

L'OSTÉOPATHE

N°32 • MARS / AVRIL / MAI 2017

MAGAZINE



OSTÉOPATHIE & CANCER

QUELLE PRISE EN CHARGE PROPOSER ?



Plus qu'une école,
une **FONDATION**
au service d'une
VOCATION :

FORMER
les professionnels
de santé
à l'ostéopathie

« Depuis 10 ans, notre mission est de proposer une formation dédiée aux professionnels de santé basée sur une pédagogie moderne, au sein d'une structure pérenne : la Fondation EFOM »
Thierry Mercier, Directeur de l'IFSO

L'IFSO :
un institut au sein d'une Fondation
Reconnue d'Utilité Publique

- Des ressources exclusivement dédiées à la formation
- Des effectifs dimensionnés pour une pédagogie et un encadrement de qualité
- Des activités de recherche au service de la formation
- Ouvert aux personnes en situation de handicap

Un projet pédagogique partagé

- Des cursus spécifiques, au sein d'une même promotion, pour les masseurs-kinésithérapeutes, les pédicures-podologues et les sages-femmes
- Des cours dispensés par des binômes enseignants
- Un espace numérique de travail

Une formation pratique encadrée

- 800 m² à Paris 15^{ème} : un centre d'application pluridisciplinaire d'ostéopathie et de pédicurie-podologie unique, accueillant des patients
- Un apprentissage progressif dès la première année
- Clinique interne : 1 enseignant pour 6 étudiants
- Clinique externe en entreprise : 1 enseignant pour 2 étudiants



Institut de **F**ormation **S**upérieure en **O**stéopathie
118 bis rue de Javel 75015 PARIS
www.efom.fr

Agréé par décision n°2015-05 du 7 juillet 2015

La Fondation EFOM, c'est aussi
la **FORMATION CONTINUE** des professionnels

Retrouvez-nous sur **www.efom.fr**

OSTÉOPATHE



Reza Redjem-Chibane
Rédacteur en chef

Un éditorial écrit à partir de :
• Entretiens avec Arjn Somphon à Chiang Mai.
• ⁽¹⁾ Thérapie corporelle Thaïe Nuad Boran, des sources à la pratique de Charles Bregier.

Ours

Rédacteur en chef :

Reza Redjem-Chibane

Ont contribué à ce numéro

Laurent Fabre, Brice Fresneau, Thomas Ginsbourger, Léa Gouaux, Alice Grand, Christelle Levy, Laurent Marc, Olivier Merdy, Virginia Montel, Elsa Tavernier et Laurence Thomas

Directrice artistique :

Agnès Bizeul

Publicité & partenariats :

Reza Redjem-Chibane

Photo éditorial :

Joëlle Dollé

www.joelledolle.fr

Illustration couverture :

Magali Attiogbé

www.magaliattiogbe.net

Contacts

L'ostéopathe magazine

176, rue Saint-Maur

75011 Paris

Tél : 06.65.64.13.57

Renseignements :

info@osteomag.fr

Rédaction : redaction@osteomag.fr

Abonnements : abo@osteomag.fr

Publicité : pub@osteomag.fr

Mentions légales

Directeur de la publication :

Reza Redjem-Chibane

L'ostéopathe magazine

est édité par RCR Éditions

176, rue Saint-Maur

75011 Paris

Tél : 06.65.64.13.57

www.osteomag.fr

Numéro de commission

paritaire : 0120 T 90344

ISSN 2108-2642,

dépôt légal à parution

Abonnements

Formule PRO

1 an soit 4 numéros + accès web

12 mois : - 20%

France et étranger 120 € TTC

Formule ÉTUDIANT

1 an soit 4 numéros + accès web

12 mois : - 60 %

60 € TTC (dont TVA 2,10 %)

Prix pour un numéro

25 € TTC (dont TVA 2,10 %)

Copyright :

Photos/illustration : Fotolia
sauf copyright spécifique

L'ostéopathe magazine

La reproduction même partielle
des articles parus dans L'ostéopathe
magazine est strictement interdite.

Les rois de l'instinct

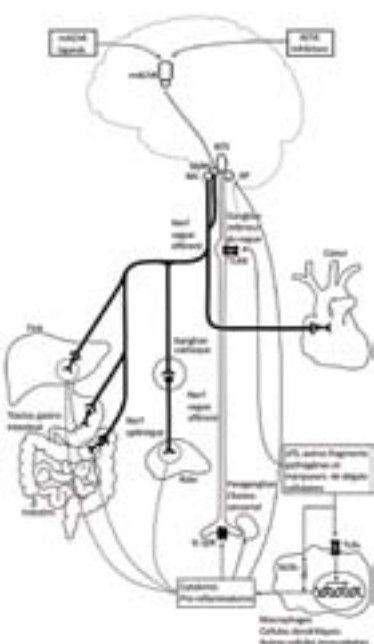
Le Nuad Boran est une ancienne thérapie corporelle née en Thaïlande. Inventé par les paysans qui travaillaient dans les rizières, cet ensemble de techniques était pratiqué le soir, après la journée de travail. Il était vital pour leur récupération physique et pour leur permettre de travailler le lendemain.

Le Nuad Boran est un mélange d'étirements, de pressions et de mobilisations appliqués sur tout le corps et guidés par l'anatomie, les lignes d'énergies et les points d'acupression. Il a été codifié sans pour autant devenir une pratique thérapeutique systématisée. Le traitement s'adapte à la personne qui le reçoit comme à la personne qui le donne.

Les « arjs », des professeurs, l'ont élevé au rang d'art. Ils perpétuent aujourd'hui l'esprit du Nuad Boran : humilité, respect et curiosité. A l'image des paysans qui créèrent le Nuad Boran, la persévérance est indispensable pour travailler le corps humain comme les paysans travaillaient la terre : en profondeur et en harmonie. Avec lenteur. Dans une intention bienveillante et une honnêteté de tous les instants. « D'abord ils sentent une globalité de l'être. Puis ils palpent, remontent et descendent les lignes énergétiques et les groupes de muscles contractés. Ingénieurs et créatifs, ils sont malins avec la douleur et ne manquent pas d'humour. Ils sont les rois de l'instinct »⁽¹⁾.

Même si le Nuad Boran est aujourd'hui plus connu dans sa version *massage thai*, il est en Thaïlande officiellement reconnu comme médecine traditionnelle à côté de la médecine moderne.

Face à cette maladie aussi agressive qu'est le cancer, et alors que nous interrogeons la place de l'ostéopathie dans sa prise en charge médicale, je ne peux m'empêcher de faire le parallèle avec les paysans Thaï qui face à la rudesse de leur condition de vie avaient su trouver comment supporter leur fardeau. Avec une attention et une intention totales au patient et dans une réelle globalité, l'ostéopathe sera un allié précieux du patient cancéreux.



SOMMAIRE

ACTUALITÉS

inf'ostéo

6 5^e symposium de la SEROPP

La ludothèque des sens

18 24^{es} Journées de Posturologie Clinique, Douleur chroniques, neuropathiques et posturolo- giques : comprendre et prendre en charge

20 Comprendre & évaluer la douleur

23 De l'étiologie au diagnostic de la douleur

28 Thérapeutiques & technologies

30 Prise en charge de la douleur : approches variées des stratégies thérapeutiques

32 Biomécanique & posturologie

CANADA

40 Ostéopathie Québec Admission des ostéopathes étrangers au Québec... quelle procédure ?

41 La french touch

DOSSIER OSTÉOPATHIE ET CANCER

MÉTIER

enquête

44 Ostéopathie et cancer Quelle prise en charge proposer ?

interviews & témoignages

- 47 CAMI sport et cancer - Thomas Ginsbourger,
Docteur en STAPS/Sociologie, coordonnateur
national des Pôles Sport & Cancer
- 48 Léa Gouaux, Ostéopathe DO et vacataire depuis
mai 2016 à Gustave Roussy à Villejuif (94).
- 50 Christelle Levy, Médecin responsable de l'Unité
de Pathologie Mammaire, Centre François
Baclesse de Caen
- 51 Alice Grand, Médecin généraliste au sein de la
Consultation de suivi à long terme de Gustave
Roussy à Villejuif (94) d'avril 2014 à mars 2016

52 Brice Fresneau, Oncopédiatre en charge de la clinique de suivi à long terme du département de cancérologie de l'enfant et de l'adolescent de Gustave Roussy à Villejuif (94).

56 Olivier Merdy, ostéopathe DO et coordinateur de la formation Mémoire et Recherche de l'IDHEO

57 Elsa Tavernier, ostéopathe DO, travaille en colla- boration avec Olivier Merdy

FICHE CLINIQUE

analyses

- 58 Laurence Thomas, ostéopathe DO et titulaire
du Diplôme Universitaire Psychosomatique
(Paris 7) et d'un diplôme d'hypnose analgé-
sique et médicale (IFH)
- 60 L'influence du modèle biomédical
par Laurent Fabre, ostéopathe DO et titulaire de
plusieurs diplômes d'anatomie clinique.

RECHERCHE

revue de presse

64 Mise au point sur deux « forces d'autoguérison » : la part du placebo en ostéopathie et les implications du nerf vague dans l'immunité

66 Fiche Vidal Placebo (Poudre d'illusion)

71 Placebo un allié de choix pour les thérapeutes

72 Bibliographie

ACTUALITÉS

INF'OSTÉO



5^e symposium SEROPP

La ludothèque des sens

Le 20 janvier 2017 se tenait à la Maison de la Chimie à Paris le 5^e symposium de la SEROPP (Société Européenne de Recherche en Ostéopathie Périnatale et Pédiatrique). Les professionnels invités ont apporté leurs analyses sur l'accompagnement thérapeutique de l'enfant dans sa sensorialité.

Un reportage réalisé par Virginia Montel, ostéopathe DO

Le thème annoncé de ce symposium était *Influence de l'environnement de l'enfant sur son développement : Sensorialité, Affectivité, Cognition*. L'objectif de cette journée était donc de mettre en évidence l'importance d'une stabilité environnementale sécurisante pour le développement de l'enfant. Les intervenants ont présenté divers cas cliniques et conduites à tenir, pour les professionnels en contact avec des enfants, en cas de détection de problème relationnel de l'enfant à l'égard de son entourage. Durant cette journée de conférences se sont succédés divers professionnels spécialisés dans l'accompagnement psychologique,

ostéopathique et médical de l'enfant, mais également de l'adulte.

Cette journée enrichissante mettant l'enfant au cœur du sujet a confirmé qu'une pluridisciplinarité des regards, une quête de compréhension et une capacité de rationalisation étaient fondamentales dans l'accompagnement d'un enfant lors de son développement.

La stabilité de l'environnement de l'enfant est primordiale !

La construction psychologique de l'enfant est une base solide pour l'adulte qu'il deviendra. La pluridisciplinarité des regards nous invite à prendre conscience qu'il reste

beaucoup de travail, notamment dans la reconnaissance de nos différences et de nos complémentarités professionnelles.

Ce qui construit le bébé est la place et la parole des parents. Françoise Dolto, pédiatre et psychanalyste française, disait « même si on ne comprend pas, il faut parler à l'enfant, cela permet de le reconnaître comme une personne à part entière ».

Les enfants ne peuvent pas grandir s'ils n'ont pas le temps de l'enfance. L'environnement est important, car « un bébé seul n'existe pas » déclarait Donald Woods Winnicott, pédiatre, psychiatre et psychanalyste britannique.

L'ÉCHELLE ADBB

dépistage du retrait relationnel du nourrisson

Prêtons-nous réellement attention au comportement de l'enfant à l'égard de son entourage durant la séance ?

Sylvie Viaux Savelon, pédopsychiatre en service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent au CHU de la Salpêtrière, présente l'ADBB (pour Alarme Détresse Bébé) comme une échelle de dépistage de retrait relationnel chez le nourrisson.

L'échelle ADBB n'est pas un élément de diagnostic à proprement parler, mais une échelle permettant de repérer les éventuelles désynchronisations relationnelles. Elle est basée sur le concept de retrait relationnel précoce. La première description clinique de retrait relationnel précoce a été présentée dans les années 1950 par G.L. Engel et F. Reischman (psychiatres) avec le cas Monica. Cette enfant âgée de 18 mois était atteinte d'une fistule œsophagienne. Elle était nourrie par sonde et souffrait d'un problème relationnel avec sa mère et d'une anorexie du nourrisson. Sa mère, quant à elle, était maltraitée par son mari et en

dépression. La petite fille sera hospitalisée pour un retrait relationnel sévère. Grâce au suivi de son médecin pendant 25 ans et à un changement d'attitude de sa mère, Monica réussira à développer un attachement vis-à-vis de son médecin. En devenant mère à son tour, Monica présentera néanmoins des troubles lors de l'alimentation de son propre enfant.

Le concept de retrait a ensuite évolué

Selma Fraiberg, psychanalyste américaine, décrit un mécanisme de défense similaire : le figement. L'enfant, dès l'âge de 3 mois, reste en effet figé devant des situations relationnelles pathologiques. Puis, René Spitz, psychiatre et psychanalyste hongrois, décrira la dépression maternelle comme cause majeure du retrait et de la dépression infantile. Le comportement et la stabilité

psychologique de la mère influeraient donc sur les réactions de l'enfant.

En 1983, Cohn et Tronick, respectivement chercheurs à l'Université de Pittsburgh et du Massachusetts, ont effectué l'expérience d'un Still Face (visage sans expression) de 3 mn. C'est-à-dire une induction de retrait chez un enfant. L'enfant réagit par une protestation puis se met en retrait et se détache. Cette réaction le conduira à une désorganisation de l'attachement. Il a également été observé par Field et al en 1988 qu'une dépression maternelle provoquerait une dépression infantile se manifestant également en présence d'un entourage non déprimé. Enfin, les études de Murray et Trevarthen en 1996 et Nadel et al en 1999, ont mis en évidence qu'une désorganisation de stratégie de l'attachement conduisait à une réaction identique à celle du Still Face chez l'enfant : le retrait.



© Orléansmag.fr

LE DÉVELOPPEMENT ET LA PATHOLOGIE DES FONCTIONS VISUO-SPATIALES

IMPLICATION DANS LA DIFFÉRENCE ENTRE SYMPATHIE ET EMPATHIE

Comment une altération pathologique des perceptions sensorielles spatio-temporelles peut-elle influencer les interactions avec autrui ?

Alain Berthoz est ingénieur et neurophysiologiste, professeur honoraire au Collège de France, directeur du laboratoire de physiologie de la perception et de l'action du Collège de France/CNRS. Il travaille avec des roboticiens sur les robots humanoïdes.

Pour Alain Berthoz, il faut commencer par distinguer la sympathie de l'empathie.

La sympathie, qui signifie littéralement « sentir avec », est une contagion émotionnelle telle que le bâillement, le rire, etc. C'est un système de miroir, une sorte de résonance à la première personne dans laquelle le sujet éprouve le ressenti de l'autre. L'empathie consiste quant à elle à se mettre à la place de l'autre en inhibant la contagion émotionnelle. Ces deux processus sont spatio-temporels et il s'avère que certaines aires du cerveau sont cruciales pour la construction de l'unité du corps et des relations dans

l'espace. Des dysfonctionnements de ces aires peuvent induire un trouble de la capacité à changer de point de vue, et donc de l'empathie. Par exemple, pour les schizophrènes chez qui on peut observer une difficulté à changer de point de vue en raison d'un déficit de la manipulation des référentiels spatiaux.



© Orléansmag.fr

Le retrait : étiologie et description

Le retrait se décrit chez l'enfant à travers des comportements contradictoires, des mouvements incomplets, interrompus et/ou mal coordonnés, des expressions froides et ralenties et une appréhension envers son parent. C'est un signe précurseur de l'insécurité qui apparaît dès 4 mois. Il y a une nette différence entre l'attachement sécure et l'attachement évitant. Le futur enfant *sécure* regarde plus sa mère, a plus d'expression faciale et le visage moins neutre. Le futur enfant *évitant* de 4 mois, regarde moins sa mère. Son visage est neutre, voire négatif, et il est moins capable de rester concentré.

