	<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 43-44 – Octobre 2015</p>

## Editorial

A travers une courte revue de la presse médicale (« Le Quotidien du Médecin ») reçue dans ma boîte mail, je souhaite vous faire partager le vrai visage de l'air du temps.

« L'HOMME EN KIT. Les techniques de modélisation et d'impression en 3D permettent déjà de fabriquer des prothèses qui sont la réplique exacte de la partie du squelette à remplacer. L'homme réparé est-il pour demain? Allons-nous pouvoir faire remplacer facilement des "pièces usées" de notre corps ? »

« Pesticides : un concentré de perturbateurs endocriniens dans des salades de supermarché »

« La fraise, un réservoir de pesticides perturbateurs endocriniens »

« Volkswagen et données de santé : une affaire symptomatique »

J'arrête là : à vous de choisir... Mais l'air du temps qui vient n'est pas celui de nos valeurs.

C'est dire l'importance de vos cotisations qui permettent la poursuite de notre réflexion et de nos actions.

Comme prévu, vous trouverez dans ce double numéro de notre Bulletin les textes des interventions d'Udo Giavarini, d'Arnaud Foisy et de Raphaël Prylecki lors du forum qui s'est tenu au Théâtre Donald - Cardwell à Draveil le 14 mars 2015, intitulé « Les médecines alternatives dans le parcours de soins coordonnés. Comment éviter l'errance médicale ? »

Bon appétit...

Pierre Popowski  
Président de l'APAM

## **APPROCHE EN PODOLOGIE POSTURALE**

### **Introduction :**

De nombreux patients avec un lourd passé d'errance médicale sont fréquemment rencontrés en consultation de posturologie. Les différents thérapeutes qu'ils ont vus se sont souvent focalisés sur leur(s) symptôme(s), sur une partie de leur corps, voire sur leurs radios.

Cet article, résumé de la communication au dernier forum de l'APAM, présente les principes de l'approche posturale et la manière avec laquelle elle essaie de limiter l'errance des patients tout en garantissant leur sécurité.

### **Interrogatoire médical : assurer la sécurité du patient**

Afin d'assurer la sécurité du patient, la consultation commence toujours par un interrogatoire rigoureux : analyse complète du motif de consultation mais aussi des autres plaintes, des pieds à la tête. En effet, en raison de notre tradition culturelle de segmentation du corps (voir Bulletin N° 39-40 : Corps perçu, corps percevant), certains patients consultent encore pour une douleur spécifique à une partie du corps (pieds, genoux, dos...) alors que l'approche posturale s'intéresse justement à *l'ensemble*. Elle n'a pas pour objectif de traiter chaque symptôme individuellement mais d'améliorer la qualité de la posture afin de faire cesser ou diminuer les symptômes qui sont la conséquence du dérèglement postural (voir Bulletin N° 37-38 : Douleurs chroniques non spécifiques et perte d'autonomie).

Sont collectés également les antécédents médico-chirurgicaux, traumatiques etc. Un descriptif complet de chaque symptôme (douleur le plus souvent, mais aussi instabilité, raideur, trouble de la marche...) est réalisé : la localisation précise, l'ancienneté, les circonstances d'apparition, l'évolution, l'horaire (mécanique ou inflammatoire), l'intensité et la fréquence. Ces deux derniers items permettent aussi de quantifier l'évolution clinique, et donc d'évaluer la pertinence de la prise en charge.

A l'issue de cet interrogatoire, on est en mesure de savoir si le patient peut être pris en charge en podologie posturale, ou si sa problématique relève de traitements autres. Pour les (rares) patients n'ayant pas consulté un médecin avant de venir faire un bilan postural, tout symptôme suspect (à l'allure non mécanique) qui n'a pas déjà été bilanté amène à une réorientation vers le médecin avant toute prise en charge posturale. Le principe de la posturologie n'est évidemment pas de s'opposer ou de se substituer à une prise en charge allopathique, mais plutôt de proposer une alternative / un complément à cette approche, et d'agir en coopération avec la médecine allopathique et les thérapeutiques holistiques.

### **Interrogatoire postural**

Il suit immédiatement et complète l'interrogatoire médical. Il consiste en l'évaluation des contraintes mécaniques endogènes et exogènes auxquelles le patient est soumis : âge, taille, poids, profession, sports...



Suit la recherche de signes de Syndrome de Déficience Postural (SDP): douleurs mécaniques de l'axe du corps, vertiges / chutes inexplicables, erreurs d'appréciation du schéma corporel, dyslexie, défaut d'orientation, défaut de localisation spatiale...

La présence de signes pouvant indiquer le dysfonctionnement d'un ou plusieurs capteurs du Système Postural (voir Bulletin N° 37-38 pour un rappel sur le Système Postural Fin) est également recherchée : correction visuelle inadaptée ou absente, fatigue visuelle, antécédents de rééducation orthoptique, difficultés de concentration, douleurs / gênes buccales, bruxisme, SADAM, espaces interdentaires, malocclusion, piercings linguaux / labiaux, antécédent de pathologie vestibulaire, déviation à la marche, cinétose, troubles de l'audition, etc.

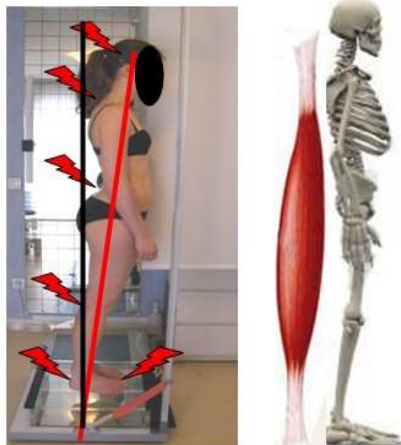
A l'issue de cet interrogatoire, le praticien a une idée plus claire de la nature des troubles du patient : cela lui donne une suspicion plus ou moins forte de SDP et lui permet aussi de suspecter quel(s) capteur(s) dysfonctionne(nt). Le reste de l'examen clinique, et surtout le suivi du patient permettront de confirmer ou d'infirmer ces suspicions (Gagey et Weber 2004).

### **Bilan postural :**

La première étape est le bilan morphostatique, qui consiste à évaluer les défauts d'axes dans les trois plans au niveau du pied, mais aussi de l'ensemble du corps : lignes de gravité sagittale et frontale, bascules et rotations de la tête, des épaules et du bassin, inflexions et rotations vertébrales, position des genoux et des pieds. Au sujet des pieds, on peut signaler qu'il existe des outils cliniques simples et validés qui permettent d'évaluer sa posture de façon fiable: Navicular Drop Test (Brody 1982), Hauteur Normalisée du Naviculaire (Murley et al 2009), Foot Posture Index (Redmond et al 2006) entre autres.

Le trouble statique le plus fréquemment rencontré est (de loin) le pied valgus (plat ou non),

c'est-à-dire affaissé sur son bord interne. Il s'associe mécaniquement à une posture globalement antériorisée, et ces deux facteurs vont augmenter les contraintes en étirement ou en compression au niveau de l'ensemble de l'appareil locomoteur (des pieds à la tête). Ils sont donc très souvent retrouvés lors de douleurs persistantes aux pieds, genoux, dos, etc. (Hicks 1961, Andersson et al 1977, Okada 1970, Mézière 1984, Kuriyama et Ito 2005).

