	<h1 style="text-align: center;">Association pour l'Alternative en Médecine</h1>
	<p style="text-align: center;">« Pour une information sur les médecines alternatives et complémentaires en faveur de leur reconnaissance et leur intégration dans les secteurs de la médecine libérale et hospitalière. » Numéro 37-38 – Mai 2014</p>

Editorial

Après 12 années consacrées à l'action, essentiellement consacrée à la lutte pour la reconnaissance des M.A.C. et la promotion de l'idée de liberté de choix thérapeutique, nous avons décidé il y a deux ans en AG de faire évoluer notre association : l'APAM ne serait plus seulement un groupe d'action mais aussi un groupe de réflexion, un « *think tank* » comme disent pompeusement les Anglo-Saxons.

C'est chose faite !

Pour la première fois cette année, pour le Forum 2014 à Vigneux, nous nous sommes attaqués à un immense **problème de santé publique** en proposant une réflexion commune sur le thème : « **Perte d'autonomie et dépendance** ».

Vous trouverez sous forme écrite dans ce double Bulletin l'ensemble des 4 conférences, dont le texte sera aussi mis à disposition sur le site Web de l'APAM.

Je vous souhaite une bonne lecture et surtout un cœur vaillant et une bonne réflexion ! Car le problème nous concerne tous, et surtout les plus jeunes d'entre nous qui auront un jour à financer la dépendance, dont l'influence délétère sur les budgets des familles ne peut aller que croissant.

Dr Pierre Popowski
Président

PERTE D'AUTONOMIE ET DEPENDANCE.
QUELQUES ASPECTS D'UN PROBLEME DE
SOCIETE AVEC LE REGARD DES
MEDECINES ALTERNATIVES

La perte d'autonomie peut se décrire comme l'incapacité pour une personne à réaliser seule les actes de la vie courante, en raison de déficiences sensorielles, physiques ou psychiques.

Une personne dépendante a besoin d'une aide extérieure quotidienne.

Le débat actuel sur la prise en charge de la dépendance se focalise sur la population des **personnes âgées** dépendantes - population jugée prioritaire, du fait d'une situation aujourd'hui préoccupante.

Avant 60 ans, la personne non autonome bénéficie d'une prise en charge au titre du **handicap (MDPH)**.

Rôle des PS mettant en œuvre les M.A.C.

Notre rôle de Professionnels de santé mettant en œuvre les M.A.C a toujours été de dénoncer les dangers d'une problématique en santé publique. Nous sommes des « lanceurs d'alerte ».

Le lanceur d'alerte a pour but de signaler un **danger** ou un **risque**, en interpellant les pouvoirs en place et en suscitant la prise de conscience de ses contemporains

Le thème de la Perte d'Autonomie (P.A.) concerne tout le monde et contient des dangers majeurs pour notre société.

Les membres de l'APAM se sentent concernés au 1^{er} chef, en raison du contenu de leur Charte éthique.

Nous avons retenu 3 « dangers » principaux, ou « risques » pour notre société...

1^{er} danger : éthique. Notions d'autonomie, de dignité, de liberté dans notre République

La constitution de la V^{ème} République de 1958

Le principe de **dignité de la personne humaine** n'est pas expressément inscrit dans la Constitution de la V^{ème} République.

Celui-ci a été dégagé par le Conseil constitutionnel dans sa décision du 27 juillet 1994, dite Lois bioéthiques (décision n°94-343/344 DC), tirant du début du Préambule de la Constitution de 1946, intégré au bloc de constitutionnalité.

Le rapport du **Comité Veil** a proposé en décembre 2008 de modifier sans succès l'article 1^{er} de la Constitution

La PROPOSITION DE LOI CONSTITUTIONNELLE du 17 novembre 2011 tendant à compléter la Constitution française en son Préambule et en son article 1 alinéa 2 en insérant le respect de la « **dignité humaine** », « La France est une République indivisible, laïque, démocratique et sociale. Elle assure l'égalité devant la loi de tous les citoyens sans distinction d'origine, de race ou de religion.

Elle reconnaît l'égalité de chacun.

Elle respecte toutes les croyances.

Son organisation est décentralisée. »

Danger de cette acception de la dignité : l'autonomie et le choix de l'individu avant la dignité de la personne

Dans l'esprit d'une grande majorité de nos concitoyens, la définition de la manière de se conduire dignement, dans la relation de soi à soi, reste fondamentalement une affaire de choix, de liberté et, pour tout dire, d'autonomie.

C'est exactement ce qui est contestable dans certaines conceptions actuelles des droits de l'homme assimilés à une forme d'autonomie personnelle égotiste.

C'est là le danger : si la dignité n'est pas une limite protégeant la personne dans ce qui garantit son humanité mais une manifestation de l'autonomie personnelle, elle peut devenir le fondement de nouvelles revendications pour des droits passant avant les devoirs.

En particulier, elle pourra fonder le pouvoir de chacun de définir ce qui en lui a de la valeur à ses yeux.

L'affirmation de la conception objective de la dignité de la personne

L'affirmation de la conception objective de la **dignité de la personne** est la seule réponse possible aux suggestions du rapport du Comité Veil de 2008 et à la proposition de loi constitutionnelle.

La dignité doit être en amont de la liberté qui y est alors subordonnée.

Il est nécessaire de garantir la primauté de la personne, et non seulement de l'individu, contre les attaques de certaines philosophies.

La consécration de la dignité pourrait aider à mieux assurer la protection de la personne.

Toutefois, toute démarche en ce sens devra être menée avec la plus grande prudence afin de protéger réellement la dignité inhérente à toute personne humaine.

Le principe de dignité est le rempart contre l'instrumentalisation de la personne. Affirmer la dignité de la personne humaine, c'est protéger l'humanité dans son ensemble. Il ne s'agit pas de définir la personne mais d'en affirmer la valeur en soi.

Charte éthique de l'APAM : rappel

« §1. L'association reconnaît comme **Premier Principe la primauté de l'Humain**. Elle honore la Charte de l'ONU qui proclame sa foi dans les droits fondamentaux de l'homme, dans la **dignité** et la valeur de la **personne humaine**.

§2. L'association reconnaît comme **Deuxième Principe la liberté, qui est** reconnue comme une valeur essentielle inhérente à ce qui est humain, représentant le fondement de la liberté de la personne.

§3. L'association reconnaît pour **Troisième Principe** la **responsabilité individuelle** qu'implique cette liberté. »

Ces notions concernent TOUTES les formes de perte d'autonomie, tous les **handicaps** (car le handicap, en tant que P.A au sens 1^{er}, est une atteinte à la dignité de celui qui en est atteint)

Nous sommes donc, à l'APAM, en avance sur la Constitution de notre chère République...

2^{ème} danger : financier. Financement de la P.A. des personnes âgées, richesse nationale et transmission patrimoniale

La perte d'autonomie touche **1 200 000 personnes âgées** en France, et mobilise 24 milliards d'euros d'argent public chaque année*

Deux sujets de préoccupation principaux émergent :

- la qualité de la prise en charge des personnes non autonomes,
- et son financement.

Il apparaît en effet que, malgré les différentes aides publiques existantes, dont la principale est l'Aide Personnalisée pour l'Autonomie (APA), **les dépenses restant à la charge des familles sont très importantes, avec un reste à charge total moyen de 67 000 € à domicile, et pouvant atteindre 140000 € en établissement.**

Moins de deux millions de Français bénéficient aujourd'hui d'une réelle couverture assurantielle contre le risque de P.A.

L'assurance dépendance, du fait de la nature du risque à couvrir, est intrinsèquement chère.

Moins de la moitié des cotisations collectées sont effectivement reversées aux assurés

Rappelons l'inquiétante régression de l'EVSI chez les hommes notée par notre collègue gériatre Pierre Lutzler dans sa présentation lors du Forum 2013

Les besoins

En France, au 31 décembre 2010, **1 200 000** personnes âgées étaient reconnues dépendantes au sens de la grille AGGIR, utilisée pour la définition de l'Aide personnalisée pour l'autonomie (APA), principale aide publique. Dans le détail, 427 000 personnes sont atteintes de dépendance lourde (GIR 1 ou 2), 773 000 de dépendance partielle (GIR 3 ou 4).

La perte d'autonomie induit des **besoins** de différentes natures, avec des frais inhérents particulièrement élevés.

Ces coûts spécifiques proviennent de trois domaines :

- les soins médicaux ;
- l'aide au quotidien, dans l'assistance aux actes de la vie courante ou dans les tâches ménagères ;
- l'hébergement, qu'il s'agisse d'aménager son logement ou de faire face aux loyers d'un EHPAD.

Ces **besoins** concernent tant les personnes admises en établissement spécialisé que celles

prises en charge à leur domicile, à des degrés toutefois différents

Ce sont les frais d'hébergement en établissement qui constituent un poste de dépenses devenant insupportable.

