2012 Relatif à la «Fasciathérapie» (AVIS - CNO No 2012-03; p. 2). CNOMK. <https://www.ordremk.fr/wp-content/uploads/2014/12/AVIS-CNO-n2012-03.pdf>
- Courraud, C. (2009). L'entretien tissulaire : Une pratique de la relation d'aide en fasciathérapie. *Sujet Sensible et renouvellement du moi*, 193-220.
- Courraud, C. (2015). Fasciathérapie et identité professionnelle Étude des reconfigurations identitaires d'une population de kinésithérapeutes pratiquant la fasciathérapie [PhD Thesis]. Université Fernando Pessoa.

Courraud, C. (2019). Du fascia au système fascial : Contributions et enjeux pour la thérapie manuelle. *Revue Mains Libres*, n°1, 31-38.

Courraud, C., Bois, D., & Lieutaud, A. (2015). The psychotonic touch of Fasciathérapie DBM: practical methodology, perceptual and relational outcomes, and impacts on clinical practice. In S. Wearing, R. Schleip, L. Chaitow, & W. Klingler (Éds.), *Fascia Research IV* (p. 327-328). Kiener Éditions.

Courraud, C., Lieutaud, A., Bertrand, I., Dupuis, C., & Bois, D. (2021). Practitioner utilisation and perceptions of the clinical utility of DBM Fasciathérapie to pain management : A survey of French Physiotherapists. *Advances in Integrative Medicine*. <https://doi.org/10.1016/j.aimed.2021.03.004>

Courraud, C., Lieutaud, A., & Bois, D. (2016). Apports de la pratique de la fasciathérapie à l'exercice de la physiothérapie : Le point de vue des praticiens. 3, 49-58.

Delitto, A., George, S. Z., Van Dillen, L., Whitman, J. M., Sowa, G., Shekelle, P., Denninger, T. R., & Godges, J. J. (2012). Low Back Pain : Clinical Practice Guidelines Linked to the International Classification of Functioning, Disability, and Health from the Orthopaedic Section of the American Physical Therapy Association. *Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy*, 42(4), A1-A57. <https://doi.org/10.2519/jospt.2012.42.4.A1>

Dupuis, C. (2016). Combinaison d'approches quantitatives et qualitatives pour l'évaluation des effets de la fasciathérapie méthode Danis Bois sur la douleur de patients fibromyalgiques. *Recherches Qualitatives, Hors-Série(20)*, 515-530.

Dupuis, C., Bertrand, I., & Courraud, C. (2019). Practice of DBM Fasciathérapie for Low Back Pain.

Duval et al., E. D. (2013, novembre 15). Fasciathérapie et transformation du rapport à la santé [Text]. Cerap. <https://www.cerap.org/fr/fasciath%C3%A9rapie-mdb/fasciath%C3%A9rapie-et-transformation-du-rapport-%C3%A0-la-sant%C3%A9>

Gracovetsky, S. (2008). Is the lumbodorsal fascia necessary? *Journal of Bodywork and Movement Therapies*, 12(3), 194-197. <https://doi.org/10.1016/j.jbmt.2008.03.006>

Harper, B., Steinbeck, L., & Aron, A. (2019). Fascial manipulation vs. standard physical therapy practice for low back pain diagnoses : A pragmatic study. *Journal of Bodywork and Movement Therapies*, 23(1), 115-121. <https://doi.org/10.1016/j.jbmt.2018.10.007>

HAS. (2005). Prise en charge masso-kinésithérapique dans la lombalgie commune : Modalités de prescription. Haute Autorité de Santé. https://www.has-sante.fr/jcms/c_464893/fr/prise-en-charge-masso-kinesitherapique-dans-la-lombalgie-commune-modalites-de-prescription

HAS. (2019). Haute Autorité de Santé—Prise en charge du patient présentant une lombalgie commune. Haute Autorité de Santé. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2961499/fr/prise-en-charge-du-patient-presentant-une-lombalgie-commune

Herman, P. M., Anderson, M. L., Sherman, K. J., Balderson, B. H., Turner, J. A., & Cherkin, D. C. (2017). Cost-effectiveness of Mindfulness-based Stress Reduction Versus Cognitive Behavioral Therapy or Usual Care Among Adults With Chronic Low Back Pain. *Spine*, 42(20), 1511-1520. <https://doi.org/10.1097/BRS.0000000000002344>

Hoheisel, U., Rosner, J., & Mense, S. (2015). Innervation changes induced by inflammation of the rat thoracolumbar fascia. *Neuroscience*, 300, 351-359. <https://doi.org/10.1016/j.neuroscience.2015.05.034>

JORF. (2012). LOI n° 2012-300 du 5 mars 2012 relative aux recherches impliquant la personne humaine (1)—Légifrance. <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000025441587/>

Ordonnance n° 2016-800 du 16 juin 2016 relative aux recherches impliquant la personne humaine, (2016).