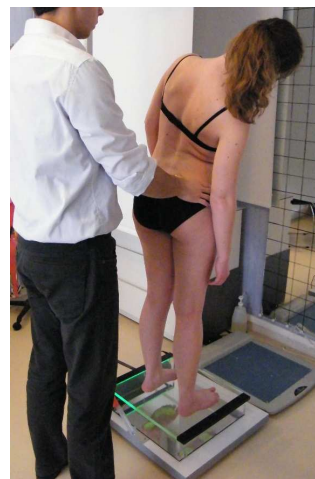


Si les critères morphologiques sont utiles pour avoir un premier abord rapide du patient, ils ne constituent toutefois qu'une petite partie du bilan complet permettant d'obtenir une compréhension fonctionnelle globale (Le Normand et Fourage 2003). « Le tonus s'exprime à travers le mouvement » disait Fukuda. Se limiter à une approche morphostatique risque d'amener à des "raisonnements" purement descriptifs (Villeneuve et al 2000) qui ne rendent que partiellement compte de la réalité du patient.

#### **Bilan dynamique :**

Le bilan postural est donc complété par des tests cliniques dynamiques qui permettent d'évaluer le tonus musculaire. La pertinence et l'efficacité du choix orthétique dépendent directement de la qualité de l'examen clinique (de l'interrogatoire à la palpation), et la qualité de l'examen clinique dépend de la qualité des tests qui le composent ! Un point essentiel est donc d'utiliser le plus possible des tests qui ont fait la preuve de leur validation ou de leur reproductibilité et de veiller à les exécuter avec la plus grande précision. C'est le cas de la plupart des manœuvres utilisés en podologie posturale : test de Fukuda (Gagey et Weber 2004) et Manœuvre de Convergence Podale (Exposito et Scheibel 2012), qui évaluent le tonus des rotateurs des membres inférieurs, test de Bassani (Le Normand et Fourage 2003) et Epreuve Posturo-Dynamique (Villeneuve 1995, Lemaire et al 2002) pour le tonus des muscles paravertébraux et la mobilité vertébrale, test de rotation de tête (Lemaire et al 2002) pour les muscles cervico-céphaliques, Test du Maintien

Pelvien (Nguyen et al 2013) pour les chaînes stabilisatrices, Manœuvre de Convergence Oculaire (Gagey et Weber 2004), Cover Test ou Maddox (Matheron 2007) pour les muscles oculomoteurs. On peut également avoir recours à des tests cliniques simples d'évaluation de l'équilibre comme le test monopodal (Springer et al 2007) ou le test du Romberg postural (Baron 1959, Gagey et al 1977).

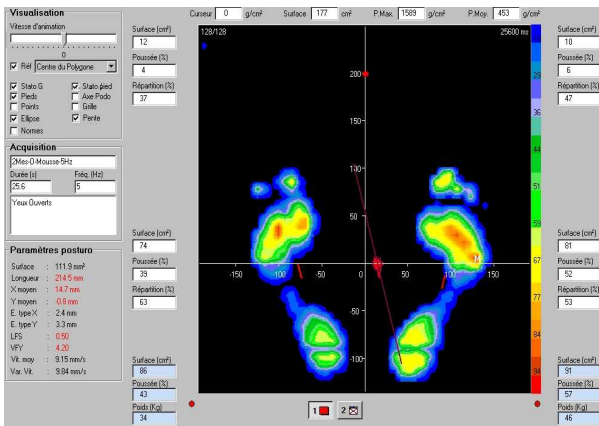


Le gros avantage de ces tests est qu'ils sont sensibles aux manipulations des entrées du Système Postural de manière beaucoup plus nette et rapide que les seuls critères morphostatiques. Ils sont donc très utiles pour mettre en évidence les parasites posturaux.

Ces tests enrichissent considérablement le bilan clinique et permettent d'appréhender avec beaucoup plus de finesse la réalité phyio-pathologique des patients, et en particulier le glissement progressif de problématiques fonctionnelles (dysfonctions) vers la pathologie lésionnelle (lésions organiques) (Winter 1995, Reynaert et Janne 1997). C'est flagrant notamment en cas de douleurs non spécifiques qui nécessitent pour les comprendre une approche systémique, et pour lesquelles l'approche orthopédique trouve rapidement ses limites lorsque le patient ne présente pas ou peu de troubles morphostatiques. Un bon exemple est la très fréquente lombalgie chronique non spécifique (LCNS) (voir Bulletin N°37-38).

#### **Bilan instrumenté :**

Enfin, certains outils d'analyse du mouvement sont relativement abordables et très utiles au Podologue posturologue. Ils permettent de quantifier de manière fine et objective la qualité du contrôle postural et son évolution. On peut citer par exemple les plateformes baropodométriques et stabilométriques (plateformes de pression ou de forces), qui renseignent sur la répartition des pressions plantaires ou sur les déplacements du Centre des Pressions Plantaires avec une grande précision.



L'analyse de la marche peut également s'avérer utile à condition de se donner les moyens de la réaliser dans des conditions qui ne la faussent pas. Deux options s'offrent au clinicien : l'étude de la marche 'classique', sur sol, pour laquelle les dimensions idéales de la salle d'examen sont de 14m de long sur 7 de large (Mohammad 2004), ou la marche sur tapis roulant (idéalement podométrique et couplé à une analyse vidéo) qui permet de limiter ce problème d'espace. Attention toutefois à ne pas faire de l'analyse de la marche un élément incontournable de tout examen clinique (et supérieur à tout autre test) car celle-ci ne représente qu'une partie de nos activités quotidiennes. De plus, la marche au quotidien ne se fait pas toujours en ligne droite : jusqu'à 50% des cycles de marches sont composés de changements de direction (Glaister et al 2007).

### Recherche des parasites :

L'objectif des tests utilisés (qu'ils soient cliniques ou instrumentés) est double :

- évaluer la qualité du contrôle sensori-moteur (équilibre et mouvements).
- mettre en évidence les nociceptions, c'est-à-dire les informations qui parasitent le Système Postural et sont responsables de conflits sensoriels à l'origine du dérèglement de la posture (voir Bulletin N° 37-38).

Pour identifier ces parasites, il suffit de faire varier une des entrées du Système Postural (pieds, yeux...) en la shuntant ou en la sensibilisant et d'observer la différence de résultat sur le ou les tests choisis par rapport à la condition normale. Cela se traduit concrètement par la répétition des tests sur mousse (pour atténuer les informations plantaires), yeux fermés, dents serrées, bouche ouverte, avec sans lunettes / gouttière / prismes / stimulations plantaires... (Gagey et Weber 2004).

Pour identifier les parasites proprioceptifs, on a recours à des tests de mobilité articulaire ou d'élasticité tissulaire dans de très petits paramètres de mouvement.

### Choix thérapeutique :

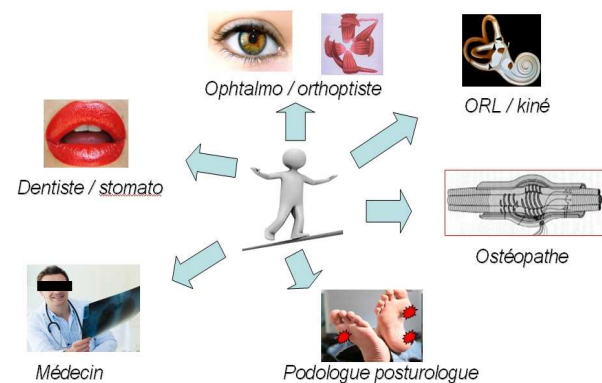
Pour Villeneuve (1996) et Dedieu (2011) l'objectif des traitements posturaux est de restaurer une communication nerveuse et vasculaire optimale en utilisant les capacités de régulation du Système Postural dans le but d'obtenir une amélioration de l'homéostasie. L'objectif n'est donc absolument pas d'obtenir une morphologie parfaitement symétrique, ni même une symétrie fonctionnelle parfaite, mais de façon plus réaliste et plus modeste, de composer avec les capacités d'adaptation du corps pour *tendre* vers une symétrie fonctionnelle, limiter les asymétries fonctionnelles trop importantes.