La solidarité nationale, premier financeur de la perte d'autonomie

La solidarité nationale a représenté un effort de **24 milliards d'euros** en 2010, soit 1,2 % de la richesse nationale (PIB)

La **Sécurité sociale** est le premier financeur de la dépendance. Les dépenses d'assurance maladie constituent la principale contribution. Elles englobent :

- les crédits destinés aux EHPAD et SSIAD2 – pour 6,8 milliards d'euros annuels – ,
- les dépenses hospitalières et de soins de ville – pour 4,6 milliards d'euros –
- ainsi que les exonérations de cotisations sociales liées à la prise en charge de la dépendance – pour 1,5 milliard d'euros.

- S'y ajoutent les dépenses d'action sociale des différentes caisses de retraite.

Les **collectivités locales** participantes :

- d'abord les **conseils généraux**, qui financent :

. une partie de l'APA (Loi du 31 mars 2003 portant modification de la loi créant l'APA), soit 3,9 milliards d'euros en 2010 et l'aide sociale à l'hébergement (1,2 milliard en 2009). Aujourd'hui, la croissance de ces dépenses pèse de plus en plus lourdement sur le budget des départements. Entre 2007 et 2010, le nombre de bénéficiaires de l'APA a ainsi progressé de 14 % pour culminer à 1 200 000 allocataires, soit bien au-delà des prévisions de 2005 de l'INSEE qui tablaient sur une hypothèse haute à 920 000 personnes âgées dépendantes à l'horizon 2010, et 862 000 selon une hypothèse basse.

. l'aide sociale à l'hébergement (ASH) : En 2009, l'ASH a été versée à 115 000 personnes en établissement et à 1 480 personnes logées en familles d'accueil. Le nombre de bénéficiaires est relativement stable depuis 2000, alors même que celui des personnes accueillies en établissement a augmenté sur la même période. Soumise au **recouvrement sur patrimoine**.

- S'y ajoute **l'action sociale des communes**, qui peuvent intervenir par exemple à travers des dispositifs de portages de repas.

La **Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA)** participe au financement de l'APA pour 1,6 milliard d'euros et à celui des EHPAD et SSIAD pour 1 milliard d'euros.

L'Etat finance des exonérations fiscales au titre de la dépendance et des aides au logement

Attention !!

RAPPORT

FAIT

au nom de la commission des affaires sociales (1) sur la proposition de loi de M. Jacques MÉZARD et plusieurs de ses collègues visant à autoriser le recouvrement sur succession des sommes versées au titre de l'allocation personnalisée d'autonomie pour les successions supérieures à 150 000 euros,

Par M. Ronan KERDRAON,

Sénateur

Les missions du CNSA

La **Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie** est un établissement public créé par la loi du 30 juin 2004. La loi sur l'égalité des droits et des chances des personnes handicapées du 11 février 2005 a précisé et renforcé ses missions.

Mise en place en mai 2005, la CNSA est, depuis le 1er janvier 2006, chargée de :

– Financer les aides en faveur des **personnes âgées dépendantes** et des **personnes handicapées**.

– Garantir l'égalité de traitement sur tout le territoire et pour **l'ensemble des handicaps**.

– Assurer une mission d'expertise, d'information et d'animation pour suivre la qualité du service rendu aux personnes.

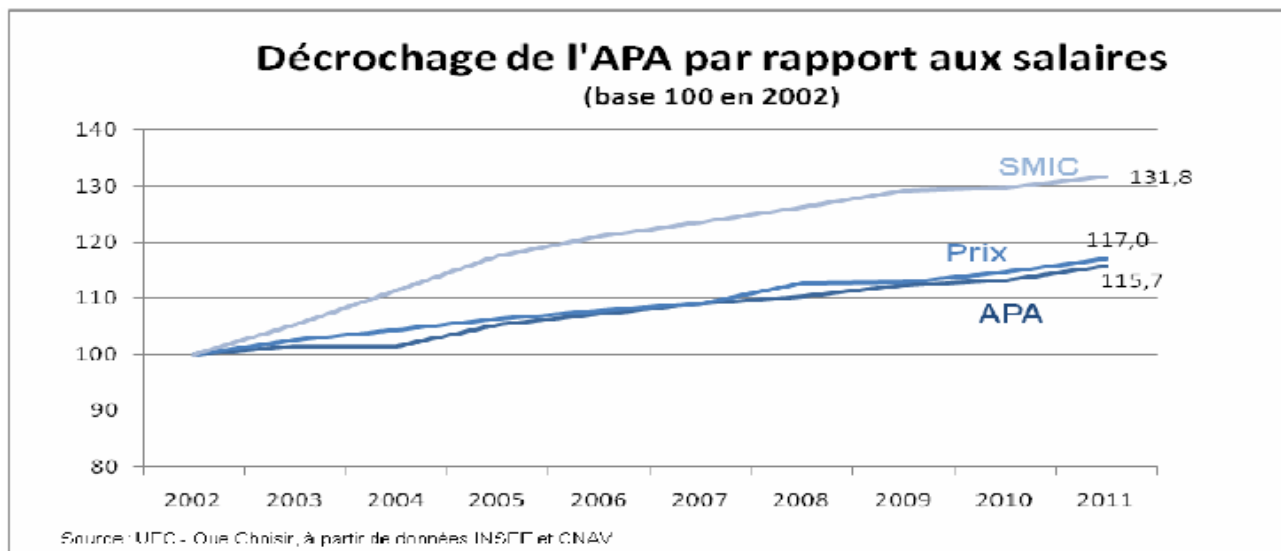
La CNSA est donc à la fois une « caisse » chargée de répartir les moyens financiers et une « agence » d'appui technique.

Le financement est assuré par une fraction de CSG et le produit de la contribution de solidarité pour l'autonomie (0.3% du salaire depuis 2004)

Mais...

Le « pouvoir d'achat » de l'APA diminue rapidement.

Ainsi, alors que l'APA a augmenté de 13 % depuis 2002, les prix ont crû de 14 % et le salaire minimum brut de 30 %⁵. L'APA a ainsi subi un décrochage de 12,6 % en 8 ans.



Malgré **24 milliards d'euros** de dépenses publiques, le reste à charge total des familles peut devenir insupportable

En particulier, les conséquences financières sur le patrimoine restent à des niveaux insupportables

C'est la **solidarité familiale** qui constitue un maillon essentiel de la chaîne d'accompagnement des personnes âgées dépendantes. Cette aide informelle couvre la majorité des besoins et consiste en une aide aux tâches administratives ou domestiques. Elle se traduit également par un soutien financier.

En 2008, **4,3 millions de personnes** aidaient un proche âgé (**8 millions en 2014 ?**). La moitié d'entre eux était alors en retraite, et un tiers considérait que leur activité d'aidant informel avait des conséquences négatives sur leur vie sociale.

L'aide aux tâches est assurée le plus souvent par le conjoint ou un descendant – filles ou belles-filles. Les femmes de 50 à 64 ans prodiguent l'essentiel de cette aide informelle, qui ne bénéficie pas d'une reconnaissance spécifique, comme c'est le cas chez certains de nos voisins européens (**Voir « 3^{ème} danger »**)

Les restes -à -charge peuvent devenir insupportables quand la dépendance se prolonge

Frais de prise en charge de la dépendance

Les personnes dépendantes sont confrontées à des frais très conséquents de prise en charge, à domicile comme en établissement.

Même une fois déduites les différentes aides publiques (APA, aides au logement, dépenses fiscales), le reste à charge peut, dans certains cas, être supérieur au revenu courant des individus.

Selon des études récentes, la participation mensuelle directe des personnes dépendantes s'élève en moyenne :

- En établissement, à **2200 €** en zone rurale et à **2900 €** en zone urbaine⁷ ;
- A domicile à **1400 €**

En parallèle, la retraite moyenne en France était en 2009 d'environ 1200 €. En termes de niveaux de vie (incluant les revenus du patrimoine), les personnes de 75 ans et plus disposaient en moyenne d'un revenu disponible de 1712 € par personne en 2007

La durée moyenne d'un épisode de dépendance est de 4 ans.

A partir des estimations de coût mensuel à la charge des familles, on peut évaluer le coût total

moyen de la prise en charge d'une personne dépendante à **67 000 € à domicile**, et entre 106 000 € et **140 000 € en EHPAD**. Dans le cas d'une prise en charge à domicile dans un premier temps, puis en établissement en cas d'aggravation de la perte d'autonomie, le coût total se situe entre ces bornes.

Le patrimoine global moyen

En 2004, le patrimoine global moyen de la moitié des ménages de retraités est égal à **141 000 €**, valeur médiane de la distribution des patrimoines. Les ménages ayant plus de **3 enfants** ont moins de patrimoine.