Différents niveaux de retrait peuvent s'installer : le retrait inconstant, le retrait constant et le retrait relationnel durable. Et leurs causes sont multiples :

- Causes du retrait inconstant : troubles de la régulation de la température, troubles anxieux et syndromes post-traumatiques.
- Causes du retrait constant : autisme, dépression, troubles sensoriels (ouïe, vue), troubles de l'alimentation, Kwashiorkor

(malnutrition de l'enfant entre 3 mois et 6 ans), retard de croissance, trouble de l'attachement et douleur aiguë durable.

L'ADBB, une échelle de dépistage du retrait relationnel précoce

L'échelle de dépistage ADBB a été créée en 2001 et validée dans le service de PMI de l'Institut de Puériculture de Paris par Antoine Guedeney (pédopsychiatre) et Jacques Fermanian (chef du service de biostatistiques de l'Hôpital Necker). Plusieurs études ont été publiées à l'étranger pour valider l'échelle et former des équipes aptes à l'utiliser. En 2005, la M-ADBB (M pour modifiée) est créée pour les personnes non formées à la pédiatrie. Cette nouvelle échelle comporte 5 items alors que l'échelle ADBB classique en comporte 8. Ces items sont cotés de 1 à 4, 0 signifiant une absence de comportement anormal de retrait et 4 un comportement massivement anormal. Les items sont les suivants :

1. Expression du visage
2. Contact visuel
3. Activité corporelle
4. Geste d'auto stimulation

5. Vocalisations
6. Vivacité de la réaction à la stimulation
7. Relation
8. Attractivité

Comment utiliser l'échelle ADBB ?

L'observation est suffisante pour effectuer une évaluation. Il est important de vérifier la stabilité du score dans le temps. Si le seuil de 4/5 est dépassé, il faut chercher les causes et intervenir. L'échelle est remplie par l'observateur après la séance qui évalue le comportement spontané, puis la réaction face aux stimulations en suivant l'évolution des réactions. Pour Sylvie Viaux Savelon, le retrait est aujourd'hui sous étudié. C'est un signal d'alarme qui ne fait pas office de diagnostic, mais qui incite à examiner de plus près l'enfant. Il occupe une place majeure dans le répertoire défensif de l'enfant et c'est un élément important dans la clinique de la plupart des diagnostics psychologiques de la petite enfance (dépression, troubles de l'attachement, troubles anxieux, syndrome post-traumatique, etc.). Chez l'enfant en bonne santé, les interactions facilitent un bon éveil et l'harmonie du développement.



Repérage des problématiques d'attachement lors d'une consultation avec un très jeune enfant

ÉCHELLE DE MASSIE CAMPBELL



Chez les enfants prématurés, un lien a été établi entre la qualité de l'attachement et leur évolution. Il est donc très important de repérer les formes d'attachement problématiques afin de mettre en place une aide ajustée.

Laurence Carpentier, pédopsychiatre au pôle guidance infantile est venu nous expliquer comment repérer les problématiques d'attachement en consultation pédiatrique. Qu'est-ce que l'attachement ? C'est un concept mis en place par John Bowlby, psychiatre anglais. L'attachement est le propre de plusieurs espaces :

- Le lien d'attachement du très jeune enfant avec sa mère : le lien de l'enfant à l'adulte qui répond à ses besoins de réconfort.
- Le bébé sollicite son système d'attachement dans des situations alarmantes ou de détresse pour rechercher du réconfort et de la protection.
- La qualité des réponses parentales définira la qualité de l'attachement sécurisé, insécurisé ou désorganisé.

Attachement sécurisé vs attachement insécurisé

L'enfant n'est pas plus ou moins attaché. Il est attaché de façon sécurisée ou insécurisée. On parle d'attachement sécurisé en fonction de l'analyse que fait le bébé de la posture parentale. S'il manifeste un appel à la figure d'attachement, une capacité à explorer le monde ainsi qu'une protestation

à la séparation, il s'agit d'un attachement sécurisé. Les réactions parentales sont dans ce cas prévisibles et ajustées aux demandes de l'enfant.

Cet attachement favorise le développement cognitif, émotionnel et social avec des spécificités différentes selon les figures d'attachement. En effet, face à une figure d'attachement masculine l'enfant aura tendance à la négociation. L'attachement sécurisé est un facteur de protection d'une psychopathologie.

L'attachement insécurisé se manifeste par rapport à une réponse parentale mal ajustée. On distingue deux types d'attachement insécurisé :

- L'attachement évitant : il est présent chez 20 % de la population générale et se manifeste par des parents qui répondent mal aux besoins de l'enfant. Il en résulte un enfant autosuffisant, qui cherche à répondre par lui-même à ses besoins, ne proteste pas à la séparation et évite le contact parental aux retrouvailles. Il n'est pas disponible pour explorer le monde. Le risque de cet attachement est un trouble des conduites.
- L'attachement résistant : il est présent chez 10 % de la population. Le parent est débordé et imprévisible et le bébé met en

place une stratégie pour maximiser l'attachement. Il proteste de façon intense à la séparation et est colérique aux retrouvailles. Le risque de ce type d'attachement est l'apparition de troubles anxieux par la suite. Ces deux attachements sont des facteurs de risques psychopathologiques. L'attachement désorganisé représente 10 % de la population. C'est une urgence clinique, car la psychopathologie à long terme est certaine, avec un risque de troubles somatiques graves à court terme. Rappelons que le développement du bébé prématuré (au-delà de 30 semaines) est lié à la qualité d'attachement avec ses parents et pas seulement à la gravité de la prématurité ou du problème somatique.

L'échelle de Massie Campbell

Cette échelle permet d'apprécier les indicateurs de l'attachement mère/enfant pendant des périodes de stress. Une consultation pédiatrique était considérée comme un facteur de stress.

L'analyse est faite du point de vue de l'enfant et de la mère selon 7 items notés de 1 à 5. La valeur 1 représente un comportement évitant et 5 un affect très anxieux. Les items sont les suivants :

1. Fixation du regard
2. Expression vocale
3. Contact physique a (façon de chercher le contact)
4. Contact physique b (façon de recevoir le contact)
5. Étreinte
6. Affect
7. Proximité

La cotation est basée sur les fréquences et non sur les moyennes. S'il y a une majorité de 1 ou de 5, il y a un risque grave de désorganisation du bébé. Si les échelles mère et enfant sont conformes, les résultats témoignent de la qualité de l'attachement. Si les résultats des échelles mère et enfant diffèrent, on peut évoquer une psychopathologie.

Cas cliniques

Laurence Carpentier a présenté deux cas cliniques. Le 1^{er} cas concerne un enfant âgé de 11 mois (en âge corrigé) et né à 29 semaines d'une mère très jeune. L'enfant n'a pas de regard pour sa mère pendant la consultation et repousse sa mère quand elle

« L'attachement secure est un facteur de protection d'une psychopathologie »

le touche. Il ne proteste pas à la séparation et présente un développement moteur normal. Rien n'est à priori décelable. Pourtant, le comportement de cet enfant durant la séance est interpellant et traduit la manifestation d'un attachement désorganisé. S'il n'est pas surveillé, cet enfant présentera des troubles du comportement.

Le 2^e cas décrit un enfant également né prématurément, mais dont la mère répond de façon ajustée à ses besoins. La qualité d'attachement est parfaite et l'enfant est

sécure même si les enfants nés prématurément avaient statistiquement moins d'attachement sécure. La qualité de la relation de la dyade mère/enfant est primordiale dès les premières heures de vie.

Si en consultation un enfant présente des signes de désorganisation de l'attachement, il est important de le réorienter vers une prise en charge psychologique. L'enfant sera également pris en charge en psychomotricité afin de travailler sur la dyade mère/enfant.

BASES BIOLOGIQUES DE LA SOCIALITÉ CHEZ L'ENFANT

La socialité est biologiquement fondée et ses bases sont innées. L'espèce humaine est la seule espèce capable de coopérer avec une espèce non apparentée à la sienne. D'où vient la capacité sociale des humains ?

Jean Decerty, professeur de psychologie et de psychiatrie à l'université de Chicago et directeur du *Child neurosuite* a évoqué la question des bases biologiques de la socialité chez l'enfant. L'homme est une espèce ultra sociale, car ses individus sont interdépendants

les uns des autres. Mais il possède deux logiques opposées en lui : l'égoïsme et la prosocialité. Le nourrisson possède un système évaluatif déjà très complexe qui lui permet de distinguer les interactions positives des interactions négatives. Plus la mère est sensible à la justice, plus l'enfant est capable de différencier ce qui est prosocial de ce qui est antisocial. Serait-ce génétique ? À prouver.

À l'âge d'un 1 an, les enfants sont coopératifs et aident volontiers autrui. Mais cette disposition est ensuite influencée

par les jugements et les interactions sociales. Si les comportements prosociaux sont nécessaires et présents à la naissance, des adaptations biologiques sont nécessaires pour la survie en groupe. Le développement neuronal, l'apprentissage parental et socio culturel joue un rôle primordial dans cette adaptation.





LE TEMPS DU DIALOGUE LUDIQUE AVEC LE BÉBÉ

Avec l'adulte, le travail en psychologie se fait majoritairement autour de la parole. Alors qu'avec le nourrisson, le travail s'effectue avec un corps en mouvement.

Sophie Marinopoulos, psychologue clinicienne, psychanalyste et intervenante au lieu d'accueil *Les pâtes au beurre*, est venue nous présenter avec beaucoup d'humour et de finesse une façon d'aborder l'enfant en consultation de psychologie tout en respectant son univers ludique.

Sophie Marinopoulos s'intéresse au corps de l'enfant en mouvement et en relation avec autrui. L'enfant joue beaucoup. Il joue pour donner du sens à ce qui lui arrive, mais également pour essayer de comprendre son environnement par le jeu.

En réalité, même à terme, le bébé est prématuré, car il ne sait rien faire tout seul. Il est insatiable dans les liens d'amour qu'il va créer avec l'autre. Les ouvrages sur la carence des soins maternels de Jenny Aubry, psychanalyste française, font référence à ces liens. Alors que l'instrument de l'adulte est le langage. Cela nous permet de nous représenter les événements. Le thérapeute interprète alors la façon dont le bébé entre en contact avec lui.

Entendre la rythmique de l'enfant

L'enfant veut grandir, apprendre, se séparer. En permanence confronté à des micro séparations fréquentes, il devra trouver une juste distance entre l'adulte et lui. L'attachement à l'adulte se fait finalement dans la distance et il est difficile pour l'enfant de réaliser que l'adulte et lui sont deux personnes différentes. En grandissant, il découvrira l'amour, mais également

la frustration. Car grandir, c'est aussi « renoncer à ».

La vie du bébé est une rythmique qui commence par la nourriture. Quand l'enfant a faim, il se sent en mille morceaux. Il ne parviendra à se rassembler qu'en se rassasiant. Le corps de l'enfant se détend quand le liquide coule dans son corps. Cette rythmique est cadencée par les tétées ou biberons, mais également les allées et venues du parent. Et les premiers jeux du bébé se font autour de la bouche. C'est son tapis d'éveil. L'enfant aime beaucoup jouer avec sa bouche, projeter du liquide, faire des bulles. Il raconte quelque chose par le jeu, avec sa bouche.

Mais il a également besoin d'espace pour évoluer. Il lui faut prendre de l'écart pour parler. Cet écart est un cordon sonore et les activités sensorielles sont importantes. Certains bébés ne regardent pas nécessairement et découvrent avec la bouche.

La motricité ludique

Le dialogue se met en place grâce à des appuis. Le bébé devient moteur, il engage un mouvement grâce à la sécurité que lui propose son appui. Il a la certitude qu'il reste attaché et ne perdra pas l'amour de l'autre. Il est autorisé à prendre un peu de distance. Les activités ludiques deviennent alors plus motrices. Le bébé renonce au corps du parent et accepte d'être une autre personne. Le thérapeute évalue la façon dont l'enfant appréhende le jeu. L'enfant montre en consultation celui qu'il est, pas celui qui dérange et qu'on amène chez le psychologue. Il peut arriver en consulta-

tion qu'un grand enfant joue avec un jeu de tout petit. Par la régression, il essaie de montrer au thérapeute l'enfant gratifiant qu'il était tout petit. La nourriture affective (l'émerveillement, l'encouragement) permet à l'enfant de continuer sa progression.

La symbolique des jeux avec l'enfant

Dans le dialogue ludique, la symbolique est d'accepter que le parent se retire. Il faut renoncer et donner un espace dans lequel le jeu est autorisé. Il existe 3 jeux symboliques qui représentent le renoncement à la présence :

- Le jeter-ramasser (jeu freudien) : las de ramasser l'objet jeté par l'enfant, le parent se met en colère. L'enfant quant à lui jubile. Il y a donc une différenciation émotionnelle intéressante. Il « jette » symboliquement le parent qui revient toujours vers lui en restant le même parent aimant.

- Le caché/coucou : l'enfant prend le risque de perdre un morceau de vue de son parent et s'interroge

- Le cache /cache : l'enfant est téméraire, courageux et audacieux. Il profite de la vie en dehors des figures d'attachement.

En consultation psychologique, le dialogue se met en place grâce au jeu. Il est intéressant d'évaluer la façon dont l'enfant appréhende le jeu. Pour Sophie Marinopoulos « entrer en relation par le jeu avec l'enfant, c'est venir à sa rencontre et le reconnaître comme un interlocuteur à part entière pour lui proposer un dialogue qui prendra du sens dans la rencontre corporelle, sensorielle, posturale, émotionnelle et langagière ».

ENVIRONNEMENT, SENSORIALITÉ ET NEUROPROTECTION DES NEUROSCIENCES AUX SOINS DES NOUVEAU-NÉS VULNÉRABLES

Malgré les divers progrès médicaux, les nourrissons prématurés sont surexposés aux traumatismes moteurs, cognitifs et psychiatriques. Les facteurs pré et périnataux (stress maternels ou génétiques) et postnatals (douleurs, excès de stimuli sensoriels) sont incriminés. Mais quel est l'impact de l'environnement ?

Pierre Khun est pédiatre, responsable de l'unité fonctionnelle de réanimation néonatale au CHU de Strasbourg, professeur et chercheur au CNRS sur le développement sensoriel du nouveau-né grand prématuré et sur les soins de développement.

Pour lui, le rôle de l'environnement a un impact sur le développement cérébral. Une privation sensorielle durant le développement de la vision crée un arrêt conduisant à une cataracte congénitale. Les études de Webb & al en 2006 et Han & al en 2015 démontrent

qu'en cas d'excès sensoriel, l'impact sur le développement cérébral de l'enfant est différent. Une exposition de l'enfant à des sons enregistrés de la voix de sa mère engendre une augmentation de l'épaisseur du cortex auditif. Il y a donc un impact de l'expérience sensorielle sur la croissance anatomique.

Le bébé prématuré est sensoriellement équipé pour percevoir l'environnement

Notamment grâce à l'olfaction. Hors, l'environnement utérin aquatique diffère de l'environnement hospitalier (odeur de l'hôpital, bruits, lumières, stimulations douloureuses). Smilh G et al (2011) ont observé qu'à long terme une surexposition du nourrisson à des stimulations stressantes provoquait une diminution de l'épaisseur corticale. Les nourrissons prématurés ont donc une perception sen-

sorielle accrue de l'environnement, ce qui influence leur développement cérébral.

L'indispensable neuro-protection de l'enfant

À l'instar de la Suède qui place le parent comme le premier soignant, il faudrait donc minorer les stimulations délétères liées à l'hôpital en limitant l'exposition sonore, en promouvant les chambres seules et l'accès du bébé au peau à peau. Ces mesures permettraient non seulement une réelle neuro-protection de l'enfant, mais seraient aussi garantes d'une bientraitance hospitalière ainsi que d'une humanisation des soins déli-



© ostcomag.fr

« L'enfant joue beaucoup. Il joue pour donner du sens à ce qui lui arrive mais également pour essayer de comprendre son environnement par le jeu »

OSTÉOPATHIE & SENSORIALITÉ

Plusieurs ostéopathes sont intervenus pour présenter leur approche sensorielle de l'enfant au cours de leurs séances d'ostéopathie.