Décret n° 2017-884 du 9 mai 2017 modifiant certaines dispositions réglementaires relatives aux recherches impliquant la personne humaine, 2017-884 (2017).

Kwong, E. H., & Findley, T. W. (2014). Fascia—Current knowledge and future directions in physiatry : Narrative review. *Journal of Rehabilitation Research and Development*, 51(6), 875-884. <https://doi.org/10.1682/JRRD.2013.10.0220>

Langevin, H. M., Fox, J. R., Koptiuch, C., Badger, G. J., Greenan-Naumann, A. C., Bouffard, N. A., Konofagou, E. E., Lee, W.-N., Triano, J. J., & Henry, S. M. (2011). Reduced thoracolumbar fascia shear strain in human chronic low back pain. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 12, 203. <https://doi.org/10.1186/1471-2474-12-203>

Nijs, J., Paul van Wilgen, C., Van Oosterwijck, J., van Ittersum, M., & Meeus, M. (2011). How to explain central sensitization to

patients with « unexplained » chronic musculoskeletal pain : Practice guidelines. *Manual Therapy*, 16(5), 413-418. <https://doi.org/10.1016/j.math.2011.04.005>

Payrau, B., Quere, N., Breton, E., & Payrau, C. (2017). Fasciatherapy and Reflexology compared to Hypnosis and Music Therapy in Daily Stress Management. *International Journal of Therapeutic Massage & Bodywork*, 10(3), 4-13.

Qaseem, A., Wilt, T. J., McLean, R. M., Forciea, M. A., Clinical Guidelines Committee of the American College of Physicians, Denberg, T. D., Barry, M. J., Boyd, C., Chow, R. D., Fitterman, N., Harris, R. P., Humphrey, L. L., & Vijan, S. (2017). Noninvasive Treatments for Acute, Subacute, and Chronic Low Back Pain : A Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians. *Annals of Internal Medicine*, 166(7), 514-530. <https://doi.org/10.7326/M16-2367>

Romanowski, M., Romanowska, J., & Grześkowiak, M. (2012). A comparison of the effects of deep tissue massage and therapeutic massage on chronic low back pain. *Studies in Health Technology and Informatics*, 176, 411-414.

Tesarz, J., Hoheisel, U., Wiedenhöfer, B., & Mense, S. (2011). Sensory innervation of the thoracolumbar fascia in rats and humans. *Neuroscience*, 194, 302-308. <https://doi.org/10.1016/j.neuroscience.2011.07.066>

Tozzi, P., Bongiorno, D., & Vitturini, C. (2011). Fascial release effects on patients with non-specific cervical or lumbar pain. *Journal of Bodywork and Movement Therapies*, 15(4), 405-416. <https://doi.org/10.1016/j.jbmt.2010.11.003>

Trudelle, P. (2003). Lombalgie : Enquête autour d'un consensus. *Kinésithérapie, Les annales*, 3(20-21), 11-35.

Viklund, P., Hustad, T., Danielsson, F., & Skillgate, E. (2015). A comparison of the effects of connective tissue massage and classical massage on low back pain—A randomized controlled trial. *Journal of Bodywork and Movement Therapies*, 19(4), 672. <https://doi.org/10.1016/j.jbmt.2015.07.011>

Vleeming, A., Schuenke, M. D., Danneels, L., & Willard, F. H. (2014). The functional coupling of the deep abdominal and paraspinal muscles : The effects of simulated paraspinal muscle contraction on force transfer to the middle and posterior layer of the thoracolumbar fascia. *Journal of Anatomy*, 225(4), 447-462. <https://doi.org/10.1111/joa.12227>

Wilke, J., Schleip, R., Klingler, W., & Stecco, C. (2017). The Lumbodorsal Fascia as a Potential Source of Low Back Pain : A Narrative Review. *BioMed Research International*, 2017, 5349620. <https://doi.org/10.1155/2017/5349620>

Willard, F. H., Vleeming, A., Schuenke, M. D., Danneels, L., & Schleip, R. (2012). The thoracolumbar fascia : Anatomy, function and clinical considerations. *Journal of Anatomy*, 221(6), 507-536. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7580.2012.01511>