Pour un ménage de retraités, le fait d'avoir eu des enfants est susceptible en théorie de jouer négativement sur le niveau de vie et le patrimoine pour deux raisons principales :

- La première est que les enfants ont un impact *a priori négatif* sur les carrières de leurs parents – en fait de leur mère – d'où des revenus et des retraites moins élevés.

- La deuxième raison est que les familles les plus nombreuses sont celles dont les niveaux de vie sont les plus bas.

2. Caractéristiques de la distribution du patrimoine global

	Actifs	Retraités
Montant de patrimoine (en euros)		
D1 (1 ^{er} décile)	2 100	5 600
D5 (médiane)	115 900	141 000
D9 (9 ^e décile)	485 500	573 500
Moyenne	213 600	252 700

Le niveau de richesse

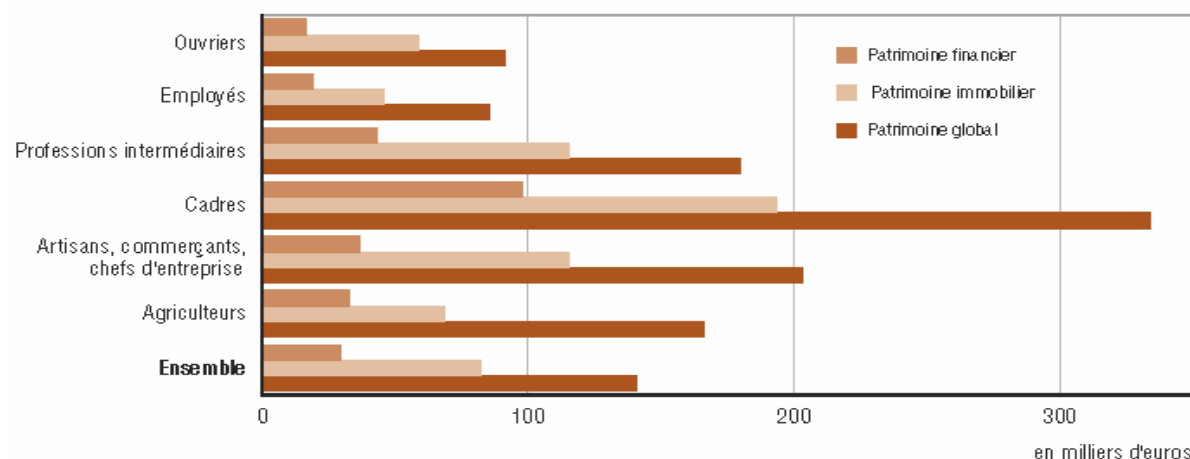
Le niveau de richesse atteint par les retraités dépend fortement de l'activité professionnelle passée.

Les anciens cadres et en second lieu les anciens indépendants ont accumulé le patrimoine le plus important et les anciens employés le moins important.

Les anciens employés sont aussi le moins fréquemment propriétaires (58,7 %).

Le patrimoine médian des anciens cadres est de **334 000 €** alors que le patrimoine médian des anciens employés est de **85 000 €**

8. Patrimoine médian des ménages retraités selon l'ancienne catégorie socioprofessionnelle

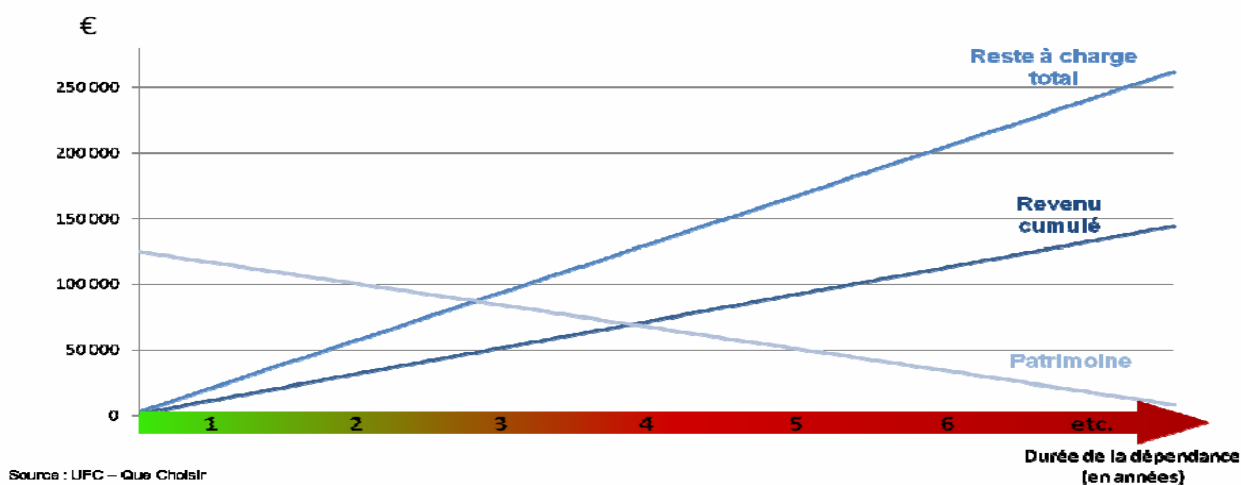


Champ : ménages retraités au sens de l'étude.

Source : Insee, enquête Patrimoine 2004, montants recalés sur la Comptabilité nationale.

Simulation des conséquences financières d'une situation de dépendance

Simulation des conséquences financières d'un épisode de dépendance



3^{ème} danger : social. Epuisement des « aidants » et « rupture sociale »

Les « aidants »

Ils sont en France plus de huit millions.

Ce sont les aidants « naturels », « familiaux », « proches », « bénévoles » ou encore « informels », qui, au seul titre d'un lien affectif, portent assistance à une personne en perte d'autonomie. Ils sont un sel de la terre, qui font vivre au quotidien de magnifiques valeurs de solidarité, de courage, de bienveillance, et participent massivement aux enjeux économiques du financement de la dépendance puisque leur contribution représenterait de 7 à 17 milliards d'euros, selon les sources, si leur action était rémunérée comme celle de professionnels.

Ces essentiels invisibles qui ne demandent rien ont pourtant besoin de tout : d'information, de formation, de temps de répit, de soutien psychologique, de mesures leur permettant de concilier aide de leur proche et vie professionnelle. Un tiers des aidants meurent avant le proche qu'ils accompagnent !

Ce % monte à 40% lorsqu'il s'agit d'un malade frappé d'Alzheimer.

Ce que demandent les aidants n'est jamais pour eux mêmes mais pour celle ou celui qu'ils assistent.

Ils ne s'estiment ni victimes ni héros, se moquent de ce que la société pense d'eux, ne s'intéressent au fond qu'à ce que pense l'aidé.

Ils n'attendent pas compassion mais compréhension.

Ils n'ont pas besoin de statues mais de statut, pas d'être admirés ni plaints, mais aidés et accompagnés.

En conclusion

La dépendance apparaît bien, par conséquent, comme un risque dual :

– Supportable sur courte période grâce aux aides existantes,

– elle devient lourde, et coûteuse à prendre en charge pour la société comme pour les aidants, quand la perte d'autonomie est longue.

L'impact financier d'une perte d'autonomie, et ses conséquences sur le niveau de patrimoine des personnes concernées ou de leurs proches, sera d'autant plus grand que la dépendance sera lourde, longue et la personne âgée isolée.

Les restes à charge auxquels sont confrontées les personnes âgées en perte d'autonomie et leurs « aidants » appellent une réponse structurelle, qui ne pourra pas être le recours aux assurances privées, souhaité par certains.

N'oublions pas la contrainte de l'obligation à l'aide alimentaire. **En France, selon le code civil, les enfants sont tenus à une obligation alimentaire envers leurs parents « qui sont dans le besoin » ainsi qu'envers leurs autres ascendants.**

Cette obligation n'est donc pas limitée par le degré de parenté : le cas échéant, les petits-enfants doivent aider leurs grands-parents, et les arrière petits-enfants leurs arrière grands-parents. L'obligation alimentaire s'applique également aux gendres et aux brus à l'égard de leur belle-mère et de leur beau-père.

La « Silver Economy »

En septembre 2012, Michèle Delaunay a mis en place des groupes de travail réunissant les acteurs de cette filière émergente qu'est la « Silver Economy » : entreprises, pôles de compétitivité, économistes, acteurs du monde des mutuelles, des assurances et des instituts de prévoyances, grappes d'innovations, chercheurs en technologies pour l'autonomie, collectivités territoriales...

La « Silver Economy » est un champ de l'économie qui prend en compte les **nouveaux besoins liés à l'avancée en âge**. Elle concerne des biens et des services qui peuvent relever notamment du sanitaire, du social, de l'habitat ou des loisirs...

Pour les personnes âgées, la Silver Economy vise à permettre une participation sociale accrue, une amélioration de la qualité et du confort de vie, une augmentation de l'espérance de vie sans incapacité.