À commencer par Roselyne Lalauze-Pol, ostéopathe DO attachée au service de la douleur et des soins palliatifs et du service de chirurgie maxillo-faciale du CHU Robert Debré à Paris, qui nous a présenté le jeu de l'enfant à la fois comme un outil d'analyse de sa sensorimotricité et un témoin de l'efficacité de la consultation ostéopathique pédiatrique.

Pour Roselyne Lalauze-Pol, la phrase du *Nature Reviews Molecular Cell Biology* (10,1 2009) peut définir à elle seule l'acte ostéopathique : « Les cellules ressentent leur environnement en trois dimensions. Cette perception sensitivo-mécanique qui module la fonction cellulaire (prolifération, différenciation, migration et apoptose) est cruciale pour le développement des organes et l'homéostasie ». Roselyne Lalauze-Pol appuie sa démonstration à l'aide de deux cas cliniques.

La règle suprême de l'artère

1^{er} cas clinique : un enfant se présentant avec une plagiocéphalie occipitale droite et une asymétrie faciale. C'est un enfant calme et peu mobile. Pour Roselyne Lalauze-Pol, « lorsque l'opposition du pouce n'est pas acquise, la manipulation n'est pas aisée. L'enfant demande de l'aide et se désintéresse facilement du jeu. L'activation suturale (coronale et ptérique) permet d'observer une ouverture de la main opposée ainsi qu'une meilleure habileté de l'enfant ». À l'issue de la 4^e séance d'ostéopathie, l'enfant manipule les objets à une main en les laissant souvent

échapper, mais demande immédiatement de l'aide dans la difficulté au lieu de se détourner comme auparavant. Il parvient à marcher à quatre pattes et à se tenir debout avec un appui. À la 5^e séance, il arrive à la consultation en marchant.

« L'hypnose-ostéopathie permettra de créer une bulle ludique et rassurante ainsi qu'une histoire autour du geste thérapeutique »

2^e cas clinique : un enfant de 15 mois né après un accouchement dystocique avec des forceps. Ses parents consultent pour des otites et bronchites récidivantes (deux par mois) depuis l'âge de 6 mois. À l'examen ostéopathique, il présente une hypomobilité de la base de l'hémi thorax droit. La 2^e séance a lieu 4 mois plus tard, période durant laquelle l'enfant n'aura eu qu'une otite et une bronchite. Au cours des

consultations ostéopathiques, la motricité est facilitée et les capacités de l'enfant en sont optimisées. Les mobilisations mécano-transductrices joueraient un rôle dans la plasticité cérébrale en améliorant le flux sanguin sous-jacent aux sutures traitées.

Cela concorde avec « la règle de l'artère suprême » d'Andrew Taylor Still.

La douleur source de peur chez l'enfant

Laurence Thomas, ostéopathe DO au service de la douleur et des soins palliatifs du CHU Robert Debré, a ensuite démontré l'intérêt de l'alliance du traitement ostéopathique avec l'hypnose dans la prise en charge de la douleur du jeune enfant. Il lui est paru important de rappeler que « la douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle, ou décrite en terme d'une telle lésion ». Cette définition fait de la douleur une sensation subjective qui entraîne chez l'enfant une peur. Les enfants que rencontre Laurence Thomas ont un parcours

médical compliqué, tout comme l'illustre le cas clinique suivant. Une petite fille de 4 ans, née en souffrance fœtale intense avec une dystocie des épaules présente une neuropathie du membre supérieur et une allodynie de la jambe gauche. Du fait de l'allodynie, chaque caresse est une douleur et une atonie psychomotrice s'installe progressivement. Elle est scolarisée, mais n'a d'interaction qu'avec sa famille. Sa

mère présente une grave dépression depuis l'accouchement et n'a plus confiance en la médecine. La petite fille refuse de parler, de se déshabiller ainsi que tout contact visuel.

Créer une alliance entre l'enfant et le thérapeute

L'hypnose-ostéopathie permettra de créer une bulle ludique et rassurante ainsi qu'une histoire autour du geste thérapeutique. Cela permet de diminuer la douleur des actes et de mobiliser ses ressources corporelles et psychiques par l'imaginaire. L'hypnose-ostéopathie, qu'est-ce que c'est ? Ce sont des histoires magiques à rêver debout construites autour d'un objectif : la mobilité. Lors de la 1^{re} séance Laurence Thomas se place en retrait par rapport à l'équipe et entre en contact avec la petite fille par « Mimi la petite souris », un petit personnage créé par Laurence Thomas afin d'aider l'enfant à se laisser traiter. Au cours de la 2^e séance, la petite fille collabore plus et la séance d'hypnose s'effectue grâce à un nouvel ami Toto, le lapin magique qui se laisse lui aussi hypnotiser et permet le travail des cicatrices. À la 3^e séance, la petite fille parle et réussit à mobiliser son bras. Une fois terminées les séances, il faut assurer une continuité dans la prise en charge. Les consultations sont magiques. Ce sont des récréations pour l'enfant et il faut créer une alliance entre l'enfant et le thérapeute. Les enfants, par leur douleur chronique, ont la sensation d'être bloqués devant un

mur. Le but est donc de leur permettre de voir autre chose.

Le réveil des boucles sensorimotrices

Monia Chaieb et Séverine Lambert, ostéopathes DO en service de chirurgie maxillo-faciale du CHU Robert Debré, ont abordé le sujet du « Réveil » des boucles sensorimotrices par la prise en charge ostéopathique sur une incompétence labiale. L'objectif de leur travail est de :

- redonner une fonction physiologique (mobilité, structure, fonction),
 - activer les éléments vasculo-nerveux,
 - préserver et activer la croissance,
 - et activer des boucles réflexes de la face.
- D'un point de vue clinique, comment aborder l'examen ? Voici une description de cette prise en charge ostéopathique :
- Analyse posturale (ajustement articulaire) et neuro musculaire du corps.
 - Traitement du rachis cervical, des muscles de l'appareil hyoïdien et des tissus mous
 - Application de forces manuelles au niveau des sutures ou des synchondrales (comme la sphéno-occipitale)
 - Libération des émergences des nerfs crâniens (nerf V, VII et trou stylo-mastoïdien)
 - Mobilisations intrabuccales
 - Travail vasculaire du frein de la langue
 - Activation ou inhibition musculaire au niveau de la face.

Les lieux d'action du traitement sont les lieux de contraintes basi-craniennes (trou déchiré postérieur et condylien). Monia

Chaieb et Séverine Lambert ont illustré leur prise en charge à l'aide de deux cas cliniques. Le premier concerne un enfant de 14 mois né d'une grossesse normale après un accouchement spontané de 5 heures avec péridurale. Il présente un torticolis congénital et une plagiocéphalie occipito-pariétale traitée en kinésithérapie pendant un mois. L'enfant ne communique pas et ne tient pas non plus correctement son dos. Traitement proposé : travail intermaxillaire, travail du ganglion ptérygopalatin et des narines afin de rétablir le lien entre les muscles orbiculaires et le nez. Le second cas s'intéresse à un enfant présentant une macrocranie. Traitement : stimulation du réflexe de la langue et travail des arcs réflexes au niveau des joues.

Une approche ludique et douce du traitement ostéopathique de l'enfant

Le but de ces traitements est de passer d'une déglutition dite primaire ou infantile caractérisée par une poussée de la langue contre l'arc dentaire à la déglutition, à une déglutition secondaire ou mature. Au travers de cas cliniques, les ostéopathes nous ont montré l'intérêt d'une approche ludique et en douceur du traitement ostéopathique de l'enfant. Le traitement de l'enfant en souffrance est une douce alliance entre ce dernier et le thérapeute. Le monde de l'imaginaire et du jeu est souvent utilisé afin de permettre à l'enfant de s'évader pour rendre ludiques les consultations.

SENSORIALITÉ : MISE EN PLACE DES BOUCLES NEUROMOTRICES ORO-FACIALES FONDAMENTALES

L'étape du développement des boucles sensorimotrices doivent se faire en bon équilibre. Les déséquilibres sensorimotriques conditionnent de nombreuses problématiques orthodontiques et occlusales.

Michael Lacroix, docteur en chirurgie dentaire, orthodontiste pédiatrique a présenté la sensorialité et plus particulièrement la mise en place des boucles neuromotrices oro-faciales fondamentales. Les boucles neuromotrices orofaciales sont les suivantes :

- La langue contre le palais : essentielle en orthodontie, permettant de comprendre les diverses formes de la voûte palatine.
- La jonction des lèvres : les lèvres doivent être bien jointes.
- La jonction des incisives : en contact équilibré.

Dans toutes dysmorphoses dento-faciale il y a une composante globale, squelettique, régionale, les fonctions modelantes comme la posture ou la mastication, et locale, bucco-dentaire. L'équilibre postural de l'espace oral est pour

Michael Lacroix important, car il représente un tonus pneumatique. Il existe un équilibre entre la pression de la langue et des incisives entre-elles en interne et les chaînes neuromusculaires ventrales et dorsales. Il y a donc un lien entre la bonne coordination précoce des trois boucles neuromotrices oro-faciales et la bonne posture qui en découlera plus tard.



pour tout savoir sur l'ostéopathie
et l'actualité de la santé



NOUVELLES
OFFRES
D'ABONNEMENT
PAPIER + WEB
+ SMARTPHONE
+ TABLETTE

120 € / AN

- * 4 magazines FRAIS DE PORT INCLUS
- * Accès web 12 mois à tous les articles
- * Les numéros déjà parus à tarif préférentiel :
14,90 € au lieu de 25 €
- * Accès illimité aux archives
- * Accès aux tarifs Abonnés PRO pour les dossiers téléchargeables :
9 € au lieu de 15 €
- * Accès aux avantages du club Abonnés :
Réductions négociées & invitations : matériel, formations, congrès, etc.

je m'abonne et commande
mes numéros sur notre boutique en ligne
➔ www.osteomag.fr/boutique



Vous souhaitez
annoncer
vos formations ?
Réservez
votre emplacement

L'OSTÉOPATHE

MAGAZINE

infos : pub@osteomag.fr



Plus qu'une école,
une FONDATION au service
d'une VOCATION :
**la FORMATION CONTINUE
de tous les ostéopathes**

À découvrir : OSTÉOPATHIE PÉDIATRIQUE

Une formation de 8 jours.

Des consultations encadrées par un binôme
ostéopathe et pédiatre au sein du centre
d'application pratique de la Fondation.

MKDE : La Fondation EFOM Boris Dolto c'est
aussi la formation continue des masseurs-
kinésithérapeutes et des pédicures-podologues

Institut de Formation Supérieure en Ostéopathie
118 bis rue de Javel 75015 PARIS. www.efom.fr

TRANSMETTRE

Des intervenants et les moyens pédagogiques
de la Fondation au service de l'amélioration de
vos pratiques professionnelles

ENCADRER

Des effectifs réduits pour une formation
de qualité

CHOISIR

Plusieurs formats possibles 1 / 2 / 4 / 8 jours
avec des tarifs accessibles

CRÉER

Choisissez votre thématique et réunissez
vos confrères, nous organisons votre formation
sur mesure



Ostéo-Evolution

**FORMATIONS POST GRADUÉES
EN OSTÉOPATHIE**

Paris - Aix-en-Provence



**Stages thématiques en groupe restreint
avec pratique immédiate dispensés
par des professionnels expérimentés**

Programmes des formations
www.osteo-evolution.fr

la formation professionnelle POUR LES OSTÉOPATHES

Avec l'ESO bénéficiez
de plus de 20 ans d'expérience

- pour :
- Élargir votre savoir
 - Développer vos compétences
 - Actualiser votre savoir
 - Respecter votre obligation légale de formation continue

Valorisez votre compétence
avec l'un de nos Certificats d'Études Spécialisées
ou nos Formations Courtes

6 Certificats d'Études Spécialisées

Ostéopathie du Sport, Ostéopathie Pédiatrique, Ostéopathie Posturale,
Ostéopathie Traumatique, Ostéopathie Préventive, Ostéopathie Respiratoire

10 Formations Courtes

Sur thématiques complémentaires : général, Approche Neuro-musculaire,
Régie de l'Innovation, Ostéopathie et grossesse, Ostéopathie et 110 handicaps,
Ostéopathie et Émotions, Ostéopathie et Neurosciences, Ostéopathie et Prévention,
La prise en charge de la douleur chronique

Associations et réseaux membres :
École Supérieure d'Ostéopathie
Formations complémentaires supérieures
118 bis rue de Javel 75015 Paris
01 47 00 00 00 - 01 47 00 00 00
TMG Concept sur Reims



OSTÉOPATHIE PÉDIATRIQUE

une spécialisation de haut niveau

Développer et adapter
votre prise en charge grâce à une
méthodologie d'enseignement axée
sur l'analyse de pratique
et la mise en situation clinique.

OSTÉOPATHIE AQUATIQUE

plus que de l'ostéopathie dans l'eau

Un confort de prise en charge
rassurant pour le patient qui permet
un traitement ultra-doux en 3D
selon des techniques inédites.

Début des formations

OCTOBRE 2016

Prise en charge maximum FIF-PL

www.eso-suposteo.fr

Vous souhaitez
annoncer
vos formations ?
Réservez
votre emplacement

L'OSTÉOPATHE

MAGAZINE

infos : pub@osteomag.fr



**ORGANISME DE FORMATION
EN THÉRAPIE MANUELLE
ET GESTUELLE**

CYCLE SPÉCIFIQUE POUR OSTÉOPATHES

**TECHNIQUES FASCIALES
ET MYOFASCIALES**



3 stages de 3 jours

À CLERMONT-FERRAND

AVEC CHRISTIAN COURRAUD

Inscriptions et renseignements :

tmgconcept.fr ou 07 50 44 56 69 ou
info.tmgconcept@gmail.com

LA FASCIAPRAXIE®

**cycle de formation
post graduée**

en ostéopathie tissulaire

nouveau
cycle
à Reims

14 ET 15
OCTOBRE 2016
18 ET 19
NOVEMBRE 2016
16 ET 17
DÉCEMBRE 2016
13 ET 14
JANVIER 2017

Retrouvez des vidéos, des informations
sur les différentes techniques,
les programmes, inscriptions...

www.fasciapraxie.com

Renseignements
laval.yves@orange.fr





24^{ES} JOURNÉES DE POSTUROLOGIE CLINIQUE

DOULEURS CHRONIQUES, NEUROPATHIQUES & POSTUROLOGIQUES

comprendre & prendre en charge

L'Association Posturologie Internationale (API) organisait les 28 et 29 janvier 2017 à la Faculté de Médecine René Descartes (Paris V) ses 24^{es} Journées de Posturologie Clinique. Le thème : *Douleurs chroniques, neuropathiques et posturologiques*.

Un reportage réalisé par Reza Redjem-Chibane et Laurent Marc, ostéopathe DO

Ces journées de posturologie clinique ont été l'occasion de naviguer entre les communications de chercheurs universitaires et celles de cliniciens. De la meilleure compréhension neurophysiologique des phénomènes de la douleur à leur prise en charge, la complémentarité des intervenants a permis à la fois de présenter différentes stratégies thérapeutiques, mais également d'ouvrir de nombreuses pistes de réflexion.