Le traitement postural se décompose selon deux axes :

1/ Le déparasitage de toutes les informations nociceptives qui perturbent le fonctionnement du SPF et que le Podologue posturologue a identifiées lors de son bilan. « Tant qu'une entrée se comporte comme parasite, les progrès de la rééducation s'arrêtent ou s'effacent à court terme. » (Gagey et Weber 2004).

La première chose à faire est de supprimer les conduites délétères : arrêter de favoriser soi-même son dérèglement postural. Les parasites exogènes ayant été identifiés (correction visuelle, chaussures, semelles ou appareillage dentaire inappropriés, alimentation inadaptée...) devront donc être supprimés et/ou remplacés.

Ensuite, selon les entrées dysfonctionnelles mises en évidence, le patient sera orienté vers un thérapeute approprié : ophtalmo / orthoptiste, OEL / kiné vestibulaire, dentiste / stomato, ostéopathe, médecin.



2/ La remédiation : si le déparasitage s'avère insuffisant, il est possible d'utiliser une des entrées pour apporter une information mesurée au SNC, dans le but d'améliorer la posture. Elle est particulièrement indiquée pour les patients qui présentent des plaintes et/ou des dysfonctions multiples, chroniques ou récidivantes, pour lesquelles le schéma postural a été durablement modifié et ne sera pas réhabilité par un simple déparasitage.

Il s'agit donc d'utiliser le système de régulation existant, grâce à des stimulations faibles mais répétées, et choisies selon les réponses du



patient. L'objectif est d'améliorer la physiologie du mouvement (qui commence par une stabilité de qualité) en agissant sur n'importe quelle entrée du SPF : celle dont on soupçonne, *au vu des résultats des tests*, que sa manipulation sera la plus efficace (Gagey et Weber 2004).

Cela peut être fait notamment à l'aide de semelles posturales, très fines, qui permettent de jouer sur ces deux axes : déparasiter parasites podaux (liés à la mauvaise répartition des pressions plantaires), et modifier la posture d'ensemble (correction des lignes de gravité sagittale et frontale, amélioration de la stabilité). (Kavounoudias et al 1998, Janin et Dupui 2009, Foisy et al 2015).

### Suivi :

Le dérèglement de la posture est un processus lent qui s'installe sur plusieurs années (tout au long de la vie). Sa correction est beaucoup plus rapide mais n'est cependant pas immédiate ! Elle nécessite au moins 1-3 mois pour se stabiliser à un résultat optimal. Ce résultat est d'autant plus long à obtenir que le dérèglement est complexe et fait intervenir plusieurs entrées dysfonctionnelles du système.

Le suivi est donc absolument essentiel. En effet il permet :

- d'une part d'assurer une fois encore la sécurité du patient : la comparaison de l'évolution des critères cliniques (intensité et fréquence de douleur notamment) et des tests du bilan permet d'avoir une idée plus claire de la pertinence du choix thérapeutique. Si certains symptômes du patient semblent de nature non mécanique ou trop lésionnels pour une approche posturale, le patient sera réorienté son vers un médecin.

- d'autre part d'évaluer si d'autres choix thérapeutiques sont nécessaires en cas de résultat insuffisant. En effet les différentes parties du corps et entrées sensorielles du Système Postural sont en interaction (voir Bulletin N° 39-40 : Corps perçu, corps percevant). Il est donc inutile de vouloir agir sur plusieurs simultanément puisque la plupart du temps des dysfonctionnements distants de la zone traitée disparaissent sans qu'il y ait eu d'action directe sur ces dysfonctions. En revanche, en cas de persistance mise en évidence par les tests du bilan postural, une autre approche thérapeutique pourra être envisagée.

Exemple : Mme B., orientée par son ostéopathe vers un podologue posturologue pour des douleurs multiples (lombaires, genoux, avant-pieds) récidivant après les séances d'ostéopathie. Le bilan postural ayant mis en évidence une ligne de charge très antérieure avec pieds plats valgus importants et parasites plantaires, Mme B. porte des semelles posturales pendant 1 mois. Lors du contrôle, ses douleurs ont en partie diminué, mais le bilan stabilométrique met en évidence une nette dégradation de son équilibre avec les dents serrées. A l'interrogatoire Mme B. évoque un

plombage gênant. Il lui est donc conseillé de faire appel à son dentiste. Lors du contrôle suivant, les soins dentaires ayant été faits, les douleurs ont encore diminué, et la qualité de la posture et de l'équilibre sont améliorés.

### Conclusion :

L'approche posturale vise à limiter l'errance médicale des patients, de part sa globalité (raisonnement systémique) et sa nature intrinsèquement pluridisciplinaire. Dans une logique de coopération avec la médecine allopathique et avec les autres thérapeutiques holistiques, elle tente de proposer aux patients le plus court chemin vers l'amélioration de leur état de santé en se basant sur des bilans complets et des tests objectifs.

Enfin, si la pluridisciplinarité est l'essence et le principal intérêt de la posturologie, elle en est également la principale difficulté : chacun devant faire l'effort de s'intéresser aux autres spécialités concernées sans toutefois dépasser ses compétences, ce qui sous-entend un gros effort de contact et de communication interprofessionnelle.

Arnaud Foisy.

### Bibliographie :

1. Andersson G.B.J., Ortenfren R., Nachemso P. – *Intra-discal pressure, intra-abdominal pressure and myoelectric back muscle activity related to posture and loading*. Clin. Orthop. Rel. Res., 129, 156-164, 1977.
2. Baron J.B. – *Données récentes sur l'équilibration et le vertige*. Rev. Psychol. Franç. IV, 3, 205-2011, 1959.
3. Brody DM. – *Techniques in the evaluation and treatment of the injured runner*. Orthop Clin North Am. 1982 Jul;13(3):541-58.
4. Dedieu P. – *De la coordination intra-membre à la coordination inter-membres Dynamique de coordination chez l'homme*. Thèse de Doctorat de l'Université de Toulouse. 19/09/2011.
5. Exposito M., Scheibel A. – *Appareil manducateur : corrélation des données cliniques du test des rotateurs et du test de Fukuda*. Marseille, XIXème Congrès de l'Association Posture & Equilibre, 30/11 et 01/12/2012.
6. Foisy A., Gaertner C., Matheron E., Kapoula Z. – *Plantar Irritating Stimulus prevents healthy subjects to properly use their plantar cutaneous afferents*. 2015. Submitted article.
7. Gagey P.M., Asselain, Ushio N., Baron J.B. – *Les asymétries de la posture orthostatique sont-elles aléatoires ?* Agressologie, 18, 277-283, 1977.
8. Gagey P.M., Weber B. – *Posturologie, régulation et dérèglements de la station debout*. Masson, Liège, 2004.
9. Glaister BC, Bernatz GC, Klute GK, Orendurff MS. – *Video task analysis of turning during activities of daily living*. Gait Posture. 2007 Feb;25(2):289-94. Epub 2006 May 26.
10. Hicks J.H. – *The three weight-bearing mechanism of the foot*. In : *Biomechanical studies of the musculoskeletal system*, G. Evans, C.C. Thomas, 161-191, Springfield, 1961.
11. Janin M., Dupui PH – *The effects of unilateral medial arch support stimulation on plantar pressure and center of pressure adjustment in young gymnasts*. Neuroscience Letters 461, 245-248, 2009.
12. Kavounoudias A., Roll J-P., Roll R. – *The plantar sole is a « dynamometric map » for human balance control*. Neurol Report, 9, 3247-3252. 1998
13. Kuriyama N, Ito H. – *Electromyographic functional analysis of the lumbar spinal muscles with low back pain*. J Nippon Med Sch. 2005 Jun;72(3):165-73.
14. Le Norman G., Fourage R. – *Examen statique et tests posturaux cinétiques : leurs rôles complémentaires dans le choix de*