Pour le secteur privé, il s'agit de créer des entreprises, de générer des emplois, d'augmenter le chiffre d'affaires et de consolider une filière industrielle.

Propositions

Plafonner la dépense totale de prise en charge de la dépendance pour prémunir les ayants droits contre des dépenses insoutenables

Réguler le marché de l'assurance dépendance, cantonnée à un rôle subsidiaire

Investir dans la qualité, en mettant l'accent sur une prise en charge humaine

- Prévenir l'apparition de la dépendance, en mettant l'accent sur la tranche d'âge des 50-75 ans qui joue ou est appelée à jouer un rôle prépondérant dans la perte d'autonomie des personnes âgées

- **Aider les aidants**

- Sécuriser et uniformiser l'attribution de l'aide publique

- Développer une offre d'accompagnement de la perte d'autonomie de qualité sur tout le territoire

C'est là qu'entre en jeu le savoir – faire des PS mettant en œuvre les M.A.C.

Le mouvement associatif

Aujourd'hui, les seules aides véritables et adaptées que les aidants reçoivent viennent des associations, qui ont été les premières à identifier les problèmes et leurs enjeux

Sans bruit, sans moyens souvent, mais avec un engagement qui force le respect, ces associations font un admirable travail

Elles poussent les aidants à se reconnaître comme tels, à rompre la solitude, elles fédèrent les engagements, capitalisent les expériences, proposent des soutiens psychologiques, des formations, des lieux de rencontre, des activités de ré

Si l'on mesure les enjeux dans une société où la P.A. (vieillesse, handicap...) est inexorable, il est essentiel d'aller au-delà, de sonner la mobilisation générale de tous les acteurs publics ou privés, du corps social et des entreprises.

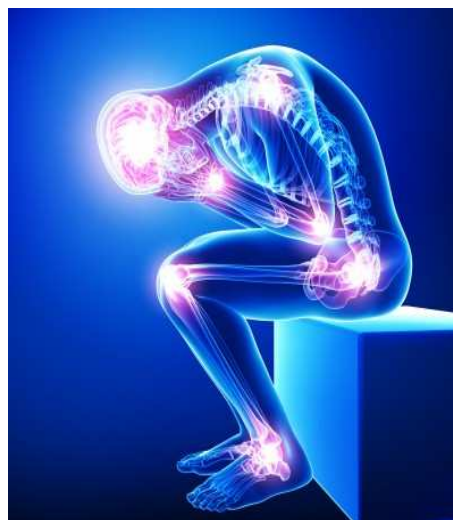
Docteur Pierre Popowski

DOULEURS CHRONIQUES NON SPECIFIQUES ET PERTE D'AUTONOMIE

Qu'est ce que c'est ?

Les douleurs chroniques non spécifiques (DCNS) sont définies comme des **douleurs ne pouvant être reliées à aucune pathologie spécifique** (Wadell 1987). Il s'agit donc d'un « **diagnostic d'élimination** » : cette explication est retenue après que les diverses pathologies pouvant être responsables de la douleur aient été écartées (rhumatismes inflammatoires, infections, tumeurs, ostéoporose, fractures...)

L'exemple le plus typique de DCNS est la **lombalgie chronique non spécifique (LCNS)**, qui représente 85% des lombalgies. (Deyo 1988) Etant donné de leur caractère « non spécifique », il y a **peu de lien entre l'importance des lésions (arthrose...) et la douleur**. (Deyo 1994, 1998, Jensen et al 1994, Deville et al 1995, Wipf et Deyo 1995, RCGP 1996). Cette notion étant parfois oubliée, de nombreux patients s'entendent dire : « Vous n'avez rien ! » lorsque leurs radios sont normales, et ce malgré des douleurs parfois intenses...



Conséquences des DCNS

Les DCNS posent un problème majeur de santé publique en raison de leur extrême fréquence et des coûts qu'elles sont responsables. À elle seule la lombalgie touche 435 000 personnes par an. (Côme 2009). C'est la plus fréquente des rachialgies chroniques (+ que la cervicalgie). (Andersson 1993, Walker 2000) et la plus commune des pathologies chroniques avant 65 ans. (Waddell 1996, Andersson 1999). Le risque d'en être affecté sur l'ensemble de sa vie est de 40%. (Côme 2009)

Environ 30% des lombalgies deviennent chroniques (Croft et al 1998, Thomas et al 1999) et occasionnent 85% des coûts de la lombalgie. Les lombosciatiques sont responsables de 13,1

millions de journées de travail perdues par an et coûtent 1.5 à 2 milliards d'euros par an. L'impact économique est donc considérable (Waddell 1993, Andersson 1999, Maniadakis et Gray 2000, Atlas et Nardin 2003).

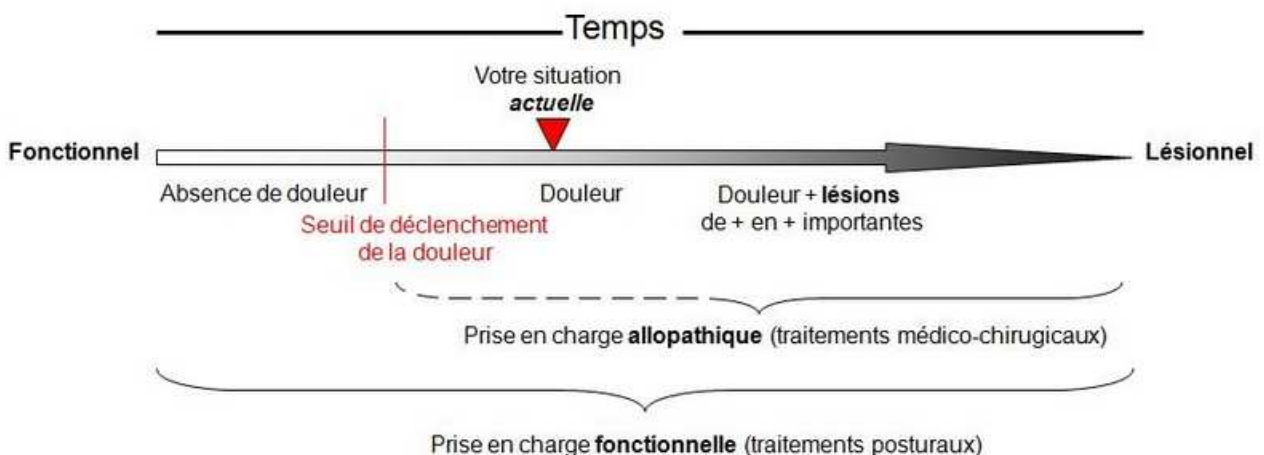


Au niveau de l'individu, les DCNS bien que non mortelles peuvent être responsables d'une **diminution importante de la qualité de vie**, avec un retentissement sur la vie sociale et professionnelle, en particulier sur le niveau d'autonomie. (HAS 2010) Certains questionnaires et échelles (EIFEL, Dallas, MOS-SF36) ont d'ailleurs été développées pour évaluer cet impact (et le bénéfice des traitements proposés). L'**anxiété et/ou la dépression** accompagnent les DCNS dans 30-45% des cas (Yunus 2007). Elles peuvent en être une conséquence ou une cause (Bennett 1996).

Comment ça marche ?

Si la douleur ne peut être reliée à aucune maladie, alors à quoi est-elle due ???! Pour le comprendre il est nécessaire de **changer de façon de penser**. Pour aborder la plupart des maladies l'approche médicale allopathique (et la culture générale) utilise un raisonnement anatomo-clinique, c'est-à-dire qui vise à mettre en lien les symptômes (signes cliniques, dont la douleur) avec des lésions anatomiques, celles-ci pouvant être mises en évidence par différents examens complémentaires (radios, échographies, scanners, IRM, examens biologiques...). Si cette façon de raisonner est tout à fait adaptée pour la plupart des pathologies (infectieuses, métaboliques, allergiques, tumorales, traumatiques...), elle l'est moins pour d'autres, comme **celles qui apparaissent suite à un lent et insidieux dérèglement de l'équilibre humain**, qui comporte une première phase « silencieuse ». (Harris 1999, Dickey et al 2002, Matheron et Kapoula 2011)

L'évolution pathologique se fait alors par une **migration progressive**, plus ou moins rapide, **de simples dysfonctions (problème fonctionnel) vers de véritables lésions (problème lésionnel)** (Reynaert et Jane 1997, Lapossy et al 1995, Hagen et al 2006, Soriot et al 2011). Ce qui explique que les examens puissent au départ être normaux malgré les douleurs ! Une comparaison simple illustre la différence fonctionnel / lésionnel – le moteur de voiture : de banales erreurs de réglages finissent, en l'absence d'entretien, par aboutir à l'usure des pièces (toutefois plus faciles à changer sur une voiture que chez l'être humain !). Le schéma suivant expose ce passage progressif d'un état « normal » à un état « pathologique ».