Au cours de ces deux journées de conférences, nous avons assisté à près de 30 conférences réparties en 8 thèmes :

1. Peau, épiderme et douleur
2. Somesthésie, douleur et thérapie manuelle ostéopathe
3. Nerfs et douleurs lombo-pelviennes
4. Neurostimulations instrumentales et modulation de la douleur
5. Douleurs, émotions et sensibilisation centrale
6. Espace temporel et régulation posturale
7. Biomécanique et douleurs

8. De la Perception podale à la perception visuelle

L'ensemble de ces conférences a montré l'importance de la communication entre le praticien et son patient dans la prise en charge des douleurs chroniques. Elles ont également montré que l'expérience fait varier les déterminants de la prise en compte de la douleur chez le praticien. Elles nous ont permis aussi de montrer qu'il existe des tests permettant de mettre en évidence l'efficacité de la régulation posturale et d'objectiver la cause d'éventuels troubles (SEBT, Quotient plantaire, Score d'épreuve posturo-dynamique). Elles nous ont apporté une meilleure compréhension des mécanismes d'action des éléments utilisés dans les semelles des podologues-posturologues. Enfin, il est à souligner qu'un certain nombre de points devraient inspirer les ostéopathes chercheurs, tel que la mise en évidence de sous-groupes au sein des échantillons qui permet d'améliorer sensiblement les résultats des études et de

mieux comprendre les différentes réactions chez les patients.

Les prochaines journées internationales de posturologie clinique auront lieu les 26, 27 et 28 janvier à Madrid (où, nous l'a assuré Alvaro Bejarano, il fera meilleur qu'à Paris). Elles porteront sur le contrôle moteur et les entrées posturales. Rendez-vous est pris !

Pour aller plus loin

- Collectif, sous la direction Bernard Weber et Philippe Villeneuve, *Posturologie clinique, Comprendre, évaluer, soulager les douleurs*, 1ère édition, 2012, Elsevier Masson, 216 pages.
- Serge Marchand, *Le phénomène de la douleur, comprendre pour mieux soigner*, 2nde édition, 2009, Elsevier Masson, 408 pages.
- Thomas Myers, *Anatomy Trains, Myofascial meridians for manual and movement therapists*, second edition, 2009, Churchill Livingstone, 296 pages.

COMPRENDRE & ÉVALUER LA DOULEUR

DOULEURS INFLAMMATOIRES ou douleurs neuropathiques ?



© outemag.fr

Entre douleurs inflammatoires et douleurs neuropathiques, comment déterminer l'origine d'une douleur ? Et si la réponse n'était pas aussi tranchée...

Par Didier Bouhassira, neurologue et directeur de l'unité INSERM 987 Physiopathologie et pharmacologie clinique de la douleur à l'hôpital Ambroise-Paré à Boulogne-Billancourt

Didier Bouhassira répartit les douleurs en deux grandes familles. D'une part les douleurs nociceptives ou inflammatoires. Elles sont liées à une lésion somatique (muscle, articulation, peau, viscère). Par exemple : l'arthrose, les maladies inflammatoires, les brûlures. D'autre part les douleurs neuropathiques liées à une lésion primaire ou une dysfonction du système nerveux périphérique ou central. Par exemple : diabète, zona, AVC, sclérose en plaque, etc. Pour traiter ces douleurs, l'OMS propose une réponse graduée sous forme de palier selon l'intensité de la douleur. Mais, « l'intensité n'est pas un moyen d'évaluation thérapeutique. On évalue les mécanismes et c'est en fonction des mécanismes qu'on applique le traitement adapté » précise Didier Bouhassira pour qui ce système de palier ne s'adresse pas aux douleurs neuropathiques. La définition d'une douleur neuropathique est la suivante : douleur liée à une lésion ou une maladie affectant le système somato-sensoriel. Une définition large qui couvre beaucoup d'étiologies, même si les lésions concernant les nerfs périphériques sont une cause majeure des douleurs neuropathiques

(80 à 85 %). Les douleurs neuropathiques d'origine centrale sont plus minoritaires.

Les douleurs fantômes : un cas extrême

Les causes de ces douleurs neuropathiques sont très variées : zona, neuropathie diabétique, traumatisme nerveux, chirurgie, radiculopathie, etc. Didier Bouhassira cite également les douleurs fantômes, un cas extrême où apparaît une interaction entre des modifications des systèmes périphérique et central.

Cependant explique ce dernier, « dans la plupart des cas, les douleurs sont mixtes, d'origine neuropathique et nociceptives. Lombosciatiques, cancers, multinévrites, etc. en sont les exemples ».

La classification est donc plus complexe, car les douleurs mixtes sont les plus fréquentes. Avec parfois la mise en évidence d'une lésion. D'autre fois, les douleurs sont dysfonctionnelles voire, séquellaires c'est-à-dire qu'elles s'expriment longtemps après la lésion (la douleur aura évolué à son propre compte indépendamment de la lésion initiale). Il n'y a pas de lésion

évidente, mais il existe une altération des systèmes de modulation de la douleur (fibromyalgies, intestin irritable, céphalées). L'étude Stopnet a étudié l'épidémiologie des douleurs neuropathiques. Alors que la prévalence de la douleur chronique est de 32 %, celle de la douleur chronique neuropathique est de 7 %. Les douleurs neuropathiques sont plus fréquentes :

- chez la femme
- entre 50 et 64 ans
- en milieu rural
- chez le travailleur manuel
- elles touchent le dos + membres inférieurs /le cou + membres supérieurs

Leur prévalence selon le sexe est de 35 % pour les femmes et 28,2 % pour les hommes et selon l'âge sa prévalence est de 21 % pour les moins de 25 ans et plus de 50 % pour les plus de 75 ans. De plus, les douleurs neuropathiques ont un impact particulier supérieur sur la qualité de vie par rapport aux douleurs non neuropathiques. Elles entraînent davantage d'anxiété et de dépression et de troubles sur le sommeil (Attal et al, Pain, 2011).

Comment déterminer l'origine d'une douleur ?

Sans marqueur biologique de la douleur, l'examen clinique est l'outil majeur du diagnostic. C'est là que réside toute l'expertise d'un médecin de la douleur. Avant d'engager un examen clinique sensoriel, l'interrogatoire doit permettre de recueillir la description de la douleur par le patient. C'est très important, car si le langage de la douleur neuropathique est connu, il n'a pas été validé dans le diagnostic. Des termes sont fréquemment utilisés : décharge électrique, fourmillement, brûlure, picotement, sensation de froid, démangeaisons, engourdissement, etc. Mais des questionnaires très simples valident l'importance du langage

et de l'écoute du patient. Par exemple le questionnaire DN4 (Bouhassira et al., Pain, 2005). Traduit dans 40 langues, il traduit l'idée d'une expression universelle de la douleur, d'un pays à un autre, d'une culture à une autre, d'une histoire personnelle à une autre. Les tests cliniques ensuite permettront de déterminer les stimuli qui génèrent la douleur. Il est important de revenir aux symptômes qui sont multiples.

Prendre en compte l'hétérogénéité des symptômes des patients

Ensuite, un traitement est proposé. Médicamenteux : antidépresseurs et antiépileptiques. Ou local : lidocaïne,

capsaïcine et toxine botulique. L'usage de ces thérapies s'appuie sur des recommandations thérapeutiques. Les résultats de cette stratégie thérapeutique ne sont pas toujours satisfaisants, car on ne prend pas en compte l'hétérogénéité des symptômes des patients. Pour évaluer la spécificité de chaque patient, il est parfois nécessaire d'aller au-delà des échelles EVA pour mesurer les douleurs neuropathiques. Des outils spécifiques ont donc été mis en places comme l'auto-évaluation sur l'échelle NPSI (Neuropathic Pain Syndrom Inventory). À n'en pas douter, la meilleure compréhension du lien entre symptômes et mécanismes physiologiques d'installation de la douleur permettra d'améliorer leur prise en charge.

ÉVALUER LA DOULEUR D'AUTRUI QUELLE CONTRIBUTION DES COMPOURTEMENTS NON VERBAUX ?

Anne Courbalay s'intéresse à l'évaluation de la douleur d'autrui par les comportements non verbaux. Elle nous expose le fruit de ses travaux de thèse sur les chiropraticiens*.

*Par Anne Courbalay,
chercheuse à l'Université Paris Sud*

À partir d'une simulation en réalité virtuelle représentant un patient se penchant en avant de manière physiologique ou non et grimaçant plus ou moins de douleur, elle demande au praticien d'évaluer la douleur. Cette simulation est conçue à partir des données disponibles sur ce test et sur les muscles impliqués dans l'expression de la douleur sur le visage.

Les praticiens sont divisés en 3

groupes : expérimentés (avec plus de 16 ans d'expérience), novices (étudiants en dernières années) et non chiropraticiens. Il en ressort plusieurs choses. D'abord que la majorité des chiropraticiens prennent davantage en compte le mouvement de flexion de tronc que les signes non verbaux de douleur. Ensuite, plus le praticien est expérimenté, plus il évalue la douleur importante même en l'absence de signes non verbaux. Ces résultats ont été obtenus par le biais de la théorie de l'intégration des informations en psychologie. C'est une véritable avancée dans le sens où cela permet de mettre en évidence concrètement les mécanismes de prise de décision des praticiens et de les mesurer.

Ce type de travaux pourrait permettre



de mieux comprendre le raisonnement clinique, améliorer le diagnostic, mais aussi mieux transmettre le raisonnement clinique aux étudiants.

** Vous pourrez trouver plus d'informations dans la publication de cette expérience disponible en open access : Courbalay A, Facial expression overrides lumbopelvic kinematics for clinical judgements regarding low back intensity, Pain Res Mang, 2016, article ID 7134825, 9 pages.*



DE LA CARESSE À LA DOULEUR, L'ÉPIDERME UN TRANSDUCTEUR DE CHOIX

La perception mécanosensorielle de la peau repose dans l'épiderme sur deux ensembles cellulaires : les complexes de Merkel et les kératynocytes. Comment permettent-ils de passer de la sensation de caresse à la douleur ?

Par Beranrd Calvino professeur honoraire de physiologie

La mécanotransduction caractérise la conversion de stimulations mécaniques en signaux électriques : caresses, pressions intenses, mais aussi vibrations sonores dans l'audition. Elle repose sur l'existence de canaux ioniques activés directement par des forces mécaniques au sein de la membrane des cellules sensorielles mécanosensibles. La perception mécanosensorielle de la peau et la sensation du toucher (caresse, formes, textures, vibration, douleur, etc.) reposent dans l'épiderme sur deux ensembles cellulaires : les complexes de Merkel et les kératynocytes (bien que ces derniers ne soient pas des cellules nerveuses excitables). Dans le derme, d'autres mécanorécepteurs, plus nombreux et différenciés, interviennent pour traduire une déformation mécanique en signal biologique.

Le rôle de Piezo 2

Chez la souris, deux canaux ioniques, Piezo 1 et Piezo 2, sont exprimés dans la membrane de nombreux tissus mécanosensibles tels que le rein, les poumons, la vessie, le colon, la peau. Piezo 2 est impliqué à la fois dans la douleur, le toucher et la proprioception. La peau est un tissu stratifié complexe formant une barrière physique protectrice entre l'organisme et l'environnement. C'est une structure active jouant un rôle fondamental dans l'homéostasie corporelle, en particulier du fait de ses fonctions sensorielles et immunitaires. C'est le plus grand organe

sensoriel de l'organisme constitué par les mécanorécepteurs, thermorécepteurs et les chémorécepteurs, associés aux terminaisons des fibres sensorielles.

Les complexes de Merkel sont constitués de kératinocytes associés à des cellules de Merkel, elles-mêmes en liaison avec les terminaisons des fibres nerveuses sensorielles A-Beta. Une stimulation mécanique de la peau déforme les cellules du complexe et déclenche la genèse d'un message nerveux (bouffée de potentiels d'action suivie d'une réponse d'adaptation lente à fréquence plus faible) dans la fibre A-Beta. Ces courants mécanosensibles, qui codent une information sur la forme et la texture des objets, résultent de l'activité d'un canal ionique cationique exciteur Piezo 2 exprimé dans les cellules de Merkel et dans les terminaisons des fibres A-Beta.

Les kératynocytes : véritables capteurs sensoriels

Les kératynocytes constituent de véritables capteurs sensoriels capables de répondre à des stimulations physiques et chimiques issues de leur environnement cutané et d'y répondre en émettant des signaux chimiques en direction des terminaisons nerveuses sensorielles A-delta et C adjacentes.

Les kératynocytes jouent un rôle important dans le développement de la douleur cutanée. En particulier dans la douleur inflammatoire qui est la conséquence de

l'évolution de la lésion, en grande partie dépendant du NGF (Nerve Groth Factor, facteur de croissance nerveuse) qu'ils sécrètent en quantité dans les espaces extracellulaires. Cette neurotrophine stimule les terminaisons nerveuses sensorielles libres C en se liant à son récepteur TrkA qu'elles expriment, ce qui déclenche une cascade de phosphorylations intracellulaires à l'origine de la sensibilisation périphérique.

Le premier front sensoriel de la peau

En conclusion, la mécanotransduction, qui caractérise la conversion de stimulations mécaniques en signaux électriques, permet de passer de la caresse à la douleur. Les kératynocytes sont au centre de cette mécanotransduction et ne sont donc pas que les éléments constitutifs d'une barrière passive de protection de l'organisme. Ce sont de véritables capteurs sensoriels capables de répondre à des stimulations physiques (étirement mécanique, température) et chimiques (ATP, capsaïcine, anandamide, enothéline, etc.) issues de leur environnement. Ils constituent « premier front sensoriel » de la peau en émettant des signaux chimiques en direction des fibres sensorielles libres A-delta et C innervant l'épiderme via leur récepteur. À ce titre, les kératynocytes contribuent donc à la genèse de la mécanotransduction, depuis la caresse jusqu'à l'information douloureuse.

DE L'ÉTIOLOGIE AU DIAGNOSTIC DE LA DOULEUR

RELATION ENTRE DOULEUR, COMPORTEMENT DU TUBE DIGESTIF & CONTRÔLE DE LA POSTURE QUELLES HYPOTHÈSES ?

Le contrôle postural s'effectue à partir des afférences visuelles, vestibulaires, somesthésiques comme la proprioception provenant des récepteurs des tissus articulaires ou encore l'entéroception cutanée. Mais une afférence est souvent oubliée. Laquelle ?

Par Arnaud Crépin, ostéopathe et responsable de la formation à Ostéobio,

Malgré l'existence de quelques études, une afférence est souvent oubliée : l'entéroception. Ces études et les nombreux récepteurs mécaniques, pourtant situés au niveau des organes viscéraux comme le tube digestif et ses moyens de liaison au caisson thoraco-abdominal, laissent penser que la posture est également influencée par ces organes et leur comportement. Mais l'information provenant des mécanorécepteurs comme les nocicepteurs viscéraux n'est peut-être pas le seul lien existant entre postures et viscères. En se basant sur un modèle biomécanique, Arnaud Crépin met en avant l'importante fréquence de liens du tractus gastro-intestinal vers les douleurs référées et la posture. Un examen clinique de cette zone est nécessaire en cas de douleur de localisation potentiellement référée et de posture ne révélant pas d'étiologie nociceptive rachidienne probable.

Un profilage digestif et musculo-squelettique

Il propose un examen clinique visant à mettre en place :

- un profilage digestif basé sur une étude fonctionnelle (habitudes alimentaires, transit) et des troubles (caractérisation de la douleur et du comportement moteur)
 - un profilage musculo-squelettique : étude fonctionnelle et des troubles et caractérisation de la douleur et des contractures
- Ainsi qu'un examen clinique :
- profil musculo-squelettique : analyse du comportement des tissus, géométrie, action mécanique
 - entrées posturales à corrélérer : collaboration avec les posturologues
 - profilage digestif avec des critères de palpation digestifs : différenciation des douleurs nociceptives localisées et des douleurs cutanées ou diffuses projetées ou référées



© osteomag.fr

À l'heure où les implications dans toute notre physiologie de la sphère intestinale sont plus que jamais révélées par les neurosciences, le profilage digestif des patients est incontournable.

DOULEURS LIÉES AUX DYSFONCTIONS DISCALES & L'APPORT DE LA POSTUROTHÉRAPIE NEUROSENSORIELLE

L'embryogenèse décrit le développement d'une vertèbre à partir de deux somites adjacents et celui de l'annulus du disque intervertébral à partir d'un somite. Alors que le nucléus pulposus provient de la chorde. Comment utiliser ces données en thérapie ?