## APPROCHE EN OSTÉOPATHIE

- l'orthèse plantaire*. In : Pied, équilibre et traitements posturaux, B. Weber et Ph. Villeneuve, Masson, Paris, 2003. p185-188
15. Lemaire, J., Morin, D., Joyal, C., Masse, S. – *Fidélité, sensibilité et validation clinique*. In : B. Weber, P. Villeneuve (Eds.), Pied, Equilibre, Traitements Posturaux. Masson Paris. 2002.
16. Matheron E – *Test de Maddox (stries verticales) et syndrome de déficience posturale de da Cunha (SDP)*. In B. Weber et Ph. Villeneuve, Posturologie clinique. Dysfonctions motrices et cognitives. Masson, 2007, Masson, Paris 2007.
17. Mézière F. – *Originalité de la Méthode Mézières*. Maloine, 1984, p.37.
18. Mohammad Y. – *La marche, méthodes de laboratoire*. Observatoire du mouvement - Lettre d'info N°11, avr il 2004.
19. Murley GS, Menz HB, Landorf KB. – *A protocol for classifying normal- and flat-arched foot posture for research studies using clinical and radiographic measurements*. J Foot Ankle Res. 2009 Jul 4;2:22.
20. Nguyen P., Cremadès F., Gatelet C. - *Test du Maintien Pelvien (TMP), degré de concordance*. In Clinical Neurophysiology, 44 (1), p140-141. 2013
21. Okada M. – *Electromyographic assessment of the muscular load in forward bending posture*. J. Fac science, Univ Tokyo, 111, 5, 311-336, 1970
22. Redmond AC, Crosbie J, Ouvrier RA. – *Development and validation of a novel rating system for scoring standing foot posture: the Foot Posture Index*. Clin Biomech (Bristol, Avon). 2006 Jan;21(1):89-98. Epub 2005 Sep 21.
23. Reynaert C., Janne P. - *Modèles et processus en médecine psychosomatique*. In Reynaert C., Demyttenaere K. - Dépression & psychosomatique. Louvain. Garant. 1997. p.16
24. Springer BA, Marin R, Cyhan T, Roberts H, Gill NW. – *Normative values for the unipedal stance test with eyes open and closed*. J Geriatr Phys Ther. 2007;30(1):8-15.
25. Villeneuve P. – *L'épreuve posturo-dynamique*. In "Entrées du Système Postural Fin", Ed. Gagey PM et Weber B, Masson, Paris, 1995, 51-56.
26. Villeneuve P. – *Les traitements posturopodiques*. In : Pied, équilibre et posture, 175-187, Villeneuve P., Frison Roche, Paris, 1996.
27. Villeneuve P., Villeneuve -Parpay S, Vilpert P. - *Les critères morphologiques sont-ils les seuls à prendre en compte pour traiter les patients présentant des dysmorphoses podales ? "Pied équilibre et mouvement"*, Ed. Villeneuve, Ph et Weber B, Masson, Paris, 2000
28. Winter DA – *Human balance and posture control during standing and walking*. Gait & Posture 3: 193–214. (1995)

Bonjour à toutes et à tous, je m'appelle Raphaël PRYLECKI, je suis ostéopathe et après plusieurs années d'exercice sur Montgeron, je suis maintenant installé sur Yerres depuis deux ans.

En cabinet, je suis amené fréquemment à proposer à mes patients une prise en charge pluridisciplinaire, et j'attache une importance toute particulière à l'information apportée au patient autour de l'Ostéopathie et de leur prise en charge.

Je me retrouve donc complètement dans les valeurs de notre association.

Je tiens à remercier mes confrères de me permettre d'intervenir sur ce forum afin de vous présenter ma vision de l'ostéopathie, au sein du parcours de soins.

Le thème du forum d'aujourd'hui n'est pas de vous présenter l'ostéopathie, mais la manière dont celle-ci peut s'articuler avec les autres disciplines.

Néanmoins pour ceux qui connaîtraient mal l'Ostéopathie je vais revenir sur quelques notions essentielles.

### L'Ostéopathie

#### Concept holistique

Il s'agit de prendre en considération la globalité du patient, non seulement le côté physique, mais également ses composantes psychiques, émotionnelles, culturelles... L'ensemble de ces parties qui forment le TOUT que nous sommes.

Ce concept est très important puisque nous ne sommes pas juste une colonne, un tube digestif ou un système nerveux. Vous me direz qu'il s'agit d'une lapalissade, mais pour autant, en médecine traditionnelle, nous patients pourrions avoir l'impression d'être découpés en tranche, et même si cela n'est heureusement pas toujours le cas, nombres de praticiens n'envisent que la partie dont ils s'occupent, sans chercher à la replacer dans ce Tout que nous formons.

#### Notion de sphères

En ostéopathie, nous considérons plusieurs sphères (musculo-squelettique, viscérale, cranio-sacrée...) qui sont interdépendantes et qui seront investiguées en fonction du motif de consultation.

C'est pour cela que l'ostéopathe va rechercher des éventuels dysfonctionnements affectant une ou plusieurs sphères. Nous dirons une ou plusieurs car une dysfonction articulaire (vertébrale par exemple) peut retentir ou non sur les autres sphères... Nous verrons ainsi en pratique des lumbago aigus associés à des troubles digestifs, qui pourront parfois être cause ou parfois conséquence de ces lumbago. Traiter

le problème dans le mauvais sens donne souvent des résultats éphémères voire un échec de traitement.

#### Thérapie manuelle

Cette thérapie s'adresse aux troubles fonctionnels, et en aucun cas aux troubles organiques.

L'ostéopathe va rechercher des pertes de mobilité (articulaires, tissulaires...), lesquelles pourraient retentir sur la fonction (mobilité d'une articulation, d'un organe...).

Pour cela il dispose de nombreux outils

Il semble logique que nous ne pourrions pas travailler avec les mêmes techniques sur une mobilité tissulaire que sur une mobilité articulaire. L'Ostéopathie repose donc sur un ensemble de techniques qui ont chacune leurs indications (myotensive en cas de dystonie musculaire, articulaire (thrust), fonctionnelles en mobilisation lentes, fasciales, craniennes...).

J'insiste sur cela, car de nombreux patients pensent que l'ostéopathe est soit un craqueur fou, soit quelqu'un qui pose ses mains et travaille en douceur. Cela nous est d'ailleurs parfois demandé au téléphone avant la prise de rendez-vous...

Or l'ostéopathe est censé être doté d'une boîte à outils, et utiliser l'outil le plus adapté au travail qu'il souhaite réaliser, nullement s'enfermer dans une pratique par préférence personnelle ou gain de temps à la réalisation de telle ou telle technique.

Cela augmente les craintes et l'incompréhension des patients, mais également des professionnels, qui parfois nous adresse des patients car ils ont de bon retour, mais ne savent pas ce que l'on fait précisément.

On peut alors comprendre le médecin traitant qui aura du mal à conseiller l'ostéopathie à sa patiente ostéoporotique de 87 ans, s'il entend toujours parler de manipulations virulentes mais salvatrices, par ses autres patients (même s'il est persuadé que l'ostéopathie serait un bon complément aux traitements qu'il a déjà mis en œuvre).

Notons que bien souvent, l'étiologie et la mise en place de la douleur nous renseignent sur le type de technique qui seront à utiliser (traumatisme, choc ou apparition petit à petit).