Pour comprendre les DCNS il faut donc passer d'un raisonnement anatomo-clinique à un **raisonnement systémique**, c'est à dire global, tenant compte de l'intégralité d'un système et non du simple symptôme.

Le système qui contrôle l'équilibre chez l'Homme est le **Système Postural Fin** (Massion 1994, 1997, Gagey et Weber 2004). Il maintient l'homme en équilibre sur l'astragale (os au sommet du pied) comme une tige au bout du doigt d'un jongleur.

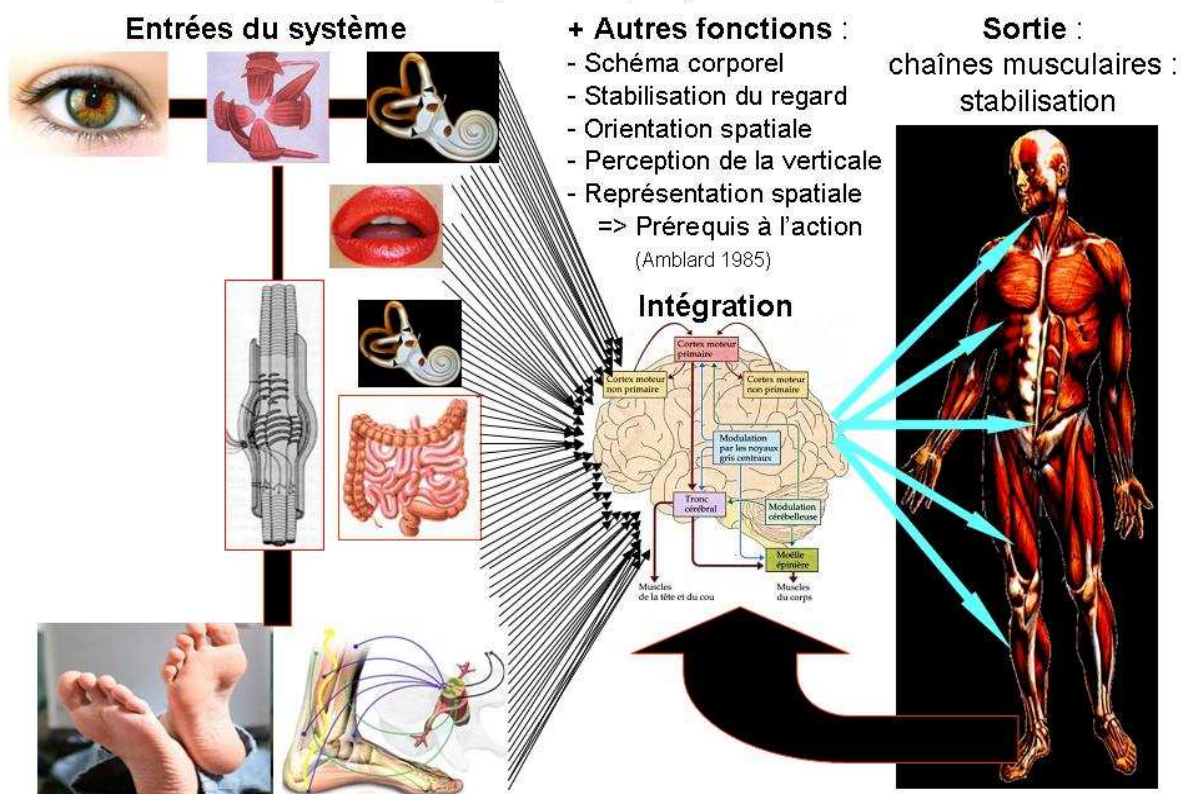


C'est un système automatique (i.e. non conscient), qui est composé de différents **capteurs** (vestibule, œil, dents, langue, sensibilité des muscles, articulations et de la peau du pied), de **centres intégrateurs** (cerveau, moelle épinière) et **d'effecteurs** (les haubans musculaires), qui permet d'ajuster à tout moment la tension de nos chaînes musculaires, et donc de **réguler le déséquilibre permanent** dans lequel nous nous trouvons.

Malheureusement, comme tous les systèmes régulant le fonctionnement du corps humain, le **Système Postural peut se dérégler**, ce qui se traduit par une mauvaise posture, un équilibre défaillant et provoquera à moyen / long terme différentes DCNS (Ollivier 2007) : douleurs de pied (Menz et al 2013), de genoux (Hirata et al 2012, 2013), **lombalgies** (Brumagne et al 2004, Mok et al 2004, Missaoui et al 2008, Matheron & Kapoula 2011, Ruhe et al 2011b), cervicalgies (Ruhe et al 2011a, Silva & Cruz 2013), - céphalées de tension (Giacomini et al 2004), fibromyalgie (Wolfe et al 1990, Soriot-Thomas et al 2012).

Le SPF : un système de régulation

(Massion 1994, 1997)



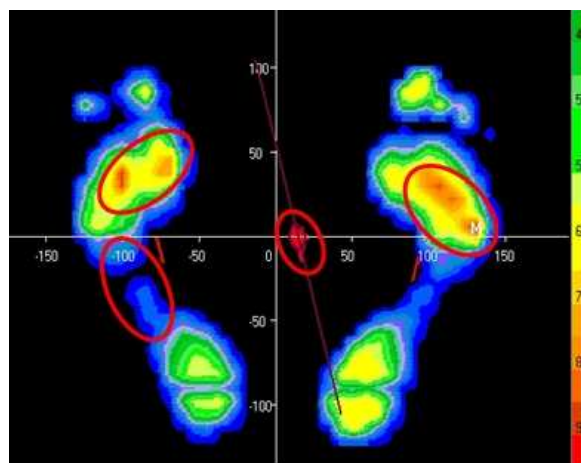
La question suivante est donc de comprendre pourquoi ce système se dérègle ! La réponse a été apportée par plusieurs études qui ont montré que des informations contradictoires des capteurs ("conflits sensoriels") ou des informations parasites (nociceptives) étaient à l'origine de ce dérèglement, et donc des DCNS qui en sont la conséquence (Harris 1999, Fink et al 1999, McCabe et al 2005, 2007, Matheron 2009).

Ces auteurs concluent que « **les lésions inflammatoires et anatomiques [arthrose, tendinopathies....] n'apparaîtraient qu'en cas de persistance des conflits sensori-moteurs.** En présence d'une douleur sans lésion anatomique, **avant de traiter la zone douloureuse** avec des antalgiques et des anti-inflammatoires, le **traitement devrait d'abord viser à restaurer le schéma corporel.** »

Comment ça se soigne ?

Une fois que l'on a compris les mécanismes à l'origine des DCNS il est donc peu surprenant de constater que les traitements classiques basés sur le symptôme n'apportent qu'un soulagement partiel et temporaire, voire inexistant. Selon le Dr Ferrari (2011) : « Les douleurs non spécifiques répondent mal aux traitements antalgiques habituels. On ne peut approcher leur pathogénie que dans la complexité, incluant des facteurs biopsychosociaux, culturels, éducatifs. Cette complexité implique de les aborder **dans un esprit transdisciplinaire et d'envisager une prise en charge thérapeutique globale**, qui fait une large part aux **approches non médicamenteuses.** »

L'approche posturale répond exactement à cette vision des choses (globale et transdisciplinaire). Elle consiste à éliminer une pathologie lésionnelle nécessitant une prise en charge en médecine allopathique, puis à **rechercher les parasitages** des différents capteurs (œil, pied, appareil dento-manducateur, proprioception...) à l'aide de tests cliniques et/ou podométriques et stabilométriques (enregistrement des pressions plantaires et des capacités d'équilibre).



En fonction des résultats du bilan postural, différents traitements pourront être proposés : il faut commencer par **supprimer les informations parasites** identifiées (correction visuelle inadaptée, mauvaise répartition des pressions plantaires, blocages articulaires / tensions musculo-tendineuses, piercings, douleurs dentaires, malocclusion...), et éventuellement **modifier l'information** perçue par l'un des capteurs dans le but d'améliorer la posture et l'équilibre.

Cette modification peut se faire sur les 2 exocapteurs : l'œil à l'aide de prismes de faible puissance (prismes posturaux <4 dioptries), ou le pied à l'aide de semelles de faible épaisseur (semelles posturales, <4 mm). Ces dernières ont fait la preuve de leur capacité à améliorer l'équilibre (Janin et Toussaint 2005, Foisy et al 2014) et à diminuer les lombalgies (Villeneuve et al 2011).