Par Philippe Villeneuve, podologue, posturologue, ostéopathe et président de l'API.

Cette embryogenèse permet de comprendre qu'il est plus fonctionnel d'aborder la pathologie vertébrale à travers le concept de segment mobile de Junghanns (1956), segment composé de deux vertèbres adjacentes et de ce qui les unit (muscles, ligaments, disque, etc.). Pour Wurtz (2012), une dysfonction vertébrale est surtout une dysfonction intersomitique. Kuslich et al (1991), entre autres, ont mis en évidence que la majorité des algies lombaires proviennent de la stimulation des racines nerveuses, déjà comprimées, étirées ou enflammées et de l'annulus. En effet, Bogduk et al (1981) ont identifié plusieurs types de terminaisons nerveuses dans le disque intervertébral. Ce dernier étant innervé notamment par le nerf sinu-vertébral (Shanka et al 2009) décrit par Von Luschka en 1850.

Influence de la posture sur les discopathies

Roussouly et al (2005) ont observé une relation entre une posture présentant une délordose lombaire et la pathologie discale dégénérative. Les modifications de posture,

telle qu'une flexion antérieure objectivée in vivo, modifient de façon importante les pressions intradiscales (Nachemson 1981). En 2005, Tsantrizos et al ont étudié in vitro le déplacement du nucléus pulposus en fonction d'inclinaisons vertébrales antéro-postérieures et latéro-latérales. Ces dernières entraînent le déplacement le plus important que le disque soit sain ou pathologique.

Pour comprendre les douleurs discogéniques, il faut sortir du modèle médical classique de la seule pathologie organique pour s'orienter vers des algies fonctionnelles (Bouhassira et Attal 2007). En effet, il n'existe pas de corrélation entre l'imagerie médicale et les rachialgies. Jensen et al (1994) ont trouvé des anomalies discales (RMN) chez plus de 50 % de sujets sains de moins de 60 ans. Par ailleurs, les dysfonctions neurales sont largement sous diagnostiquées par exemple dans les complications des prothèses totales de hanche : on en dénombre classiquement 0 à 3 % au niveau du nerf sciatique (Boisgard et al 2010). Alors que des électromyographes en trouvent dans 20 à 70 % des interventions

(Weber et al 1976, Weale et al 1996). L'évaluation clinique orthopédique seule sous-estime la présence d'une dysfonction nerveuse.

Évaluation de la cinétique lombaire

Outre les algies classiques : lombaires, fessières et des membres inférieurs, les dysfonctionnements peuvent générer des douleurs viscérales (Tang et al 2013), ce qui est cohérent avec l'innervation neurovégétative du disque (Edgar 2007).

L'interrogatoire permettra de suspecter les douleurs liées aux disques. Celles-ci se localisent préférentiellement postérieurement et centralement au niveau lombaire (Depalma et al 2011). L'évaluation de la cinétique lombaire par l'épreuve posturodynamique (Villeneuve Ph. 1995) lors de dysfonctions discales montre une cinétique vertébrale inversée lors de la latéroflexion (Villeneuve Ph 2017). L'analyse palpatoire vertébrale permettra de confirmer la dysfonction discale dans laquelle il est retrouvé une hypertonie bilatérale des muscles spinaux au



DOULEURS PELVI-PÉRINÉALES QUELLES ORIGINES ?

Les douleurs pelvi-périnéales sont d'origines multiples. Et les atteintes viscérales sont du ressort des spécialistes d'organe. Cependant, lorsqu'il n'existe pas d'infection, de cancer, de maladie inflammatoire, des douleurs peuvent tout de même exister. D'où viennent-elles ?

Par Amélie Levesque, algologue à Nantes

Des patients présentent parfois des tableaux très riches en symptômes, diffus et rebelles aux traitements pour lesquels la notion de sensibilisation nociceptive est une clef de compréhension. Les responsables sont alors à chercher parmi les nerfs et les muscles essentiellement. Il peut s'agir du nerf pudendal, qui innerve la périnée uniquement, ou le clunéal inférieur, collatéral du cutané postérieur de la cuisse. En ce qui concerne le pelvis et l'abdomen, sont concernés les nerfs ilio-inguinaux et ilio-hypogastriques. Les muscles piriformes, obturateurs interne et releveur de l'anus



© osteomag.fr

niveau de deux vertèbres adjacentes ce que l'embryogenèse et l'innervation permettent de comprendre.

Protocole de traitement

Au début du XIXe siècle, les premiers physiothérapeutes (Georgii, 1847), puis les médecins (Nocht 1882, Marshall 1883) et les ostéopathes

(Barber 1898) pratiquaient lors de douleurs neurales des traitements physiques soit manuels soit instrumentaux des névralgies. Il est aujourd'hui connu que les nerfs sont capables d'induire certains types de douleurs, lors de stimulation mécanique épi-périneurale (Bove 2008). Leurs stimulations manuelles pourraient moduler leurs réponses, comme cela a été montré par Noël Méi (1977) avec les mécanorécepteurs.

Un schéma thérapeutique fréquemment retrouvé lors de la dysfonction discal est constitué dans un premier temps de stimulations manuelles (saturation) des nerfs liés au disque, puis du nerf subcostal, innervant le muscle carré des lombes, fréquemment retrouvé lors de lumbago. L'expérience clinique nous montre qu'envisager l'aspect fonctionnel de certaines douleurs discogènes permet d'utiliser des traitements par neurostimulations manuelles.

RELATIONS ENTRE NEUROSTIMULATIONS ÉPIDERMIQUES & DOULEURS

En commençant par expliquer l'embryogenèse cutanée, Philippe Villeneuve évoque le rôle privilégié de l'épiderme avant de se pencher sur le rôle des cellules épidermiques. Pourquoi cet intérêt pour ce tissu ?

Par Philippe Villeneuve, podologue, posturologue et ostéopathe et président de l'API

Car les posturologues sont conscients que la peau est vraisemblablement l'interface principale de leurs neurostimulations instrumentales (semelles de posture, Alphs, tape, etc.) et manuelles avec le système nerveux central (SNC). Le SNC et l'épiderme partagent une origine ectodermique commune et la neurulation nous montre que la plaque neurale (futur SNC) se développe à partir d'un épaississement de l'ectoblaste. L'épiderme est vraisemblablement l'acteur principal de ce que Laurent Misery, chercheur au sein du département de dermatologie U346 de l'INSERM à Lyon, appelle en 1996 le système neuro-immuno-cutané (SNIC) qui a évolué en système neuro-endocrino-immuno-cutané (SNEIC).

Les cellules qui constituent cet épiderme ont de nombreux rôles. Les cellules de Merkel localisées dans l'épiderme des mains et des pieds (faces palmaires et plantaires) ont des fonctions neuro-sécrétoires et sensitives qui leur donneraient un rôle clef dans le système SNEIC (Van Keymeulen et al. 2009). Alors que les kératinocytes jouent un rôle clef dans la douleur (voir conférence de Bernard Calvino ci-avant). Sans oublier les follicules pileux qui sont des organes mécanosensoriels (Li & Coll 2011)

L'importante représentation cutanée au niveau central

Il est également important de souligner l'importance de la représentation cutanée

au niveau central : 70 % des neurones de la corne postérieure de la moelle sont extéroceptives (Delmas 1981) et prendre en compte que les relations entre peau et cerveau sont bidirectionnelles (Brazzini et coll 2003).

André-Thomas décrivit en 1921 le réflexe pilomoteur en observant que si ce dernier était déclenché par une émotion « il était généralisé et bilatéral ». Plus tard, Valbo et Hagbarth (1968) ont objectivé par une analyse électrodermale le lien entre peau et stress émotionnel. Autant d'éléments qui font de la peau un enjeu majeur pour les posturologues.

peuvent également générer des douleurs du périnée via des contractures ou des syndromes myofasciaux.

Comment poser un diagnostic ?

Les diagnostics doivent reposer sur des critères stricts. Ce ne sont pas des diagnostics par défaut. La douleur pelvi-périnéale peut être d'origine névralgique dans le territoire sacré ou thoraco-lombaire. Elle peut s'accompagner d'un contexte d'hypersensibilité musculaire avec des points gâchettes : les douleurs myofasciales.

Les névralgies périnéales d'abord. Elles ont 4 origines possibles :

- ❶ dans le territoire pudendal
- ❷ au niveau du nerf cutané postérieur de la cuisse et le clunéal inférieur
- ❸ au niveau du nerf de Trolard
- ❹ au niveau de l'innervation thoraco-lombaire et rachidienne

Les douleurs myofasciales ensuite. Elles s'identifient par des points gâchettes à la palpation, une tension musculaire, des douleurs diffuses et une physiopathologie obscure. Mais ces signes cliniques sont-ils une cause ou une conséquence ?



© osteomag.fr

INFLUENCE DES CICATRICES SUR LES MODIFICATIONS POSTURALES

De nombreuses dysfonctions peuvent avoir pour origine une cicatrice. Comment s'installent ces dysfonctions d'un point de vue neurophysiologique et quelles sont les propositions thérapeutiques actuelles ?

Par Alvaro Bejarano, médecin du sport, posturologue, thérapeute manuel et professeur d'anatomie

Alvaro Bejarano a commencé son exposé par une bibliographie qui révèle l'intérêt des médecins depuis le début du XX^e siècle pour les effets des anesthésies locales au niveau neural. Il s'interroge ensuite : « pourquoi une cicatrice est-elle un problème ? » Pour y répondre, il dresse le tableau des dysfonctionnements pouvant être la conséquence d'une cicatrice :

- Changement du potentiel de la membrane cellulaire : dans une cicatrice, le différentiel de potentiel électrique est diminué. Les tissus sont hypersensibles et excitables et en dysfonction tissulaires.
- Apparition d'interférence métamérique : il faut s'intéresser à l'ensemble peau, muscle, os, vaisseaux, viscères.
- Fibrose : elle peut être un problème même si beaucoup de cicatrices n'ont pas de fibroses.
- Pincement d'un nerf ? Comme pour les fibroses, les médecins associent les douleurs cicatricielles au pincement de nerf. C'est n'est pas toujours le cas et c'est plus en lien avec une dysfonction neurovégétative et des variations de tenségrité.
- Variation des conditions de tenségrité de la matrice locale s'accompagnant d'une altération neuro-vasculaire locale.

La cicatrice : un court-circuit neurophysiologique

Du point de vue neurophysiologique, le potentiel de membrane de la cicatrice agit comme un court circuit. Le but thérapeutique sera de ramener le potentiel de membrane altéré à la normalité. L'application par exemple d'un anesthésiant dans la zone cicatricielle provoquera une facilitation de l'entrée afférente dans la médulla. La boucle proprioceptive est améliorée et permettra la régulation locale et segmentaire du système nerveux végétatif et neuro-vasculaire.

Il existe un lien entre la localisation de la cicatrice et la symptomatologie clinique :

- ➔ La thyroïdectomie est source de douleurs cervicales,
 - ➔ L'amygdalectomie est source de cervicales et céphalées,
 - ➔ La mammoplastie est source de douleurs d'épaules lorsque la cicatrice est située au niveau de l'aréole,
 - ➔ L'appendicectomie entraîne une dissymétrie de la rotation pelvienne,
 - ➔ La césarienne est source de lombalgies,
 - ➔ Et l'arthroscopie du genou modifie la rotation pelvienne et pourra être source de déficit musculaire dans le quadriceps.
- C'est pourquoi l'exploration clinique d'une cicatrice devra s'intéresser aux :
- Douleurs dans l'aîne,
 - Douleurs métamériques,
 - Douleurs dans la cicatrice,
 - Dysesthésie dans la cicatrice,
 - Rétractions,
 - Refus du patient à se laisser toucher la cicatrice.

Quelles informations apportent le pincé roulé ?

Le pincé roulé sur l'axe majeur de la cicatrice peut être douloureux pour certains patients et l'exploration manuelle donne beaucoup d'information sur le manque de mouvement.

Différents traitements sont proposés en présence de douleur liée à une cicatrice. Au niveau local, l'injection d'un anesthésique comme la procaine à 1 ou 2 % aura un effet stabilisateur de la membrane cellulaire intéressant. Cette infiltration pourra être superficielle (dans l'épiderme) ou profonde (derme et muscle). Les aiguilles (needle effect) dans le cas d'une inflammation locale stimuleront un réflexe segmentaire pouvant réguler le réflexe du système sympathique

surrénal. Il y aura stimulation d'adénosine, neuromodulateur anti-nociceptif

À l'issue de ces traitements, est-ce que les douleurs auront disparu ? La diminution pourra être partielle ou totale. Cela signifie que la cicatrice fait partie du problème. Si aucune modification n'est constatée, le problème n'est donc pas la cicatrice

Toujours poser la main sur une cicatrice

Du point de vue postural, que peut-on attendre d'un traitement sur une cicatrice ?

On peut espérer :

- une amélioration de l'information proprioceptive métamérique,
- une modification du tonus postural à travers la régulation métamérique,
- des changements dans l'évaluation posturale,
- des modifications stabilométriques,
- et une restauration du contrôle végétatif.

Après avoir fait l'exposé des nombreuses influences des cicatrices sur la physiologie et les axes de traitement possible, la conclusion d'Alvaro Bejarano s'adresse aux thérapeutes manuels : « toujours poser la main sur une cicatrice ! »





© API



© API

THÉRAPEUTIQUES & TECHNOLOGIES



TRAITEMENT DES CÉPHALÉES PAR NEUROSTIMULATION INVASIVE ET NON INVASIVE APERÇU DES TECHNIQUES

La neuromodulation ou neurostimulation fait actuellement partie des domaines de la médecine en plein essor, incluant de nombreuses spécialités (neurologie, physiothérapie, neurochirurgie, psychiatrie, etc.). Quels sont ses champs d'application ?

Par Delphine Magis, neurologue à Liège (Belgique)

Les avancées scientifiques et technologiques des dernières décennies ont permis de développer des systèmes de neuromodulation de plus en plus performants. En bref, le concept de la neuromodulation est « d'agir sur l'interface par la technologie » par des processus d'inhibition, d'excitation, de régulation de l'activité du système nerveux, utilisant des procédés électriques ou même chimiques, dans un but thérapeutique (en remplacement ou en complément des médicaments). Les champs d'application de la neuromodulation concernent une multitude de pathologies. Les céphalées (migraines, AVF, etc.) sont les troubles neurologiques les plus répandus. Parmi les céphalées dites primaires, la migraine est la plus prévalente (15 %). Elle est considérée comme une des maladies les plus invalidantes par l'OMS. La neuromodulation constitue une alternative thérapeutique de choix dans les céphalées au regard des effets secondaires fréquents des traitements

pharmaceutiques antimigraineux, l'implication du système trigéminal et l'altération de l'excitabilité du cortex cérébral démontrée chez ces patients. On distingue la stimulation d'un nerf périphérique de celle du système nerveux central (cerveau) ; et les stimulateurs implantés chirurgicalement (neuromodulation invasive) ou agissant à travers la peau (neuromodulation non invasive).

Une efficacité similaire aux médicaments... voir augmentée

La neuromodulation invasive implique l'implantation chirurgicale de matériel de stimulation. Réservée aux cas réfractaires, elle est coûteuse et non sans risques. Elle est surtout utilisée dans l'algie vasculaire de la face (AVF) : stimulation cérébrale profonde, stimulation du nerf grand occipital, stimulation du ganglion sphéno-palatine. La neuromodulation non-invasive, qui consiste à stimuler une zone particulière du cerveau

ou un nerf à travers la peau, est accessible à un plus grand nombre de patients, car elle est peu risquée et plus économique. On peut soit traiter le patient en modulant directement une zone du cerveau à travers le crâne au moyen d'un courant électrique/magnétique (tDCS ou TMS), soit stimuler un nerf à travers la peau au moyen d'un appareil adapté (stimulation des nerfs tri-jumeaux, du nerf vague, des nerfs d'Arnold, etc.) toutes ces techniques sont utilisées la plupart du temps en prévention des céphalées, mais certaines peuvent traiter également la crise douloureuse. De plus en plus d'études cliniques sont disponibles et démontrent une efficacité similaire à de nombreux médicaments, voire même un effet supplémentaire chez les patients qui n'ont pas été soulagés par les traitements classiques. La neuromodulation, dans sa forme non-invasive du moins, devrait donc intégrer l'arsenal thérapeutique multimodal des céphalées ?