#### Champ d'action très étendu

Connue à tort par le grand public pour soigner le dos et remettre des vertèbres en place, l'Ostéopathie traite des troubles beaucoup plus variés.

Elle s'adresse bien sûr aux troubles de l'appareil musculo-squelettiques, mais peut permettre d'agir

entre autres sur des troubles digestifs, des céphalées ou des migraines, des problématiques veineuses ou lymphatiques, des terrains ORL, des troubles uro-gynécologique... Tout ceci bien sûr si l'origine du problème trouve sa cause dans une atteinte fonctionnelle. Dès lors que le patients à basculé dans la pathologie organique, il est parfois possible de travailler sur l'environnement pour améliorer les choses, mais cela en complément du traitement médical qui est alors indispensable.

Pour moi, le fait de travailler sur l'ensemble du corps nous place d'emblée dans une nécessité de pluridisciplinarité.

#### Importance du dossier médical

D'où l'importance de l'interrogatoire complet et du dossier médical. Les patients sont souvent surpris par les questions posées car nous investiguons de nombreux points, et pas seulement le coté traumatique ou rhumatologique. Nous devons en effet connaître les antécédents du patient, qu'ils soient en lien ou non avec le ou sles motif de consultation (seuls les tissus nous l'indiquent).

Il nous faut également savoir si des traitement sont en cours (médicaux ou alternatifs) afin d'ajuster le traitement et de compléter au mieux le travail effectué en parallèle par d'autres praticiens (rééducation en kinésithérapie, sophrologie, hypnose ou psychothérapie...)

La consultation commence donc tout naturellement par la constitution de ce dossier médical.

#### LA CONSULTATION :

##### Anamnèse

L' anamnèse va nous permettre de connaître les antécédents médicaux et l'historique de la plainte actuelle du patient, ainsi que les résultats des différentes explorations déjà faites et les traitements entrepris.

C'est également le moment où l'on va se renseigner sur les professionnels qui suivent ce patient, qui est le médecin traitant, le patient est-il suivi par un rhumatologue, un podologue...Cela nous permettra de mettre en place un dialogue inter-professionnel si besoin.

Nous pouvons alors cibler quels sont les systèmes qui peuvent être en cause dans la plainte (vasculaire, nerveux, musculo-squelettique, digestif...)

Elle permet une compréhension du fonctionnement du patient, des ses terrains éventuels.

### Tests d'exclusions

Ces informations nous permettront de réaliser des tests d'exclusion (qui sont des tests médicaux) afin de savoir si il y a une contre-indication au traitement ostéopathe (ou seulement à l'utilisation de certaines techniques).

Ils permettent également de déceler un besoin urgent d'être vu par un médecin, voire d'aller aux urgences. Ces tests sont à mentionner lors des correspondances.

Ces tests médicaux sont incontournables dans l'examen clinique, que le patient vienne en première intention ou qu'il soit envoyé par le médecin ou par un autre professionnel

La redondance de tests n'est pas une perte de temps, mais l'assurance pour le patient de ne pas passer au travers du "filet diagnostique", d'autant plus qu'une problématique n'est pas figée, et qu'elle peut évoluer plus ou moins rapidement.

### Besoin d'examen complémentaires ?

Cette question se pose ici car nous pourrions avoir besoin de précisions face à des douleurs qui peuvent être de causes mécaniques fonctionnelles, mais aussi dues à des aspects dégénératifs comme des discopathies, des ostéophytes...

Nous pourrions également avoir besoin d'exclure une pathologie rhumatismale qui peut-être évoquée suite à l'anamnèse comme une spondylarthrite ankylosante par exemple.

Un examen complémentaire nous permettra alors de savoir si l'on peut travailler avec notre propre outil, et comment travailler au mieux, puisque certaines techniques ne pourront pas être utilisées ou n'auraient pas de résultats.

Dans ce cas, un courrier au médecin permettra d'explicitier ce raisonnement et d'étayer la réflexion diagnostique, le médecin restant alors, en sa qualité de prescripteur, le seul décisionnaire face au besoin et à la légitimité de cet examen complémentaire.

Cette communication entre professionnels est essentielle car dire simplement à notre patient que nous souhaiterions une radio et de revoir son médecin pourrait être perçu comme invasif par celui-ci, voire non contributif.

### Tests posturaux

Bien que ce versant ne soit pas toujours envisagé en ostéopathie, ces tests sont à mon sens très importants car ils vont nous permettre d'identifier une problématique complexe, face à laquelle un traitement symptomatique trop "simpliste" donnerait des résultats éphémères, ou en dessous de nos attentes.

La question qui se pose alors est : il y a-t-il un capteur qui influence majoritairement la

problématique, y'en a-t-il plusieurs ?? Sous-tendu : ce patient doit-il être vu par quelqu'un d'autre en complément de notre traitement, ou avant tout traitement.

Cette fois encore il faut bien expliquer cela au patient, mais aussi aux autres professionnels, la communication est à établir via le média qu'utilise ces professionnels (courrier, mail ou téléphone).

Comme vous pouvez le constater, jusqu'alors la consultation reste d'ordre général, et est centrée sur les questions : suis-je le meilleur intervenant du moment ?? ai-je le droit de travailler ?

Ces questions posées, nous passerons alors dans la partie ostéopathe de la consultation :

### Tests globaux / spécifiques

Nous passerons plus rapidement sur cette partie puisque ce n'est pas le sujet de cette conférence.

Les tests globaux nous orientent grossièrement vers une ou plusieurs zones du corps, et nous permettent d'appréhender la capacité du corps à compenser les problématiques fonctionnelles auxquelles il doit faire face.

Puis des tests spécifiques sont réalisés, permettant la mise en évidence d'une ou plusieurs dysfonction ostéopathe (perte de mobilité tissulaire, articulaire).

On peut dès lors mettre en place des hypothèses de schémas lésionnels, qui seront validées ou invalidées en fonction des relâchements obtenus au niveau des différentes structures testées, et en fonction de l'évolution à plus ou moins long terme de la symptomatologie du patient.

Nous ne traitons pas toutes les dysfonctions retrouvées lors des tests, mais uniquement celles pouvant être en cause dans la symptomatologie.

### Traitement

#### Réalisation des techniques

#### Objectivation des résultats

Il y a une routine d'objectivation à observer. Nous testons la structure visée afin de définir la dysfonction ostéopathe, nous la traitons à l'aide de la technique appropriée, puis nous retestons pour vérifier l'efficacité de la technique. Cela nous permet d'objectiver le retour à la physiologie.

#### Mise en place d'un plan de traitement

Il s'agit de définir combien de séances nécessaires, d'expliquer pourquoi au patient et ce que l'on attend éventuellement de lui (exercices, critères d'évolution de sa symptomatologie...). Ici se pose également la question de travailler seul, ou de demander à mon patient de se rapprocher



d'un autre thérapeute en expliquant bien les motivations.

deux cas se présentent majoritairement : soit une réussite thérapeutique avec disparition de la symptomatologie du patient, soit une réussite partielle.

#### En cas de réussite thérapeutique.

Contrôle et objectivation du retour à la physiologique

En pratique, je réalise en moyenne deux consultations, la deuxième me permettant de vérifier quel effet dans le temps a eu le travail réalisé.

Elle permet surtout la confrontation des résultats techniques obtenus avec la symptomatologie du patient. En effet, la douleur étant une "alarme", il arrive fréquemment qu'une dysfonction ostéopathique soit asymptomatique, grâce à la faculté de compensation du corps. L'inverse étant vrai, si le patient objective une disparition de la douleur traitée, il faut vérifier qu'il y ait bien un retour à la physiologie, afin d'éviter une récurrence précoce due au maintien d'une dysfonction qui évoluera alors à bas bruit.