Le bilan postural permettant de mettre en évidence les dysfonctions et parasitages du système postural avant même que les douleurs apparaissent (dans la 1^{ère} phase du dérèglement), en plus de l'amélioration des douleurs lorsqu'elles sont présentes, **une action préventive est donc possible.**

Arnaud Foisy

LES JARDINS THERAPEUTIQUES OU L'HORTITHERAPIE ET LA MALADIE D'ALZHEIMER

Mon sujet peut vous paraître éloigné des médecines alternatives que nous abordons habituellement mais vous allez voir que le **jardin peut soigner !**

Tout d'abord l'hortithérapie qu'est-ce que c'est ?

La thérapie par les plantes médicinales ?

Pas du tout !

C'est une thérapie qui s'intéresse à l'action du jardinage sur le corps, l'intellectuel, le psychisme et le mental.

Ceux d'entre vous qui jardinent savent que passer du temps au jardin ça fait du bien.

Beaucoup d'articles et d'ouvrages sont dédiés à cette « nouvelle » thérapie, je n'ai pas la prétention de tout vous apprendre, loin de là, ce n'est qu'une approche pour faire valoir ses bienfaits parce que je suis convaincue que cette nouvelle méthode de soins mérite d'être plus connue.

L'hortithérapie n'est pas seulement utile pour les personnes malades. Elle s'applique tout autant aux personnes bien portantes:

De nombreux salariés dans les entreprises tiennent le rythme à leur travail grâce à cette activité de jardinage du week-end.

Moi-même je décomprime au jardin et stress et soucis disparaissent en peu de temps.

Ma mère me disait souvent que son jardin était son médicament.

Et puis qui n'a jamais éprouvé ce sentiment de plaisir, de paix, de plénitude face à la nature ?

Les jardins sont bien plus que des espaces organisés et esthétiques, ils sont des parcelles de vie extérieure et intérieure.

Jardiner est une manière de restaurer la nature originelle de l'être.

En tous cas, cultiver son jardin constitue, sans doute, une des plus belles expériences humaines et peut-être la plus efficace des thérapies.

Les précurseurs de cette thérapie sont les Canadiens et les Américains. Elle s'est ensuite répandue au Royaume-Uni et au Japon.

Depuis 20 ans déjà, certains pays européens - Italie, Belgique, Grande Bretagne, Pays-Bas, Suisse- se servent de jardins comme soutien thérapeutique dans la maladie d'Alzheimer.

La France commence seulement à s'ouvrir à cette pratique. Actuellement des thérapeutiques médicamenteuses existent mais on ne dispose pas de traitement curatif. Pour faire face à la maladie, des soins diversifiés et des approches non médicamenteuses sont nécessaires pour prendre en compte les dimensions neurologiques,

sociales, familiales de cette affection qui concerne plus de 800 000 personnes en France à ce jour.

Dans les cahiers des charges destinés aux nouvelles structures, l'accent est mis sur la nécessité d'adapter l'environnement architectural et d'y intégrer un jardin thérapeutique. En effet, les bénéfices d'un jardin thérapeutique dans un établissement sont multiples.

Si les jardins ressource les jardiniers bien portants qu'il est difficile de faire aller mieux que bien, l'effet bénéfique des jardins sur des personnes âgées ou malades ne semble plus faire aucun doute aujourd'hui.

Bien sûr les malades d'Alzheimer ne peuvent pas tous pratiquer le jardinage mais pour eux **la seule présence au jardin, a par elle-même une valeur thérapeutique** et l'exposition à la lumière du jour, d'une durée même réduite, permet d'améliorer une humeur déprimée

Les avantages du jardinage pour les malades comme pour les biens portants :

- Favorise la marche qui contribue à conserver les mécanismes locomoteurs, à entretenir les muscles, à améliorer le sens de l'équilibre et à stimuler l'appétit, le système circulatoire et cardiaque.
- favorise un bon équilibre psychophysiologique et contribue à un meilleur sommeil nocturne.
- Maintient ou augmente la mémorisation, par un travail sur les plantes cultivées.
- Maintient ou augmente la notion de responsabilisation par le travail effectué et l'entretien demandé par les plantes.
- Aide à la socialisation, grâce à un travail commun, ce qui permet des échanges et les discussions, le partage du produit du travail, c'est un lieu privilégié de relations sociales.
- Maintient ou augmente la dextérité fine et la coordination par les mouvements requis pour effectuer les travaux au jardin.
- Permet l'exposition aux rayons du soleil du corps et de favoriser le métabolisme de la vitamine D, dont l'état de carence est générateur de problèmes pathologiques et fragilité osseuse.

Le jardin thérapeutique représente une aide, un support au processus de soin et permet de stimuler :

- les capacités cognitives et mnésiques
 - par la mémoire des plantes, l'observation et l'analyse par exemple des changements des saisons
- les perceptions sensorielles

▪ **la vue** par les couleurs, les végétaux fleuris, les formes des buissons, des sculptures, les perspectives, les ombres et les lumières ...

▪ **l'ouïe** par le bruissement du vent dans des végétaux, par l'eau qui ruisselle, par les oiseaux, les insectes, les bruits de la vie...

▪ **l'odorat** par le parfum des plantes aromatiques et odorantes, par l'herbe fraîchement coupée.... Les parfums sont de puissants évocateurs des souvenirs oubliés et tous les parfums de fleurs favorisent la concentration.

▪ **le toucher** par la texture des végétaux, par la marche qui peut être parfois sur du sable, des galets, des copeaux de bois ou des lattes de bois

▪ **le goût** par la consommation des petits fruits du jardin (framboises fraises, cassis, groseilles...) et aussi les plantes aromatiques et certaines fleurs comme les capucines ...

En utilisant les cinq sens et en rendant les patients acteurs, ces derniers vont s'investir et vont stimuler leur mémoire avec plaisir et de façon inconsciente.

- le sens de l'orientation
 - par la promenade dans les allées
- l'éveil des émotions
 - le muguet qui rappelle le mois de mai avec des souvenirs qui y sont liés ou encore un sapin pour Noël
- de structurer le rythme de vie
 - dans un jardin il est plus facile de deviner l'heure de la journée ou de savoir si l'on est au printemps ou à l'automne.
- de faciliter la communication verbale
 - l'échange de savoir et le partage de souvenirs, l'orthophoniste peut venir au jardin pour travailler le langage
- de réduire l'agitation et l'agressivité et limiter les troubles du comportement
 - Déambuler dans un jardin apaise : Une étude menée par l'Association horticole canadienne de thérapie sur les résidents atteints par la maladie d'Alzheimer a prouvé que, pour ceux qui vivaient dans un cadre entouré de jardins, le nombre d'incidents violents a diminué de 19% en deux ans. En revanche, pour ceux qui résidaient dans un établissement dépourvu d'espaces verts, les incidents violents ont augmenté de 68% sur la même période.
- d'améliorer le sommeil et de l'appétit
 - grâce à la détente à l'activité physique et au grand air
- d'améliorer l'autonomie des patients
 - grâce encore à l'activité physique
- permet de réduire de 35% la consommation d'anxiolytiques

La promenade est un véritable exercice physique si la personne est accompagnée et aidée sur les parcours variés incluant des obstacles comme des marches ou simplement marcher sur des

matériaux différents comme des gravillons, des écorces.

On peut aussi installer des parcours de motricité dans le jardin et le kiné peut rééduquer parmi les fleurs.

Le jardin permet de maintenir une activité physique : Promenade, jardinage peuvent s'y pratiquer malgré des handicaps ou incapacités grâce par exemple à des jardinières surélevées, des outils adaptés...

Le jardin est un lieu où le quotidien peut devenir acceptable. Installés auprès des hôpitaux ces jardins sont des îlots protecteurs, des espaces de réparation, de restructuration, de ressourcement, de repos à l'abri du regard des autres.

En déambulant dans cet espace et en participant aux différentes activités de jardinage proposées, la personne soignée oublie un moment son statut de patient. Son activité ne se cantonne plus à marcher de long en large dans un couloir blanc et stérile. Son corps bouge, se met en action et lui permet ainsi de se sentir « vivre ».

On savait que la nature est apaisante mais aujourd'hui des études démontrent ses effets curatifs. Il ne s'agit pas d'une découverte récente. Dans l'antiquité, les médecins Egyptiens recommandaient à leurs patients de se promener pour résoudre leurs problèmes.

Je vais vous donner quelques exemples de réalisations de jardins thérapeutiques :

L'hôpital d'Eu accueille à la journée des patients souffrant de la maladie d'Alzheimer.

Ils ont constaté que les femmes travaillaient à la cuisine, épluchaient les légumes, s'occupaient à des activités manuelles. Les hommes, eux, étaient souvent assis dans un canapé. Ils se sont dit que ces hommes venant pour beaucoup d'un milieu rural, il était urgent de les mettre « dehors ».