STIMULATION VIBRATOIRE TRANSCUTANÉE (SVT) EFFETS ANTALGIQUES

L'usage empirique des vibrations mécaniques pour calmer la douleur remonte certainement à l'Antiquité dès lors qu'Hippocrate recommandait l'utilisation d'un lit vibrant pour la soulager... A-t-on conservé cet héritage thérapeutique ?

Par Jean-Pierre Roll, professeur à l'Université de Provence, et directeur du Laboratoire de neurobiologie humaine (UMR 6149 – CNRS / Université de Provence).

Le fameux trémousseur utilisé par Voltaire relève du même principe. Mais ce n'est qu'à partir du XIX^e siècle que la méthode fut popularisée et que de nombreux modèles de vibrateurs mécaniques furent proposés au public. Il faudra toutefois attendre les années 80 pour voir publier des études scientifiques démontrant sans ambiguïté les propriétés antalgiques des vibrations transcutanées aussi bien sur des douleurs aiguës que chroniques d'origines diverses.

« Nous-mêmes avons dès 1983 constaté que la plupart des patients traités par vibration proprioceptive afin de recouvrer une mobilité articulaire rapportaient régulièrement une sédation durable de leurs douleurs », déclare Jean-Pierre Roll. Cette observation intercurrente nous a alors conduits à mettre en place plusieurs études dans le but de confirmer les propriétés antalgiques des SVT pour des douleurs chroniques et de comparer leur efficacité à celle des stimulations électriques transcutanées (SET)

couramment utilisées dans le traitement de la douleur. De plus, lorsque les stimulations électriques et vibratoires sont appliquées conjointement, leurs effets antalgiques sont additifs.

Enfin, la présence pendant le traitement d'une sensation de mouvement d'origine proprioceptive renforce les effets antalgiques des SVT et démontre la participation des informations sensorielles d'origine proprioceptive musculaire au processus de réduction de la douleur.



© ouestmag.fr



© API

PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR : APPROCHES VARIÉES DES STRATÉGIES THÉRAPEUTIQUES

MODULATION DE LA DOULEUR de la souffrance à l'hédonisme sensoriel

La douleur est un phénomène complexe. Elle peut être désagréable, mais parfois elle peut être associée à une sensation de mieux-être. C'est ce qu'une série d'expériences menées en psychologie ont mis en évidence.

Par Serge Marchand, professeur à l'Université de Sherbrooke au Canada

Tout est une question de contexte et la composante affective est importante (par le biais de l'insula). Cela est semblable en quelque sorte au placebo, aussi parfois appelé effet contextuel. C'est aussi ce que nous a présenté Serge Marchand, mettant en relief l'importance que revêtent les mots du praticien dans l'amélioration du patient après un traitement (c'est la thématique abordée dans la revue de littérature scien-

tifique de *L'ostéopathe magazine* #32). La suggestion et le conditionnement sont deux leviers puissants capables de mobiliser des forces internes efficaces. Certaines expériences montrent que l'effet placebo peut être bloqué pharmacologiquement par la Naloxone. À l'inverse, l'utilisation d'un vocabulaire négatif peut même annuler l'effet d'un médicament ayant pourtant un effet spécifique démontré : c'est l'effet nocebo.

Avec force d'exemples et d'anecdotes cliniques, Serge Marchand a su mettre en relief les ressorts psychologiques permettant d'améliorer les patients douloureux chroniques. Un des points essentiels devant un patient découragé par de nombreuses tentatives de traitement sans résultat est de passer avec lui un contrat avec un objectif raisonnable de diminution de la douleur.



© API

HYPNOSE ET ATTENTION COMMENT SORTIR DE LA CHRONICITÉ ?

Après un bref historique sur les trances hypnotiques à travers le monde, Jean-Marc Benhaïem aborde le fait que le patient doit savoir lâcher prise par rapport à sa douleur.

Par Jean-Marc Benhaïem, médecin au CHU Ambroise Paré à Boulogne-Billancourt

Et l'hypnose y contribue en lui faisant perdre le contact avec ses sensations. Il est aussi question de trouver le meilleur canal pour interagir avec le patient : visuel, auditif, tactile. Il s'agit de prendre contact par des moyens parfois ludiques afin

de permettre au message de passer de la meilleure manière possible. Cette adaptabilité à chaque patient est l'idée centrale de cette présentation. Il s'agit enfin de permettre au patient de s'adapter à son environnement et aux choses sur lesquelles il n'a pas prise.



© API

DOULEURS CHRONIQUES NEUROPATHIQUES & POSTUROLOGIE

Alfonso Salgado suggère que les techniques de mobilisation neurales ont un effet thérapeutique analgésique et il est possible d'observer l'implication des cellules gliales et du BDNF dans ce modèle expérimental.

Quelle est sa démonstration ?

Par Alfonso Salgado, Phd, post doctorat en neurosciences de l'Université Camilo Castelo Branco à Sao Paulo (Brésil)

Alfonso Salgado a d'abord présenté le NOI group (Neuro Orthopaedic Institute - <http://www.noigroup.com/>) dont l'objectif est de créer et mettre à disposition des documents d'information scientifiques et des cours sur le traitement de la douleur. La philosophie du NOI s'appuie sur le modèle biopsychosocial. Au terme de sa démonstration basée essentiellement sur une revue de littérature, il a voulu nous faire passer les messages suivants :

- La douleur peut persister après la guérison d'une blessure. Les médicaments

analgésiques ciblent les neurones, mais sont parfois inefficaces.

- Un autre type de cellules, les cellules gliales, surveillent l'activité des neurones et participe à leur « hypersensibilité douloureuse » ; elles pourraient entretenir la douleur.

- Les cellules gliales sont les partenaires des neurones. Elles les assistent dans leurs diverses fonctions. La douleur chronique pourrait provenir d'un dérèglement du fonctionnement de ces cellules.

En conclusion, les mobilisations articulaires :

- diminuent la douleur d'origine neuropathique (hyperalgésie mécanique et aussi au froid),
- diminuent l'activation des cellules gliales de la moelle épinière,
- et accélèrent la récupération fonctionnelle et morphologique du nerf sciatique.

Il évoque également comment le toucher doux et la caresse ont un effet sur la réduction de la douleur avant d'évoquer l'effet du microbiote sur les fonctions cérébrales et comportementales à travers le nerf vague.

© osteomag.fr



ENFANT DOULOUREUX CHRONIQUE exemple de prise en charge multidisciplinaire

Comment assurer une prise en charge pluridisciplinaire de l'enfant douloureux chronique au sein d'un centre antidouleur ? Les réponses d'une ostéopathe et d'une algologue.

Par Roselyne Lalauze Pol, ostéopathe DO, et Sophie Dugué, algologue, à l'hôpital Robert-Debré Paris (France)

Une douleur chronique chez l'enfant peut avoir des origines très diverses (croissance, traumatisme, scolioses

évolutives, post-chirurgicale, infection, anomalie génétique, trouble postural, trouble neurologique, etc.). En centre antidouleur arrivent en général des enfants présentant des douleurs chroniques dont l'origine est parfois difficile à cerner et pour lesquelles les praticiens se trouvent dans une impasse. C'est pour cette raison que l'approche pluridisciplinaire trouve son intérêt, car chacun pourra apporter son expertise et son savoir-faire sur un aspect de la douleur du patient.

La problématique de l'hyperlaxité articulaire

Roselyne Lalauze Pol et Sophie Dugué ont ensuite abordé la problématique de l'hyperlaxité articulaire, véritable source

de douleur chronique chez les enfants. Après des rappels sur cette pathologie, nos deux intervenantes ont exposé un cas clinique soulignant les résultats de la prise en charge en parallèle d'une pédiatre et d'une ostéopathe pédiatrique sur un jeune garçon souffrant de douleurs chroniques et multiples associées à une énurésie. L'amélioration est notable sur l'énurésie et les douleurs qui ont régressé en étendue et en intensité. Une rechute est intervenue, car le patient n'appliquait pas tous les conseils et thérapeutiques proposés par l'équipe soignante (cela nous renvoie à la conférence de Serge Marchand et sur la difficulté de rendre le patient actif dans son traitement).



© API

BIOMÉCANIQUE & POSTUROLOGIE

IRRUPTION DU TEMPS DANS L'ESPACE NEUROLOGIQUE

Pierre-Marie Gagey aborde alors la notion de temporalité dans l'analyse neurologique du patient. Pourquoi ?

Par Pierre-Marie Gagey, docteur en médecine ayant contribué à la mise en place des plateformes de stabilométrie

Si la neurologie est une spécialité qui a grandement contribué à comprendre le patient et sa physiologie, son habitude historique de se baser principalement sur une normalité anatomique topographique (issue des travaux de Broca et de ses collègues) lui fait perdre la notion de temporalité. C'est le fait que les signaux arrivent dans un certain ordre dans les différentes structures cérébrales qui permet une fonction optimale du système nerveux et *in fine* de l'organisme. Pour le professeur

Jean-Marie Gagey, c'est une des actions du posturologue que de s'assurer que ces signaux arrivent dans cette temporalité optimale. Une intervention courte, mais qui permet de comprendre que la normalité anatomique ne suffit pas à elle seule à garantir le bon fonctionnement du corps humain. La physiologie revêt aussi un rôle particulier. Voilà qui doit sonner agréablement aux oreilles des ostéopathes qui se remémorent le principe de l'interdépendance entre structure et fonction.



CONTRÔLE POSTURAL CHEZ LES DYSLEXIQUES

Quelle est l'influence du contrôle postural chez des enfants dyslexiques ?

Par Nathalie Goulème, chercheuse à l'hôpital Robert-Debré Paris



Les enfants dyslexiques souffrent d'un mauvais contrôle postural lors de tâches simples. Nathalie Goulème s'est donc intéressée à ce contrôle postural pendant une double tâche. Lors de son travail de recherche, elle a mis en évidence que quand les enfants souffrant de dyslexie se concentrent sur un visage pour en lire les émotions, cela s'accompagne d'une tentative d'amélioration du contrôle postural, mais limitée. La conséquence de cette tentative est un contrôle postural non efficient et une difficulté à lire les émotions.

Il y a un déficit dans l'utilisation d'informations sensorielles et il y a un défaut d'automatisation au niveau cérébelleux. Il semble cependant que cette problématique puisse être améliorée par l'entraînement.

Pour ceux qui ont manqué la conférence, sachez que la présentation avait déjà été donnée et sa vidéo est disponible en flashant ce QR-code :



CÉPHALÉES CHRONIQUES POSTUROTHÉRAPIE ET NEUROSTIMULATIONS MANUELLES

**Quel est l'intérêt des neurostimulations manuelles
et de la posturothérapie pour les céphalées chroniques ?**

Par Thierry Mulliez, ostéopathe à Tourcoing (France)

Après de nécessaires rappels sur les différences entre céphalées de tension et migraines, il est important de comprendre comment certaines douleurs au niveau du crâne sont induites par le nerf d'Arnold. Elles peuvent être testées en venant palper celui-ci à quelques centimètres latéralement à l'inion.

Le protocole décrit par Philippe Villeneuve est repris ici : tests posturaux, examens programmés et segmentaires de la région mise en évidence, et localisation par le test sensoriel de la relation nerf-territoire. Ce nerf est ensuite traité par neurostimu-

lation manuelle. Le trouble postural est la conséquence de boucles parasites longues et courtes, mais notons que les changements au niveau neuronal (plasticité) ont lieu au bout de quelques semaines.

La douleur due au nerf d'Arnold est la conséquence d'un mécanisme adaptatif de la charnière craniale-cervicale qui n'est que le dernier maillon d'une posture qui n'est pas fonctionnelle. Il s'agit de savoir replacer dans un contexte plus global cette problématique afin d'éviter qu'elle ne finisse par revenir et qu'elle ne sache être soulagée par une prise en charge trop locorégionale.



© API

STIMULATION MÉCANIQUE DOULOUREUSE DES SOLES PLANTAIRES & CONTRÔLE DE LA POSTURE BIPÉDIQUE

**Comment une stimulation douloureuse mécanique de la sole plantaire
peut-elle avoir un effet sur le contrôle de l'équilibre debout ?**

Par Antoine Pradels, podologue-posturologue et docteur en sciences de l'Université Joseph Fourier (Grenoble)

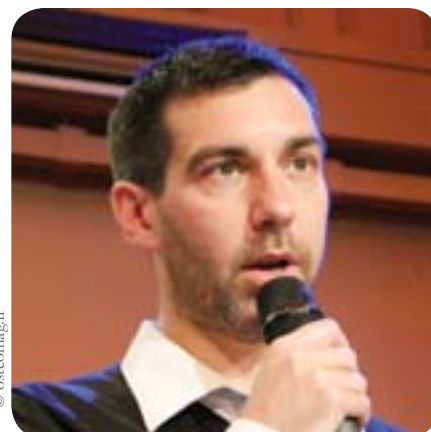
Antoine Pradels a réalisé des expériences dans différentes conditions sensorielles : manipulation de l'entrée visuelle et des informations sensorielles issues du système vestibulaire et du segment tête-cou.

Protocole : 14 sujets jeunes et sains ont été recrutés. Ils devaient se tenir debout sur une plate-forme de force, les yeux fermés, le plus immobile possible, pieds à 30°, talons écartés de 3 cm. Les déplacements de centre de pression plantaire pour évaluer les capacités de contrôle de l'équilibre debout ont été réalisés dans deux situations expérimentales différentes : douleur plantaire expérimentale vs non-douleur. Et dans trois conditions sensorielles : vision vs non-vision, vision vs cervicales en extension et non-vision vs cervicales en extension.

Résultat : une douleur plantaire expérimentale augmente les déplacements du centre de pression plantaire en condition non-vision. Cet effet délétère est accentué lorsque les informations sensorielles issues du vestibule et du segment tête-cou sont perturbées (condition non-vision et cervicales en extension). Cet effet délétère disparaît lorsque les informations visuelles sont disponibles.

Discussion : ces résultats illustrent les phénomènes de repondération sensorielle. En effet, le système nerveux central ajuste en temps réel le poids des différentes contributions sensorielles issues des entrées du système pondéral pour maintenir l'équilibre, notamment lorsqu'une ou plusieurs entrées sont perturbées. D'un point de vue clinique, ces conclusions suggèrent que la prévention ou le traitement

des podalgies permettraient de maintenir et/ou d'améliorer le contrôle de l'équilibre, particulièrement lorsque les informations sensorielles issues de la vision, de la proprioception cervicale et du vestibule sont altérées.



© ostcomig.fr

DOULEUR & POSTUROLOGIE LIENS ET PERSPECTIVES

Après des rappels sur la physiologie de la douleur et de la régulation de la posture, il faut se rendre à l'évidence du manque de publications reliant les deux phénomènes

Par Marc Sorel, Université Paris Est Créteil

Il existe bien sûr les travaux de Da Cunha qui décrivent le syndrome de déficience posturale et qui le lient à des

signes fonctionnels cardinaux comme des douleurs (céphalée, rachialgie, arthralgie, douleurs abdominales et thoraciques). Il existe de nombreux tests qui permettent de mettre en évidence les troubles de la régulation posturale et qui pourraient être intéressants d'inclure dans des études sur la douleur.

De nombreux liens peuvent être faits entre posturologie et douleur, mais il reste encore beaucoup de travail à effectuer pour mieux cerner les mécanismes communs et l'influence de l'une sur l'autre.



© API

QUELS SONT LES PARAMÈTRES DE L'INITIATION DE LA MARCHÉ modifiés par une modification des appuis plantaires ?