#### Conseils pour éviter la récurrence

Le travail curatif accompli, vient le temps de la prévention! Item important de ma pratique, le conseil reste le meilleur rempart contre la récurrence. Nous abordons ici une réflexion sur les gestes et postures, l'ergonomie du poste de travail, les exercices et étirements pour maintenir le gain obtenu grâce au traitement.

#### Travail pluridisciplinaire si besoin

La réussite du traitement laisse présager d'une bonne compréhension des facteurs ayant contribué à la mise en place du phénomène douloureux. Ceci étant acquis, n'y a-t-il pas d'autres thérapeutes qui pourraient avoir une action préventive sur un terrain éventuel (stress, respiration, mauvais maintien postural...)?

Face à notre patient, on ne peut pas se permettre d'essayer de faire quelque chose qui agira peut-être... on doit connaître ses limites, ses possibilités. Le mieux étant de connaître également celles des autres thérapies.

#### Retour au thérapeute ayant adressé le patient

Dans le cas où le patient nous a été adressé par un autre praticien, nous lui faisons un compte-rendu si besoin, afin de l'informer de l'état du patient, des problématiques rencontrées et traitées par nos soins. Cela permet justement de

communiquer aux autres intervenants les indications des traitements que nous pouvons réaliser en ostéopathie.

#### En cas de réussite partielle...

Analyse de l'impact du traitement sur le motif de consultation.

Quand le motif de consultation avait disparu puis revient rapidement, cela signifie souvent que nous avons travaillé dans le bon axe de traitement, mais que l'impact n'était pas suffisant pour permettre une bonne régulation. Il faudra parfois insister, ou souvent un travail de fond sera nécessaire pour stabiliser le traitement et obtenir un gain au long terme (rééducation en kinésithérapie par exemple, ou travail sur un terrain).

Plus rarement, l'objectivation précise du retour à la physiologie dont nous parlions précédemment prend tout son sens quand celle-ci ne s'accompagne pas d'amélioration de la plainte du patient. Elle n'est donc pas en lien avec les dysfonctions ostéopathiques traitées. Il nous faudra donc orienter le patient vers une autre thérapeutique, ou vers son médecin s'il est venu en première intention.

D'où le besoin d'être clair et précis, surtout pour des cas complexes où il n'y a pas une indication classique. Certains patients décrivent en effet des tableaux cliniques très atypiques, pour lesquels aucune piste médicale précise n'est avancée.

Dans certains cas de figure, le traitement fonctionne très bien, mais au long terme nous revoyons le patient, toujours pour la même plainte. Il faut alors penser à une prise en charge pluridisciplinaire afin d'adjoindre nos forces et d'étudier le problème sous un autre angle. Y a-t-il une notion de terrain? de pathologie sous-jacente entraînant des troubles fonctionnels associés, dans la même zone ou à distance ?

#### Élimination de pistes thérapeutiques ?

Le diagnostic évoqué, les tests et les résultats des techniques nous permettent de savoir dans ce cas que la plainte du patient ne repose pas uniquement sur une problématique d'ordre fonctionnel, qu'il y a peut-être quelque chose d'insidieux qui n'a pas encore été pointé du doigt. Nous renverrons alors le patient vers son médecin avec un courrier explicitant le travail effectué et les pistes éliminées. De même pour les autres intervenants qui sauront alors le travail entrepris et les effets obtenus sur la plainte du patient.

Si tous les intervenants s'inscrivent dans cette volonté de recherche et de travail commun, nous limitons l'errance diagnostique et la perte de temps pour le patient.

### Besoin d'examens complémentaires ?

Face à des résultats partiels, nous pouvons avoir besoin d'éliminer d'autres hypothèses, ou de nouvelles questions peuvent se poser. Il est alors fréquent de demander des examens complémentaires au médecin, si celui-ci juge cette démarche pertinente.

Information et orientation du patient vers une autre thérapeutique.

Ce raisonnement doit alors être expliqué clairement au patient, qui doit comprendre pourquoi nous lui proposons de voir un autre thérapeute. Il ne s'agit nullement de se décharger, mais au contraire de trouver d'autres solutions afin de ne pas rester sur des améliorations qui seules, n'aboutiront pas à la guérison.

Dans son rôle de coordinateur des soins, le médecin traitant peut être alors être contacté afin d'être informé de cette démarche.

### Les freins à la pluridisciplinarité

Connaissance des champs d'action de chaque thérapeutique

Bien que nous en entendions parler par nos patients, ou que nous le découvrirent nous-mêmes en tant que patient, il nous est en effet difficile de connaître les concepts et le travail réalisé par tous les thérapeutes qui nous entourent.

### Quels résultats ? Sur quelles indications ?

Dans nos domaines respectifs, il est déjà difficile de communiquer aux patients et aux professionnels l'étendue de nos capacités et nos possibilités thérapeutiques. Les cervicalgies par exemple, peuvent être traitées par de nombreux intervenants. Le plus compliqué étant de savoir quelle action est envisagée par chaque thérapeute. Quels sont les résultats précis, quelles pathologies sont solutionnées par certains, améliorées seulement par d'autres.

Différents principes donc différents langages...

La difficulté, pour chaque praticien, réside dans la compréhension interprofessionnelle praticien : on peut connaître les bases de travail de nos confrères, mais pouvons nous parler le même langage ?

Quand l'ostéopathe parle de restrictions de mobilité organisées en schéma lésionnel, le rhumatologue parlera peut-être d'un lumbago évoluant vers des douleurs dues aux positions antalgiques que le patient prend. Le posturologue objectivera un syndrome de déficience posturale

là où l'acupuncteur travaillerait peut-être sur des perturbations énergétiques.

Le praticien doit donc pouvoir faire preuve d'une adaptabilité dans son raisonnement, mais aussi dans son discours afin de communiquer avec les différents intervenants autour du cas de son patient.

### Quels axes de travail ?

#### La communication interprofessionnelle

Il nous faut dynamiser cette communication afin de la systématiser, et ce malgré le manque de réponse qui pourrait nous décourager.

En pratique se pose le problème du temps passé pour ce genre de travail, mais cela peut s'adapter en fonction des moyens de communication utilisés par les praticiens. Si un courrier transmis au patient pour sa prochaine consultation chez son médecin est nécessaire en cas de communication exceptionnelle ou débutante, les professionnels avec lesquels nous travaillons fréquemment ne verront pas d'objection au gain de temps que constitue un mail ou un sms, suivant les éléments à transmettre. La systématisation de cette communication entraîne donc d'elle-même une adaptation aux contraintes et besoins des différents intervenants.

La connaissance des autres thérapies dépend de la communication des praticiens concernés, mais bien plus de nos initiatives personnelles, tant en terme de recherches bibliographiques qu'en discussions interprofessionnelles, via des associations ou des rendez-vous en dehors de nos temps de pratique.

#### Les formations post-graduées

De nombreuses formations nous sont proposées chaque année, permettant aux professionnels d'élargir leurs champs de compétence. Celles-ci permettent la mise en place de passerelles entre les différents concepts de nos pratiques, et nous permettent de mieux comprendre les différentes thérapies. Il apparaît évident que nous travaillons tous sur des concepts qui se recoupent, mais avec des portes d'entrée différentes et des langages propres à chaque métier. Le but est donc d'appréhender au mieux les univers de chacun et d'étoffer sa pratique.

Il existe également des enseignements post universitaires (EPU) qui sont proposés par les praticiens médicaux. Ils sont l'occasion de se tenir informé des évolutions techniques et des prises en charges qui s'actualisent sans cesse au gré des observations cliniques et des résultats thérapeutiques.