Financé par le Lions Club, un espace à l'intérieur même de l'hôpital a été créé avec des tables hexagonales qui permettent aux patients de jardiner assis. Les bénéfices du jardinage sont réels et la plupart des patients retrouvent des gestes d'antan. Et comme ils mangent sur place les légumes produits sont préparés pour les repas.

Le Centre Hospitalier Universitaire de Nancy : Ce magnifique jardin qui a été créé en 2008 à l'initiative du Dr Jonveaux et un médecin paysagiste sculpteur allemand Reinhard Fescharek pour les malades d'Alzheimer. Il a été créé pour répondre à la problématique des troubles comportementaux notamment des déambulations propres à la pathologie d'Alzheimer. Les résultats de travaux ont montré que l'accès à l'extérieur avait un effet bénéfique sur les malades.

D'une superficie de 4000 m² ce jardin baptisé « Art Mémoire et Vie » est clos et accessible nuit et jour, toute la semaine.

L'orthophoniste ou l'infirmière peuvent s'approprier le lieu pour des exercices. Les patients aiment s'y promener ensemble. Les familles rendent plus facilement visite à leurs proches et l'espace sert à organiser des manifestations artistiques, des concerts. La dimension artistique véhicule l'émotionnel.

Par exemple un patient passant habituellement sa journée en pyjama a demandé à sa famille de lui apporter une chemise et une cravate pour assister au concert.

Le jardin est conçu en quatre carrés thématiques selon les éléments invariables : l'eau, le feu, la terre et le vent. Autour de ces quatre éléments, sont joints des plantes – qui changent au fil des saisons – et des sculptures pour accentuer ces thèmes et stimuler les sens.

Des repères spatio-temporels sont également introduits tels une horloge, une station météo...

Je voudrais encore citer Anne Ribes, infirmière « jardinière » qui a installé 4 jardins thérapeutiques à Paris entre autre à l'hôpital de la Salpêtrière pour venir en aide aux enfants autistes, et d'autres qui s'adressent justement à des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer.

Je peux citer encore le jardin « Graine de vie » qui a été installé sur une terrasse d'environ 1000 m² à l'Institut Curie à Paris.

A Bagnols sur Cèze (Gard), des patients ont un jour débattu de la force symbolique du jardin:

« C'est une notion de non-enfermement. Nous pouvons faire ou ne rien faire. C'est un endroit de mouvement et le mouvement c'est la vie »

La semaine dernière une personne avec qui je fais du sport me disait qu'elle ne pourrait hélas pas assister au forum de l'APAM mais qu'elle était très intéressée par mon sujet sur les malades d'Alzheimer. En effet son beau-père souffre de cette maladie depuis deux ans et lorsqu'il est au Portugal où il a un grand jardin, il y passe toutes ses journées et il va bien mais dès qu'il revient en France où il vit en appartement ça ne va plus du tout. Je lui ai dit que ce qu'elle venait de me raconter résumait tout mon propos

Le coût d'un jardin thérapeutique :

Les hôpitaux, maisons de retraite disposent de la plupart du temps de terrains autour de l'établissement qui peuvent facilement être transformés en jardins thérapeutiques.

C'est toutefois le manque de moyens financiers qui freine l'installation de ces jardins car il faut les entretenir et avoir le personnel pour accompagner les personnes malades.

De plus en plus de projets voient le jour en France grâce au soutien de mécènes, par des dons d'associations de familles de malades, de collectes organisées par certaines associations comme « jardins et santé » qui est une association de bénévoles au service du mieux-être de leurs parents, grands-parents.

Le gouvernement vient de décider de débloquer une enveloppe de 650 M€ pour faire face à la dépendance des personnes âgées, il faut espérer que grâce à ces fonds des jardins thérapeutiques fleuriront.

Je voudrais terminer ma présentation sur une note plus spirituelle car dans toutes les religions le jardin est aux sources de l'aventure de l'homme et communément désigné comme « paradis ».

Dans bien des mythologies aussi, l'humanité est née dans un jardin paradisiaque qu'elle a pour mission d'entretenir.

Le jardin constitue un lieu favorable à l'épanouissement de la spiritualité et cette spiritualité que nous pouvons puiser dans les jardins n'est probablement pas étrangère à leur dimension soignante ou cicatrisante de l'âme.

Pour finir, un petit clin d'œil aux philosophes parmi nous:

Shakespeare a dit

« Mon corps est un jardin, ma volonté est son jardinier »

J'ai assisté à tous les forums qui ont été organisés par l'APAM depuis 10 ans mais c'est la première fois que j'y participe en tant qu'intervenante. Je voudrais remercier ici notre président, le docteur Pierre Popowski de m'avoir accordé sa confiance.

Irma Knibbe

LA DÉPENDANCE AFFECTIVE

La dépendance affective (DA) pourrait être définie comme le fait d'attendre que l'autre nous apporte le sentiment d'être aimé, d'être quelqu'un de bien, ou simplement d'être.

Cela donne à l'autre le pouvoir sur nos émotions, nos sentiments, notre niveau de bien-être, nous mettant dans une position délicate, souvent de souffrance, mais l'autre est également mis dans une position inconfortable.

La DA peut se retrouver dans un couple, mais aussi dans une relation parent-enfant, ami-ami, personne-animal.

Tout individu adulte souffre de déficits affectifs, liés à sa nature et à son histoire personnelle. Il cherche très naturellement à combler ces carences. Dans la DA, une personne dont les besoins affectifs sont urgents et intenses répète toujours le même scénario, mais celui-ci n'est bien sur pas satisfaisant, et conduit à une impasse.

L'emploi de moyens inappropriés pour en sortir rend cette recherche stérile d'abord, destructrice ensuite.

La dépendance est inhérente à la vie même.

Elle est physique face au besoin d'oxygène, de l'eau, et même des impressions. Il s'agit là de survie.

Le besoin affectif n'est pas aussi palpable, mais nous poursuit tout au long de notre vie. Sa non-satisfaction touche notre équilibre psycho-affectif, mais également physique (on souffre d'une « affection »). On a besoin d'être important pour quelqu'un qu'on aime, ou d'être reconnu par quelqu'un qu'on estime.

Nous choisissons dans notre parcours les personnes propres à combler nos besoins **par instinct** ; celles-ci permettent de compléter des situations incomplètes (« régler des transferts »). Donc, ni le besoin, ni les personnes choisies pour en sortir ne sont le vrai problème. Le comportement pathologique découle du refus de **porter son besoin**. Ce que nous refusons de porter dans notre vie, et qui incombe à nous seuls, nous le faisons porter aux autres. Cet évitement donne lieu à toutes sortes de comportements dysfonctionnels ou aberrants. Il ne s'agit pas de faire plus, mais de faire **autrement**.

Pour cela, il est nécessaire d'avoir un esprit suffisamment introspectif afin de reconnaître notre vraie situation. Ainsi, on ne se trompera pas de combat. Nous allons essayer de clarifier quelques idées sur ce sujet. Il appartiendra à chacun de savoir s'il veut se mettre en route ou non.

LES DIFFÉRENTS PROFILS

- Le profil-type du DA :

○ le sujet s'accroche, a besoin d'être rassuré, occupe la position « basse », mais c'est un puits sans fond. Une thérapie ne pourra être possible qu'à la double condition de sortir de la position de Victime, et de cesser de rendre l'autre responsable de sa situation (même s'il a aussi des torts).

- les trois autres profils souffrent aussi de besoins affectifs, mais ceux-ci sont **camouflés**.

- La dépendance à une substance ou une activité :

○ Nourriture, drogue, alcool, achats compulsifs, sport intensif, jeux de hasard, internet, sexe....

○ La souffrance du vide affectif est ici momentanément comblée, ce qui soulage une tension intérieure. Il s'agit d'éviter d'affronter ses propres émotions.

○ Tout est une question de niveau d'addiction et des répercussions que cela peut entraîner.

- Le sauveteur :

○ Il vole au secours des autres avant même qu'ils n'aient demandé quoi que ce soit.

○ Il sera attiré par des personnes « à problèmes », dépressives, endettées...

○ Il se sentira utile, valorisé, rempli. Il a besoin de se sentir indispensable (Zorro, Superman, Robin des Bois).

○ Il a du mal à dire non, à recevoir et à demander (à se respecter).

○ Il maintient l'autre en position de victime, de dépendance. Il peut se transformer en persécuteur.

○ Lorsque le partenaire va mieux, il déprime, confronté au vide de son existence.

- L'anti-dépendant :

○ N'a besoin de personne. Il s'est construit lui-même (parents défailants).

○ Il a du mal à demander et à recevoir. Il fuit le rapprochement et l'intimité.

○ Il souffre « d'anorexie affective ».

LES RELATIONS COMPLÉMENTAIRES

- Le couple DA-Anti-dépendant :

○ Cette relation devient problématique si les besoins de l'un ne correspondent pas à l'offre de l'autre. Le partenaire distant occupe une position dominante (haute) : pouvoir de séduction plus élevé, situation professionnelle, plus d'aisance, paraît sûr de lui.