Pierre Olivier Morin et Marie Emmanuelle Rouchon ont étudié l'effet d'une modification des appuis plantaires sur l'initiation de la marche. Quels sont leurs résultats ?

Par Pierre-Olivier Morin et Marie-Emmanuelle Rouchon, podologues à Villebon sur Yvette (France)

Cette étude fait suite à un précédent travail sur l'initiation de la marche (disponible ici : <http://posturologues.org/posture-et-mouvement/>). Treize sujets ont été étudiés et divisés en deux groupes. Un groupe dont le centre des pressions recule et un dont le centre des pressions avance. Ils ont été testés selon deux conditions différentes : pied chaussé sans ou avec une semelle avec un élément antérieur de 3 mm (BA3). Il apparaît que pour les deux groupes, l'activité du soléaire change, mais que les deux groupes se différencient :
- Sur la vitesse du foot off, l'activité du soléaire en condition pied chaussé seul.

- Sur la vitesse du foot off, le recul du centre des pressions, et le temps d'activation du soléaire en condition avec la semelle BA3. L'utilisation de BA3 permet de catégoriser deux populations aux réactions différentes lors de l'initiation de la marche. La caractérisation de sous-groupes est un élément important afin d'avoir des groupes homogènes lors d'études futures. C'est probablement un chantier auquel les ostéopathes devraient s'atteler comme les podologues-posturologues afin d'améliorer les études tout en respectant l'individualisation du traitement.



© API

INSTABILITÉ CHRONIQUE DE CHEVILLE & CONTRÔLE POSTURAL DYNAMIQUE

Émilie Simoneau-Buessinger, collègue de Frédéric Viseux, a présenté une étude sur la fiabilité du Star Excursion Balance Test chez des personnes souffrant d'instabilité chronique de cheville.

Par Émilie Simoneau, LAMIH, Université de Valenciennes (France)

Cette étude possède l'avantage d'être menée avec des gold standard que représente le système de capture du mouvement Vicon® et d'une plateforme de force. 34 sujets ont été recrutés et répartis dans deux groupes : un groupe asymptomatique et un groupe avec une instabilité chronique de cheville. Les mesures de distance atteintes pour chaque branche de l'étoile sont prises par le système Vicon® permettant de supprimer les risques d'imprécision d'une mesure au mètre ruban prise par un expérimentateur. Il apparaît que le test permet de mettre en évidence une instabilité de cheville puisque l'erreur de pointage et la distance pointée par les patients souffrant d'instabilité de

cheville sont statistiquement différentes ($p < 0,05$) du groupe asymptomatique.

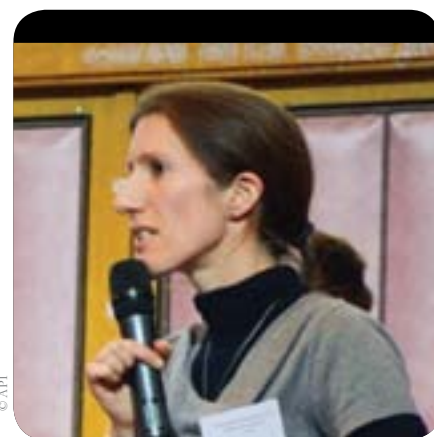
L'exécution de ce test avec un tel matériel est renommée SEBT Amélioré. L'emploi d'un tel matériel en pratique de cabinet paraît pour le moment hors de portée du fait prohibitif d'un tel matériel, mais cette étude permet de dégager deux choses très importantes. Il valide ce test d'un point de vue clinique et permet de l'envisager dans certains centres hospitaliers équipés d'un labo de biomécanique.

Cette étude a été publiée l'an passé :

- Pionner et al, A new approach of the star excursion balance test to assess dynamic postural control in people complaining

form chronic ankle instability, Gait posture, 2016, 45: 97-102.

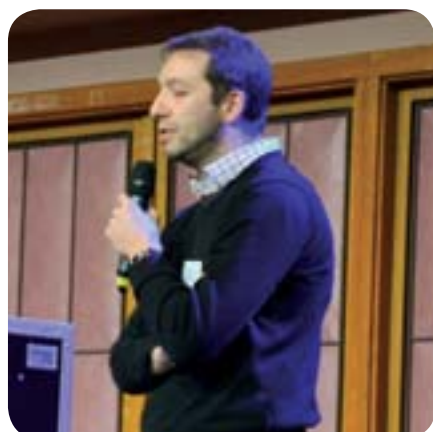
- vidéo du test : <https://www.youtube.com/watch?v=YG5Hf7jwDrQ>



INFLUENCE DE LA STIMULATION SOUS PULPAIRE DES ORTEILS SUR LA RÉGULATION POSTURALE ORTHOSTATIQUE

Frédéric Viseux, collègue d'Émilie Simoneau-Buessinger, nous présente à son tour une étude préliminaire sur l'effet de la stimulation mécanique de la pulpe des orteils sur la régulation de l'équilibre orthostatique.

Par Frédéric Viseux, LAMIH, Université de Valenciennes (France)



24 sujets sains ont été étudiés grâce à une plateforme de force dans 5 conditions : pied nu, stimulation sous pulpaire de 0,8 mm, 3 mm, 6 mm et avec une mousse. Il apparaît qu'avec une stimulation de 0,8 mm et de 3 mm, il se produit une avancée statistiquement significative de centre de pression plantaire. Avec la condition 0,8 mm la vitesse de déplacement du centre de pression plantaire diminue, là où la condition mousse l'augmente et

augmente même la surface de déplacement du centre de pression plantaire.

Il apparaît donc que la stimulation mécanique de la pulpe des orteils modifie de manière significative les paramètres stabilométriques. Cela confirme le résultat de précédentes études et met en évidence que des stimulations mécaniques de faible amplitude sur la pulpe des orteils ont une incidence importante sur le centre de pression plantaire et *in fine*, sur la régulation posturale.

INFLUENCE DES AFFÉRENCES CUTANÉES PLANTAIRES sur la perception de la Verticale Visuelle Subjective en orthostatisme

Arnaud Foisy a travaillé sur la potentielle influence des afférences cutanées plantaires sur la perception de la verticale au niveau visuel par le patient en position orthostatique.

Par Arnaud Foisy, podologue, Université Paris Descartes

4 8 sujets jeunes et sains ont été recrutés et placés à 40 ou 200 cm d'une cible visuelle dans 4 conditions de sol : sol dur, mousse, avec un élément médio interne bilatéralement sous les pieds, et avec un élément médio externe sous le pied droit uniquement. Afin d'évaluer l'efficacité plantaire, il a été choisi d'utiliser le quotient plantaire. Ce dernier est le rapport de la surface du statokinésigramme avec mousse sur la surface du statokinésigramme sans mousse multiplié par 100.

Il permet de répartir les patients en deux groupes :

- Groupe quotient plantaire supérieur à 100 (avec des afférences plantaires normalement employées par les sujets),

- Groupe quotient plantaire inférieur à 100 (avec une inefficacité des afférences plantaires).

Il en résulte que seule une diminution significative de l'erreur d'estimation gauche de la verticale en vision de près chez les sujets normaux est constatée. Les conditions avec les éléments médio internes et médio externes diminuent la surface d'oscillation du centre de pression plantaire chez les sujets normaux.

Ainsi, l'influence des afférences plantaires sur l'estimation de la verticale n'est possible que chez des sujets sains avec un quotient plantaire supérieur à 100. Chez les autres sujets, les afférences ne sont pas bien prises en compte ce qui limite donc leur influence.



MODIFICATION DE LA STATIQUE PAR ACTION PLANTAIRE SUR LES CHÂÎNES MYOFASCIALES

Ina ter Harmsel a abordé la modification de la posture par stimulation plantaire des chaînes myofasciales.

Par Ina ter Harmsel, Kinésithérapeute et Heilpraktiker (Allemagne)

Après de brefs rappels sur les chaînes musculaires, Ina ter Harmsel nous expose par le biais de cas cliniques filmés que l'apposition d'un petit élément sous le talon va permettre de redresser le patient par le biais de la chaîne dorsale superficielle (d'après Thomas Myers, anatomy trains).

Chose importante : l'apposition de cet élément doit être réalisée de manière individuelle en fonction de chaque patient pour obtenir le meilleur résultat possible. Il est à noter que ce principe de chaîne appartient à un ensemble de modèles différents selon les

auteurs (Godelieve Struyff-Denis, Leopold Busquet, Françoise Mézière). Le modèle de Myers constitue un cadre de réflexion. Cependant, ce travail ne démontre pas la réalité de ce modèle. Il est donc important de retenir que l'apposition d'un élément sous le talon produit un redressement de la posture (recul du centre de pression plantaire) probablement par une boucle de régulation qui emploie plusieurs des muscles cités dans cette chaîne, mais aussi peut-être quelques autres. Seule une étude avec EMG et plateforme de force permettrait de trancher.



NOCICEPTION PLANTAIRE INCONSCIENTE & PERFORMANCE POSTURALE

Marc Janin a présenté une série d'études sur la nociception plantaire non consciente non expérimentée et la performance posturale. Il est ressort plusieurs résultats parfois contradictoires.

Par Marc Janin, podologue à Poitiers (France)

Lors d'une précédente étude, il avait été mis en évidence l'existence d'une corrélation faible entre la diminution du score de l'épreuve posturo-dynamique sur sol dur puis mousse et le quotient plantaire. La mise en évidence de la nociception plantaire par l'épreuve posturo-dynamique n'est pas retrouvée grâce au coefficient plantaire. Tandis que dans une seconde étude c'est un lien de corrélation fort qui ressort entre un quotient plantaire inférieur à 100 et une diminution du score de l'épreuve posturo-dynamique entre sol dur et mousse.

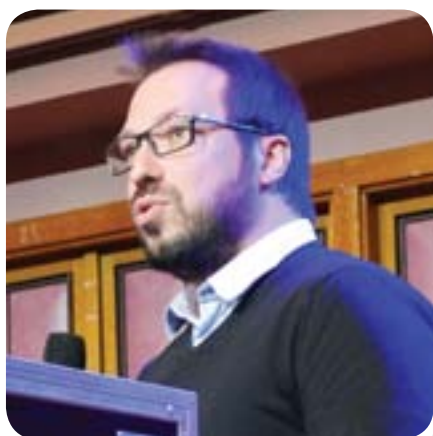
Cela voudrait dire qu'un quotient plantaire inférieur à 100 pourrait conforter la présence d'une nociception plantaire objectivée par l'épreuve posturo-dynamique. Enfin, lors d'une dernière étude, l'emploi de différentes stimulations chez un sujet présentant une nociception plantaire objectivée par score d'épreuve posturo-dynamique produit des effets différents sur la nociception plantaire, notamment les stimulations A et ERCI®. Ces résultats restent à confirmer par d'autres études pour préciser les déterminants des observations obtenues.



LA NOCICEPTION EST-ELLE NÉCESSAIRE au fonctionnement biomécanique du pied ?

Le pied est une structure complexe qui est inconsciemment simplifiée dans sa compréhension par l'emploi d'un terme unique. Le « système pied » va mettre en relation 28 os par l'intermédiaire de 33 articulations dans sa description structurelle.

Par Antoine Perrier, Podologue et PhD en biomécanique.



Il va servir à transmettre biomécaniquement à la jambe l'ensemble des informations résultantes des forces s'y appliquant. Pour que le pied soit fonctionnel, il doit pouvoir s'adapter quelle que soit la surface de contact (sol, chaussage, orthèse, terrain en pente ou accidenté, etc.) et quelle que

soit la finalité du geste (pivot, saut, freinage, course, etc.).

L'anatomie fonctionnelle nous permet de comprendre ces phénomènes adaptatifs et les structures favorisant la bonne réalisation des mécanismes locaux et globaux d'adaptation. La nociception et ses conséquences conscientes et inconscientes (douleurs) auront un impact sur la finalité du geste. Que ce soit pour se soustraire au stimulus nocif et ainsi préserver la structure anatomique en souffrance, ou pour limiter l'amplitude d'une articulation à distance de la zone lésée, les modifications du geste auront un impact sur le fonctionnement du pied.

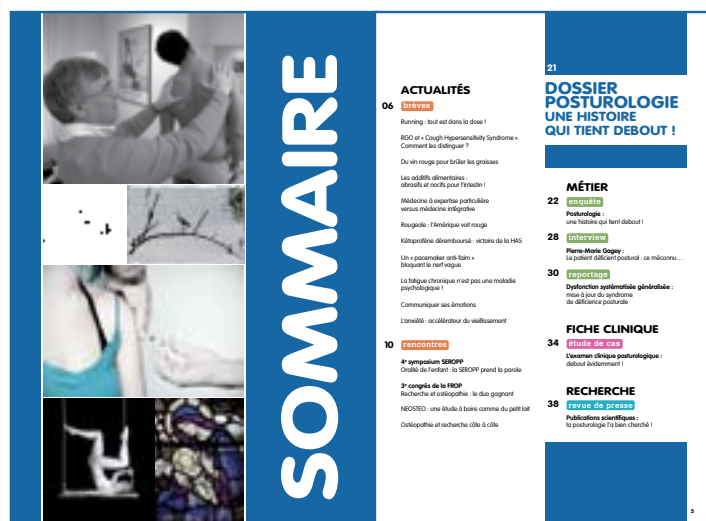
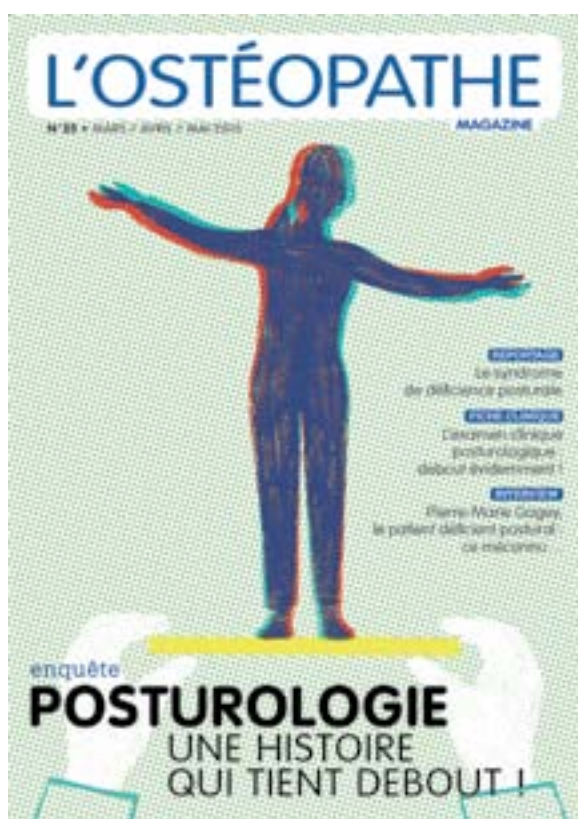
Le modèle du pied neuropathique diabétique

L'utilisation de modèles théoriques permet souvent de discriminer le poids d'un para-

mètre sur le fonctionnement d'un système. Nous utilisons, dans le cas de la nociception du pied humain, le modèle du pied neuropathique diabétique. Ce modèle permet d'observer les conséquences d'un déficit de nociception et/ou de douleur dans les gestes simples comme la marche ou la station debout. Alors que l'on cherche toujours à simplifier les explications d'un phénomène, nous allons nous poser la question du poids de la nociception dans les conséquences biomécaniques du pied sain et neuropathique. Il n'y a pas de réponse simple tant l'ensemble des composants est complexe. Cependant des pistes de réflexion sont à l'étude. Notamment la place des afférents de la triple flexion et leur influence sur la limitation automatique des contraintes plantaires.