## Recherche et publications

Cet axe dépend moins du praticien que des instances représentant les professionnels. Chaque profession fait de la recherche pour légitimer son action et sa place dans le système de soin. Cette avancée prend du temps mais les publications permettent une information validée par des protocoles stricts, en général communs au monde scientifique.

On voit donc apparaître sur les moteurs de recherche scientifiques de plus en plus de publications pour chaque profession, formant une manne d'information pour les professionnels, si tant est que cela les intéresse.

## Communication auprès des patients

Dans son domaine de compétence, chaque praticien se doit d'informer au mieux son patient, et pour cela il dispose en général de différents moyens (plaquettes informatives, sites Internet, littérature à proposer au patient).

La communication orale lors de la consultation reste à mon sens un des vecteurs essentiels de l'information. Nous soignant ne sommes pas seulement des techniciens mais devons intéresser nos patients à nos thérapeutiques et à celles de nos confrères, afin de ne pas les laisser dans l'ignorance des différentes solutions qui existent pour l'accompagner dans son état de bonne santé.

## CONCLUSION

La pluridisciplinarité fait ses preuves chaque jour, grâce aux efforts coordonnés des différents thérapeutes souhaitant s'inscrire dans cette pratique. Si le parcours de soins coordonnés peine à trouver son essor, il est à mon sens impératif qu'il n'ait pas un versant allopathique uniquement, mais que les professions dites alternatives viennent l'étoffer par leurs possibilités thérapeutiques trop souvent méconnues des professionnels.

Il faut recentrer la problématique sur le patient et avoir un discours clair pour tous.

N'oublions pas que le patient est le cœur de la thérapeutique. Il est à la fois récepteur des soins mais également émetteur satisfait et éclairé véhiculant le bienfondé de la pluridisciplinarité.

## **MALADIES GRAVES ET PARCOURS DE SOINS COORDONNÉS : POSSIBILITÉS DES MÉDECINES ALTERNATIVES ET COMPLÉMENTAIRES COMME SOINS DE SUPPORT**

Les maladies « graves » sont généralement multifactorielles. Conséquence d'une prédisposition génétique, d'un mode de vie, d'une défaillance des règles hygiéno-diététiques élémentaires, d'intoxications diverses, de pollutions, d'une vie stressée et stressante, d'un passé plus ou moins lourd, elles appellent très naturellement une approche pluridisciplinaire. Leur explosion en fait une préoccupation quotidienne. Existe-t-il une seule famille qui ne soit affligée par ce problème ?

Les formidables progrès de la médecine moderne ont permis de vaincre de multiples maladies autrefois fatales. Que de souffrances, physiques et morales, ont ainsi vu leur impact diminuer ou disparaître. La microchirurgie est de plus en plus performante, de moins en moins invasive. Les méthodes d'investigation sont plus ciblées et moins traumatisantes, grâce à une imagerie médicale plus fine, une biologie qui parvient à diagnostiquer très précocement des affections cliniquement silencieuses. Diverses campagnes de prévention revêtent une systématique porteuse de fruits. De nouvelles molécules ouvrent des perspectives thérapeutiques là où rien n'existait auparavant.

Parallèlement, dans de nombreux domaines les traitements piétinent. Les médications lourdes voient leur emploi limité par de nombreux effets secondaires, réduisant ainsi les chances de guérison, ou du moins d'amélioration. Les difficultés croissantes du fonctionnement hospitalier, restrictions budgétaires, afflux massif de malades du fait de la diminution globale des personnels soignants, à l'hôpital comme en ville, entraînent une deshumanisation qui accroît le désarroi des patients. Cette crise est malheureusement inscrite, elle aussi, dans le cadre angoissant de la mondialisation, dont chacun perçoit l'emprise dans son quotidien. Les questions sont nombreuses et poignantes, les réponses laissent planer un silence lourd et pesant, les controverses soulignent l'impuissance des acteurs.

Pour les malades, l'angoisse du handicap, de la souffrance et la peur de la mort restent inscrites en filigrane. La plupart du temps, ils se sentent réduits à un rôle passif, impuissant, laissant une confiance tremblante aux mains des spécialistes. Comment ne pas soulever alors la question de la complémentarité des approches. Bien que, dans de nombreux domaines, la tendance aille plus vers la pensée unique que vers l'ouverture, on se doit de constater que l'observation de la nature nous offre l'évidence de la diversité.

On réfléchit mieux à plusieurs que tout seul. L'union des expériences fait la force.

Nous prendrons pour exemple celui de la cancérologie. Malheureusement, nous voyons dans nos cabinets s'accroître de façon impressionnante le nombre de patients atteints par ce mal. Les statistiques vont dans ce sens, tout en précisant que les guérisons sont de plus en plus nombreuses, et les rémissions quasiment systématiques.

L'apport des MAC joue ici un rôle croissant. Précisons d'emblée qu'il ne s'agit plus d'alternance, mais de complémentarité : les traitements de base gardent la première place : chirurgie, chimiothérapie, radiothérapie, immunothérapie et hormonothérapie essentiellement.

Les traitements « autres » sont de plus en plus acceptés dans les services spécialisés, voire même recommandés. Persistent encore malgré cela des réticences de certains, pour lesquels, par exemple, les petites boules de sucre ne sont rien de plus que du placebo.

Un affichage dans le hall d'entrée de l'IGR de Villejuif avertit de toutes ces possibilités sous la forme d'une publication d'enquête datant de 2012. Cette enquête a été réalisée auprès d'une cohorte de femmes recevant une chimiothérapie ou une hormonothérapie adjuvante pour un cancer du sein.

En voici les résultats, d'après une photographie prise par une de mes patientes.

« le pessimiste se plaint du vent, l'optimiste espère qu'il va changer, le réaliste ajuste ses voiles »

William Arthur Ward

Dans cette perspective, plusieurs questions se posent.

Comment mesurer l'impact réel des MAC, y a-t-il des preuves scientifiques à l'appui ? Il semble que les démarches classiques des études randomisées en double aveugle ne puissent s'appliquer à ces méthodes.

Pour ce qui est de l'homéopathie, il existe néanmoins une « preuve » aujourd'hui admise par la communauté scientifique : c'est l'étude EPI 3, menée sur 8559 patients, 825 médecins généralistes et 11 publications internationales. S'appuyant sur 3 items (infections des voies aériennes, la douleur musculo-squelettique, troubles du sommeil, anxiété et dépression), elle démontre quatre grands messages :

- La prise en charge thérapeutique par les médecins homéopathes a un réel intérêt pour la santé publique dans ces trois domaines.
- L'évolution clinique des patients suivis par des médecins prescripteurs d'homéopathie est similaire à celle des autres patients.

- Les patients suivis par des médecins homéopathes consomment très significativement moins de médicaments conventionnels cités dans l'étude.
- Le choix d'un médecin traitant prescripteur d'homéopathie n'est pas globalement associé à une perte de chance pour le patient.

L'acupuncture et l'auriculothérapie semblent « paradoxalement » mieux acceptées pour ces soins, que ce soit dans le traitement des douleurs ou celui des effets secondaires des traitements classiques.

Les règles diététiques prennent une place croissante, comportant quelques principes de base, à adapter selon des cas plus spécifiques, et ...le bon sens. De même l'hygiène du mouvement s'impose comme une évidence, ainsi qu'une prise en charge plus consciente du corps (Yoga, T'ai Chi, Qi Gong, Feldenkrais etc...). Un suivi psychologique semble évident, à la fois pour affronter les moments difficiles, mais aussi pour approcher une tentative de compréhension de ce qui se passe à travers cette maladie (psychothérapie individuelle ou en groupe, Sophrologie, Vittoz).