○ La « victime » n'est pas sans pouvoir : elle peut culpabiliser l'autre par son mal-être voire sa maladie. Mais elle se sent protégée.

○ Plus le dépendant reproche son manque d'attention à l'autre, plus le distant se sent emprisonné, sous pression ; d'où une escalade, puis crise finale.

○ Le distant peut devenir physiquement violent, ou faire preuve de violence morale : c'est le cas du « manipulateur », ou du « pervers narcissique » (qui rabaisse, humilie, dévalorise et isole, tout en montrant à l'extérieur une image positive : serviable, enjoué, gentil...).

○ C'est un couple Victime-Persécuteur.

- Le couple Sauveteur-Partenaire en détresse :

○ La détresse peut être liée à une assuétude, une dépression, des problèmes financiers ou sentimentaux. Le Sauveteur vole au secours de la Victime, fait passer les besoins de l'autre avant les siens (fonctionnement acquis pendant l'enfance, par exemple face à une mère déprimée, et qui est devenu automatique même s'il n'est plus adapté).

○ Cela permet de cultiver une bonne image de soi et d'oublier son propre vide intérieur. A terme, le sauveteur peut devenir Persécuteur, voire lui-même Victime. Le sauvetage peut être considéré comme une dépendance : le Sauveteur a besoin que le partenaire ait besoin de lui, sinon il risque de sombrer dans un état dépressif de dévalorisation : « je ne sers à rien, je n'existe pas... »

Dans les deux cas, la relation est déséquilibrée, il n'y a pas de communication juste et intime. Aucun des deux partenaires ne s'est encore trouvé, et il y a pression pour amener l'autre à changer. On a à faire à une **relation de pouvoir** : 1 + 1 + le problème = 3 !

CARACTÉRISTIQUES DE LA DA

- Au niveau cognitif

○ *Image négative de soi* : je suis nul, pas à la hauteur, inférieur aux autres, méchant, sale, les femmes sont toutes..., les hommes sont tous....

○ *Difficulté à identifier ses besoins, ses désirs, ses valeurs*. Exemple du cinéma. Il se suradapte à l'autre.

○ *Attitude face aux besoins* : il les minimise, les occulte. Il attend d'être deviné (preuve d'amour). Pour satisfaire un besoin il faut : le reconnaître, le relier à une situation insatisfaisante, agir pour remédier à la situation.

○ *Attitude face aux comportements et à l'insatisfaction* : minimiser, se voiler la face. Il rend l'autre responsable de son insatisfaction. Dénier, auto-culpabilisation.

- Au niveau émotionnel

○ *Immaturité affective* : on réagit comme un enfant, dans l'excès. La partie Enfant contamine la partie Adulte.

○ *Frontières dysfonctionnelles* : s'ouvrir quand c'est opportun, et se fermer quand c'est nécessaire (frontières semi-perméables). Frontières imperméables : mur de silence, de colère ou de silence face à l'autre. Frontières perméables : prendre sur soi les émotions des autres, se sentir responsable du malheur des autres (éponge).

○ *Honte et culpabilité* : se sentir mal quand l'autre est en colère

○ *Sentiment de vide*

○ *Hypersensibilité à l'abandon, au rejet*.

○ *Anxiété*.

- Au niveau physique

○ Tension, poids, migraine, lassitude, douleurs (fibromyalgie), fatigue chronique.

- Au niveau du comportement

○ *Manque d'affirmation de soi, mettre des limites, prendre sa place, se défendre, exprimer son point de vue*

○ *Le manque d'affirmation de soi est relié à la culpabilité, à la peur du rejet, du conflit*

○ *Action* : soit réfrénée, ou hyperactivité

○ *Décision* : remise à l'autre

○ *Assuétudes* : pour combler son vide intérieur, se remplir, se sentir plus à l'aise

- Au niveau relationnel

○ *Absence d'intimité vraie*. La fusion n'est pas l'intimité.

○ *Besoin d'être rassuré* sans cesse, puits sans fond

○ *Ruptures fréquentes*, conflits nombreux

○ *Vie par procuration* : célébrités, faits divers...

○ *Une pression est exercée sur l'autre* afin qu'il réponde à nos besoins : on est alors non pas dans une demande, mais dans l'exigence, donc une relation de pouvoir.

ORIGINES

- Enfance

○ Parents inattentifs, mauvais dosage entre fermeté et bienveillance. Besoin de se sentir accepté, d'un sentiment de confiance.

○ Manque affectif, séparations, maltraitance, surprotection, abus sexuel, inceste affectif (surinvestissement du fils par la mère au détriment du mari : utilisé comme « objet ». l'enfant est éloigné du père, et a du mal à accéder à l'autonomie.)

○ Culpabilité liée à des mauvais traitements (mère qui garde un lien fusionnel et ne permet pas l'autonomie)

○ Face à un parent en détresse (dépression, toxico-dépendant), l'enfant se centre sur les émotions des parents et se perd de vue. Idem pour un parent distant.

○ **A l'âge adulte, le fonctionnement installé dans l'enfance continue à œuvrer, même s'il n'est plus efficace**

- **Culture**

○ Influence de la société, relations homme-femme, éducation, objet de consommation, normes établies...

- **Interaction**

○ De nos différentes facettes : on peut ainsi être en position basse ou haute, selon que le partenaire stimule le côté dépendant ou distant

- **Spiritualité.**

CONCLUSION

Le DA cherchera la plupart du temps à se débarrasser de son angoisse, plutôt que de chercher ce qu'elle cache. Il s'abandonne rarement à ressentir ses émotions, ce qui lui permettrait de mieux identifier ses besoins et de les exprimer (au lieu de les faire exprimer par l'autre).

Il est persuadé que l'autre aura à son égard suffisamment de respect et d'amour pour calmer son angoisse, ce qui ne fait que perpétuer sa faible estime de lui-même.

Attribuant à l'autre le pouvoir de confirmer sa valeur comme personne, et devant l'incapacité d'opérer son transfert, le DA répète compulsivement des tentatives vouées à l'échec.

Sur le fronton du temple d'Athénée à Delphes est écrit

« Connais toi toi-même ».

Ce dont nous venons de parler couvre **une** forme de connaissance de soi, par le côté fonctionnel du psychisme et du comportement.

Il est une autre connaissance de soi qui est celle de l'ouverture à soi et au monde dans l'expérience du « ici et maintenant ».

Il s'agit bien d'une expérience, et non d'une analyse. Elle nous rapproche de notre part de mystère, de notre part invisible. C'est avec cette part que l'on tente de se familiariser dans la méditation, et qui cherche à nous retrouver dans notre quotidien, à condition de lui laisser une porte ouverte.

Cette méditation dans la vie nous met à notre juste place, à la croisée du monde fonctionnel dans lequel nous sommes placés, et du monde spirituel dont nous sommes issus.

Laisser ce lien se rétablir justifie notre présence sur cette terre, à la condition d'être à l'écoute du fin tintement de cloche lointain qui nous y invite.

Cette démarche est guérissante pour nous, mais aussi pour ceux qui nous entourent. Chacun porte une responsabilité face aux « autres ».

C'est une notion récemment bien diffusée par Mathieu Ricard dans son livre « plaidoyer pour l'altruisme ».

Pour lui, une des grandes questions de l'avenir est le choix entre égoïsme et altruisme. Il y prône plus de considération pour autrui, davantage de sollicitude et un esprit total et inconditionnel de coopération, qui s'oppose à la compétition qui nous est coutumière.

Cette coopération est dans la pratique bien plus active que la compétition, créant un lieu social, qui a lui-même comme conséquence une amélioration de la santé mentale, une augmentation de la longévité, une bonification de l'immunité et une notable réduction des dépendances.

La première condition pour cela est de reconnaître la nécessité d'un changement pour soi-même. L'individualisme et le narcissisme doivent céder la place à plus d'empathie, ce qui signifie davantage de chaleur humaine face à la détresse des souffrants.

Il a été scientifiquement démontré que la méditation sur la compassion régulièrement pratiquée, augmentait déjà au bout de 8 semaines la densité des neurones de l'hippocampe, et diminuait la taille des amygdales du cerveau (rôle dans l'agressivité).

L'empathie est une « résonance affective avec l'autre », ce qui la différencie de la contagion émotionnelle.

L'altruisme représente une motivation, qui conjugue deux sentiments : il nous fait du bien, et il crée du lien. Cela nécessite une pratique régulière.

« Tout ce qui n'est pas donné est perdu »

Dr Udo Giavarini

Pour tout renseignement :

Association Pour l'Alternative en Médecine
75, boulevard du Général de Gaulle
91210 Draveil

e mail : apam.essonne@gmail.com

Site web : www.apam-essonne.fr/