L'hypnose, de plus en plus prise en compte, peut être conseillée, et la méditation fait également des adeptes nombreux (études menées aux USA).

Il s'agit en fait d'aider le patient à devenir acteur de ses soins, à ne pas seulement subir, mais à le faire participer à sa prise en charge.

Dans une étude menée il y a quelques années au CHU de Montpellier en milieu oncologique, il a été démontré que les personnes qui avaient une démarche parallèle à leurs soins, augmentaient de 70% leurs chances de survie !

Lorsque l'offre de la diversité des soins n'est pas proposée dans les milieux spécialisés, le patient a donc tout à gagner à se mobiliser lui-même. Dans de nombreux cas, les malades n'osent même pas faire part de leurs démarches aux spécialistes (plus d'un tiers)!

Si aux Etats-Unis, 70-80% des patients ont recours aux MAC en cancérologie, ils ne sont plus que 35% en Europe (15% en Grèce, 70% en Italie). Arrivent en tête l'homéopathie et la phytothérapie.

Ceux qui se tournent vers ces MAC le font à 56% sur les conseils d'amis, de la famille (29%), ou suite à des informations diffusées par les médias (28%). Seulement 18% ont obtenu des informations par leur médecin. Il reste donc des progrès à faire !

En France, un questionnaire soumis à 850 patients en 2010 traités en oncologie sur 18 centres rapporte les résultats suivants :

- 64% de femmes, 38% de cancers du sein, 12% de colorectaux.

- 60% se sont tournés vers des MAC
  - o 33% en homéopathie
  - o 28% par prise d'Oméga3
  - o 23% de Vit C
  - o 23% de Probiotiques
  - o 22% de régimes alternatifs

Il s'avère que l'homéopathie est la plus utilisée. Innocuité des traitements, efficacité avérée, reproductibilité, simplicité d'administration.

La phytothérapie, et surtout l'aromathérapie appellent plus de prudence devant la possibilité d'effets secondaires si les traitements sont mal conduits.

Le but de ces traitements est, selon les malades, de renforcer les défenses immunitaires essentiellement, et de mieux supporter les traitements anticancéreux. Un meilleur confort de vie est systématiquement observé.

En même temps, il faut dire qu'il n'y a jamais de résultats à 100%, quel que soit le domaine de la médecine. Les traitements alternatifs comportent pour certaines personnes un aspect magique. Ce point peut nuire à la réalité de ses possibilités. Il faut se laisser conseiller par des praticiens avertis et savoir raison garder !

Fort de ces informations, il semble souhaitable qu'il puisse non seulement y avoir une meilleure information sur ces traitements complémentaires, mais surtout adapter les centres de cancérologie à la prise en charge globale en créant des départements de médecine intégrée comprenant des locaux adaptés et organisant des réunions de coordination et de concertation pluridisciplinaires. Cette prise en charge globale, intégrant la maladie, mais aussi le tempérament et le terrain des patients, représente, en dehors d'une réelle volonté d'y parvenir, un défi organisationnel et financier pour les années à venir. C'est à ce prix que l'on peut escompter une augmentation de la

qualité de vie, et probablement de la quantité de vie des patients atteints de cancer.

De tels centres existent, bien implantés, ou en cours de développement, en particulier à Strasbourg, qui en a été un précurseur, mais aussi à Paris (Thonon, Pompidou, Bobigny, IGR...), et en province. Des enseignements spécifiques de ces techniques sont entrepris de certaines instances de l'APHP.

Pour finir, quelques exemples pratiques.

Il apparaît toujours nécessaire de **drainer** ces organismes stressés et fatigués. Il s'agit de stimuler les « émonctoires » (foie, rein, poumon, peau) : Chelidonium, Taraxacum, Berberis, Solidago, Hydrastis, Nux Vomica...

Lutter contre la fatigue : Phosphoric acid, China.

Lutter contre la constipation : Opium

Traiter le péri-opératoire : Gelsemium, China, Arnica, Opium, Staphysagria...

Accompagner la radiothérapie : Radium Bromatum, Rayons X,

Troubles digestifs : Ipeca, Arsenicum album, Phosphorus, China...

Soutenir le psychisme : Ignatia, Gelsemium, Sepia, Natrum muriaticum, Staphysagria...

Pratiquer des Hétéro-isothérapies : dilution homéopathique des produits de chimiothérapie : 5-FU, Cyclophosphamide, Taxotère, Xéloda...

Syndrome pied-main : Petroleum, Cabecitabine,...

Conseils généraux :

Une demi heure de marche par jour.

Thé vert, curcuma, probiotiques, fruits, légumes...

Jeûne avant les séances de chimiothérapie...

Dr Udo Giavarini



# Les Médecines Complémentaires et Alternatives (MCA)

Comité de Pathologie Mammaire  
Gustave Roussy

**On les appelle aussi médecines douces, naturelles ou non conventionnelles**

Les Médecines Complémentaires et Alternatives regroupent des approches, des pratiques, des produits de santé et médicaux, qui ont vocation à venir s'associer aux traitements médicaux classiques.

## Une enquête a été réalisée en 2012 à Gustave Roussy

auprès de patientes recevant une chimiothérapie ou une hormonothérapie adjuvante pour un cancer du sein

**38% ont déclaré avoir utilisé au moins une MCA dont :**

- > **80%** Utilisation de substances pharmacologiques  
homéopathie, phytothérapie...  
(plus de 60 substances différentes)
- > **42%** Utilisation de méthodes physiques
- > **32%** Adoption de méthodes alimentaires

**Objectifs visés par les patientes interrogées**

- > Amélioration des symptômes liés au traitement
- > Amélioration de l'état général

**76% des femmes souhaitent que l'hôpital propose plus d'informations sur les médecines parallèles.**

Il n'a pas été retrouvé de différences d'effets secondaires de la chimiothérapie ou hormonothérapie entre les femmes prenant ou non une médecine parallèle et répondant à l'enquête

### Traitements biologiques naturels

Compléments alimentaires, vitamines ou oligoéléments, homéopathie, plantes...



### Traitements psychocorporels

Biofeedback, Tai-chi, hypnose, yoga...



### Traitements physiques manuels

Ostéopathie, chiropractie, acupuncture, massage, auriculothérapie, réflexologie...



### Autres pratiques et approches de la santé

Médecine traditionnelle chinoise...



### Bénéfices prouvés

☺ Certains traitements comme le yoga, l'électro-acupuncture, l'hypnose, l'auriculothérapie, la sophrologie, ont un effet bénéfique sur la qualité de vie, certaines douleurs, les bouffées de chaleur...

### Inconvénients

- ⊗ Pas de garanties de fabrication.
- ⊗ Efficacité et toxicité non prouvées.
- ⊗ Effets délétères potentiels (ex : vit E et cancer de la prostate).
- ⊗ Diminution de l'efficacité des chimiothérapies (sélénium, Vit A, C, E)

### Parlons-en !



**GUSTAVE ROUSSY**

**Parlez-en aux professionnels de santé qui vous entourent !**

### Interférez-vous !

- Espace de Rencontres et d'Information (ERI)
- Département Interdisciplinaire de Soins de Support aux Patients en Oncohématologie (DISSPC)

### Soyons prudents !

- Déclarez les événements indésirables à l'Agence Nationale de Sécurité sur le Médicament

**ansm**

Pour tout renseignement :

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

e mail : [apam.essonne@gmail.com](mailto:apam.essonne@gmail.com)

Site web: [www.apam-essonne.fr/](http://www.apam-essonne.fr/)