*pour compléter ce reportage
sur le congrès de posturologie 2017,
découvrez notre Dossier Spécial*

Posturologie, une histoire qui tient debout



- ➔ *Publié dans L'ostéopathe Magazine #25*
- ➔ *Également disponible au format pdf*
- ➔ *Dans notre Boutique sur www.osteomag.fr*



NEUROSTIMULATIONS MANUELLES

PNS Villeneuve PARIS NANTES BRUXELLES MADRID

- Posturothérapie NeuroSensorielle 2 années, 12 jours/an

FORMATIONS THÉMATIQUES

- Bouche et régulation posturale 3 jours
- Lombo-sciatalgies 2 jours
- Scapulagies et névralgies cervico-brachiales 2 jours
- Algies et névralgies périnéo-pelviennes 2 jours
- Algies podales et syndromes canaux 2 x 2 jours

Thérapie manuelle

- Technique d'Inhibition par Point d'Appui TIPA 2 x 2 jours **NOUVELLE FORMATION**
Intervenant : François-Xavier Grandjean
- Thérapie Manuelle Asiatique 2 x 3 jours **NOUVELLE FORMATION**
Intervenant : Claude Roullet



PLURIDISCIPLINARITÉ POSTUROLOGIE 2 à 4 jours

- Posturologie Clinique / Posturologie et Transdisciplinarité
- Stabilométrie
- Rééducation proprioceptive et vibration tendineuse **NOUVELLE FORMATION**
Intervenant : Professeur Jean-Pierre Roll
- Taping et posturologie
- Prise en charge pluridisciplinaire de l'enfant **NOUVELLE FORMATION**
- Réflexes archaïques : Intégration Motrice Primordiale
Intervenant : Paul Landon

* Certaines actions de formation sont susceptibles d'être prises en charge en fonction du thème et du budget disponible.



FIFPL*



RÉDUCTION
Jeune
diplômé

JOURNÉE SCIENTIFIQUE - VENDREDI 2 JUIN 2017

Évolution ontogénétique de la posture et de la locomotion

Docteur Christine ASSAIANTE

Directeur de Recherche au CNRS

Laboratoire de Neurosciences Cognitives

Développement sensorimoteur typique et atypique

Construction du schéma corporel chez l'enfant et l'adolescent

CENTRE DE FORMATION CONNAISSANCE & EVOLUTION
8 avenue Montaigne 93160 NOISY LE GRAND



OSTÉOPATHIE QUÉBEC

ADMISSION DES OSTÉOPATHES ÉTRANGERS AU QUÉBEC

... quelle procédure ?

En 2015, Ostéopathie Québec a davantage encadré les demandes d'admission des ostéopathes DO n'ayant pas été formés en ostéopathie dans les écoles reconnues par l'association. Un moratoire a alors été imposé et un comité d'admission a été créé.

Quelles sont les nouvelles conditions d'admission ?

Un reportage réalisé par Reza Redjem-Chibane d'après les informations recueillies auprès d'Ostéopathie Québec

Cette même année, un comité *ad hoc* a été formé pour entamer une révision des critères d'admission à l'association et pour répertorier les écoles qui répondraient à ces critères.

Ostéopathie Québec a mandaté la société Éduconseil, une entreprise spécialisée dans la gestion des compétences, pour consolider ses pratiques d'admission à l'association Ostéopathie Québec.

L'objectif étant de mettre en place des outils d'évaluation des compétences de ces ostéopathes.

En décembre 2016, la société Éduconseil a terminé ses travaux et un comité d'admission et de compétences (CAC) a été formé. Les membres de ce comité agissent à titre

de jury lors des évaluations qualitatives de la maîtrise des compétences liées à l'exercice de la profession d'ostéopathe.

Quelles sont les compétences retenues ?

L'évaluation des compétences vise à permettre aux personnes concernées de rendre compte de la maîtrise des compétences clefs de la profession.

Que ce soit dans le contexte d'une inspection professionnelle particulière ou dans le contexte d'une demande d'admission pour un ostéopathe DO n'ayant pas acquis sa formation en ostéopathie dans l'une des deux écoles reconnues par Ostéopathie Québec. À savoir : le Centre ostéopathique

du Québec (COQ) et le Collège d'études ostéopathiques (CEO).

Les compétences de la profession d'ostéopathe évaluées sont décrites dans *Le Référentiel de compétences* lié à l'exercice de la profession d'ostéopathe au Québec et sont articulées autour de quatre domaines. Le premier réunit les compétences qui sont au cœur de la profession, et les trois autres, celles qui, tout en lui étant intrinsèquement liées, renvoient successivement à une réalité professionnelle qui se rapporte à l'accomplissement de responsabilités situées en périphérie de l'exercice de la profession par rapport à ce qui en constitue le cœur.



Qui sont les membres du comité d'admission et de compétences (CAC) ?

Les ostéopathes DO siégeant au CAC ont été sélectionnés en fonction de leur expérience clinique auprès d'une clientèle diversifiée et/ou de leur expérience comme professeur, chargé de cours, superviseur ou jury évaluant la thèse ou le clinicat pour une école d'enseignement ostéopathique. Ces membres sont reconnus pour leur intégrité, leur discrétion, leur diplomatie et leur professionnalisme au sein de la communauté ostéopathique du Québec.

Ils sont neuf actuellement : Monique Dagenais, Stéphanie Demers, Marc Gauthier, Michaël De Gouveia, Nicole Lamothe, André Mignault, Yannick Mullié et Mikhael Samaan. Marie-Line Deslauriers et Jad Khoury agissent à titre de coresponsables du CAC.

- **1^{er} domaine de compétences** : la conduite d'un processus d'évaluation et d'intervention en ostéopathie
- **2^e domaine de compétences** : la gestion des éléments clefs entourant la conduite d'un processus d'évaluation et d'intervention en ostéopathie
- **3^e domaine de compétences** : le développement professionnel continu
- **4^e domaine de compétences** : la participation à l'évolution et au rayonnement de la profession

Le raisonnement clinique : une compétence clef !

Cette démarche d'évaluation est en phase avec l'objectif poursuivi par Ostéopathie Québec : favoriser les compétences propres au cœur de la profession d'ostéopathe. Pour l'essentiel, ces compétences sont axées sur l'application du raisonnement clinique en

ostéopathie. Dans cette perspective, les compétences retenues aux fins de l'évaluation sont liées au premier domaine de compétences de la profession intitulé *La conduite d'un processus d'évaluation et d'intervention en ostéopathie*. Elles se présentent comme suit :

- Être capable d'évaluer les dysfonctions somatiques ostéopathiques chez une personne ;
- Être capable de produire le résultat d'une évaluation ostéopathique et d'en discuter avec la personne en consultation ou toute autre personne concernée ou alors, de donner un avis professionnel relevant d'une expertise en ostéopathie ;
- Être capable de concevoir et de planifier une intervention en ostéopathie et d'en discuter avec la personne en consultation ;
- Être capable de mettre en œuvre une intervention en ostéopathie et d'en assurer le suivi.

Deux méthodes d'évaluation sont privilégiées par Ostéopathie Québec dans l'évaluation des compétences :

- l'entrevue dirigée, qui peut être menée à l'aide de questions ouvertes formulées à partir d'histoires de cas, transposées en études de cas;

- l'observation en situation simulée de travail, qui peut être menée à partir de situations cliniques, transposées en mises en situation pratique.

L'admission des ostéopathes DO en provenance de la France

La levée partielle du moratoire vise, en premier lieu, les candidats issus d'écoles françaises répondant aux conditions suivantes :

- Ostéopathe DO français ayant terminé leur formation initiale dans une école agréée en 2007 qui a conservé son agrément en 2015, et qui détient un baccalauréat français et un minimum de 4 200 heures de formation initiale en ostéopathie, dont 1 000 heures de pratique clinique supervisée.
- Ostéopathe DO français dont la formation initiale en sciences de la santé est admissible à un ordre professionnel au Québec ayant suivi les heures requises de formation en ostéopathie, et qui détient un baccalauréat français et un diplôme d'État d'ordre universitaire dans l'un des domaines des sciences de la santé reconnus dans le cadre de l'entente France-Québec.

Pour soumettre sa candidature afin de devenir membre d'Ostéopathie Québec, ou pour toutes questions sur les critères d'admission, le candidat doit d'abord communiquer avec le siège social de l'association en écrivant à l'adresse suivante : info@osteopathiequebec.ca. L'équipe d'Ostéopathie Québec expliquera ensuite au candidat comment présenter son dossier de candidature.



© Frits Ahlefeldt Hiking

La french touch

En novembre 2016, date de reprise des études des dossiers des candidats en provenance d'école française, 72 ostéopathes DO, soit 5,49 % des membres d'Ostéopathie Québec, étaient titulaires d'un diplôme obtenu hors Canada. Avec 58 admissions, les ostéopathes français sont les plus nombreux à s'installer au Québec.

A noter que sur ce nombre, 21 proviennent de l'Institut Supérieur d'Ostéopathie d'Aix en Provence et du Collège Ostéopathique de Provence de Marseille qui ont fusionné pour devenir le COS Aix-Marseille.

PAYS	D.O.	% DES MEMBRES D'OQ
France	58	4,42 %
Angleterre	12	0,91 %
Australie	1	0,08 %
Allemagne	1	0,08 %
TOTAL	72	5,49 %

Evolution des admissions d'ostéopathes étrangers depuis 2013

2013 : 7 (6 français et 1 anglais)
 2014 : 10 (9 français et 1 australien)
 2015 : 8 français

DOSSIER

OSTÉOPATHIE & CANCER

QUELLE PRISE EN CHARGE PROPOSER ?

MÉTIER

enquête

- 44** **Ostéopathie et cancer**
Quelle prise en charge proposer ?

interviews & témoignages

- 47** **CAMI sport et cancer - Thomas Ginsbourger**,
Docteur en STAPS/Sociologie, coordonnateur
national des Pôles Sport & Cancer
- 48** **Léa Gouaux**, Ostéopathe DO et vacataire depuis
mai 2016 à Gustave Roussy à Villejuif (94).
- 50** **Christelle Levy**, Médecin responsable de l'Unité
de Pathologie Mammaire, Centre François
Baclesse de Caen
- 51** **Alice Grand**, Médecin généraliste au sein de la
Consultation de suivi à long terme de Gustave
Roussy à Villejuif (94) d'avril 2014 à mars 2016
- 52** **Brice Fresneau**, Oncopédiatre en charge de la
clinique de suivi à long terme du département
de cancérologie de l'enfant et de l'adolescent de
Gustave Roussy à Villejuif (94).
- 56** **Olivier Merdy**, ostéopathe DO et coordinateur de
la formation Mémoire et Recherche de l'IDHEO
- 57** **Elsa Tavernier**, ostéopathe DO, travaille en colla-
boration avec Olivier Merdy

FICHE CLINIQUE

analyses

- 58** **Laurence Thomas**, ostéopathe DO et titulaire
du Diplôme Universitaire Psychosomatique
(Paris 7) et d'un diplôme d'hypnose analgésique
et médicale (IFH)
- 60** **L'influence du modèle biomédical**
par Laurent Fabre, ostéopathe DO et titulaire de
plusieurs diplômes d'anatomie clinique.

RECHERCHE

revue de presse

- 64** **Mise au point sur
deux « forces d'autoguérison » :**
la part du placebo en ostéopathie et
les implications du nerf vague dans l'immunité
- 66** **Fiche Vidal Placebo (Poudre d'illusion)**
- 71** **Placebo**
un allié de choix pour les thérapeutes
- 72** **Bibliographie**



« Mieux vaut être accompagné que bien seul »

OSTÉOPATHIE & CANCER

QUELLE PRISE EN CHARGE PROPOSER ?

LES CHIFFRES DU CANCER AUGMENTENT. 385 000 NOUVEAUX CAS PAR AN SELON L'INSTITUT NATIONAL DU CANCER. EN FRANCE 1 HOMME SUR 2 ET 1 FEMME SUR 3 SE VERRA DIAGNOSTIQUER UN CANCER AVANT 85 ANS. LA SURVIE EST DE 60 %. COMMENT ENRAYER CE PHÉNOMÈNE ?

UN ENQUÊTE RÉALISÉE PAR VIRGINA MONTEL & REZA REDJEM-CHIBANE

Pour faire face à cette croissance du nombre de cancers, on sensibilise en incitant au dépistage et à la prévention (sur les paquets de cigarettes, prévention solaire, etc.). Les campagnes de prévention contre le cancer se multiplient. Le mois d'octobre s'illumine de rose pour sensibiliser au dépistage du cancer du sein puis le novembre invite les hommes à se laisser pousser la moustache pour sensibiliser au cancer de la prostate en novembre. Nous allons nous intéresser dans ce dossier à la place de la prise en charge ostéopathique en accompagnement d'un traitement oncologique chez les patients en traitement et en rémission. Nous avons choisi de recueillir les témoignages de divers praticiens, médecins généralistes, oncopédiatre, oncologues, ostéopathes et associations. Tous acteurs dans le parcours de soin de patients atteints d'un cancer.

Leurs expériences à l'hôpital et en cabinet nous ont permis d'aborder les différentes prises en charge proposées actuellement aux patients. Elles démontrent l'intérêt d'un accompagnement ostéopathique en complément.

MAIS QU'EST-CE QUE LE CANCER ?

Le cancer est une maladie caractérisée par une prolifération cellulaire excessive (tumeur) anormalement importante au sein d'un tissu normal et ayant tendance à persister et à s'accroître. En se multipliant de façon anarchique, les cellules cancéreuses donnent naissance à des tumeurs de plus en plus grosses qui se développent en envahissant puis détruisant les zones qui les entourent (source : Ligue contre le cancer).

Les cellules cancéreuses se distinguent des cellules normales par leur capacité à se diviser de façon illimitée et à échapper aux processus de mort cellulaire programmée (apoptose). Autre caractéristique de la cellule tumorale : sa capacité à envahir des régions de l'organisme auxquelles elle n'appartient pas. C'est la première

étape du phénomène de métastase. Une cellule d'origine épithéliale peut ainsi migrer jusqu'à la paroi d'un vaisseau lymphatique ou sanguin puis migrer dans la circulation et y croître.

Cependant, toutes les cellules cancéreuses ne produisent pas nécessairement des cancers menaçants pour l'organisme, car le système immunitaire est doté de cellules tueuses qui sont capables de détecter les cellules anormales et les éliminer (source : Ligue contre le cancer)

Épidémiologie des cancers

En 2015, le nombre de nouveaux cas de cancers était estimé à 385 000 chez l'adulte. Les cancers les plus fréquents étant dans l'ordre : le cancer de la prostate, le cancer du sein, le cancer colo-rectal et le cancer du poumon.

Chez l'enfant et l'adolescent, 2 500 nouvelles personnes sont touchées chaque année. La survie à plus de 5 ans après le diagnostic est de 80 %. (Plantaz, Tabone, Berger, Poirée, Ducassou et Michel, Suivi à long terme après un cancer chez l'enfant, *Revue du praticien* vol 64). 30 % de ces cancers sont des leucémies et 70 % sont des tumeurs solides de grande variété anatomopathologique. (*Cancer de l'enfant : particularités épidémiologiques diagnostiques et thérapeutiques*, Dr Bergeron Christophe, centre Léon Bernard, Lyon).



« Chez l'enfant et l'adolescent, 2 500 nouvelles personnes sont touchées chaque année. La survie à plus de 5 ans après le diagnostic est de 80 % »

©Service photo du Val-de-Marne

Du dépistage au traitement

L'intérêt d'un diagnostic précoce est à la fois de mieux soigner, mais aussi de limiter les séquelles liées à certains traitements. Quels sont les outils de dépistage ?

La détection des volumes tumoraux a été améliorée par l'imagerie médicale : tomographie, IRM, échographie, scintigraphie, radiographie, mammographie, etc. Le diagnostic de cancer n'est déclaré qu'après analyse histologique de la tumeur. C'est une phase indispensable au diagnostic. Si l'imagerie médicale est importante pour visualiser l'extension tumorale, elle ne dispense pas d'un examen anatomopathologique.

Quels sont les traitements ?

La thérapie en cancérologie est fonction de la pathologie du patient. Chaque cancer est un cas particulier et requiert une prise en charge appropriée. Les traitements sont :

- La chirurgie : c'est un traitement local du cancer qui a pour

objectif d'enlever la tumeur, les ganglions envahis par les cellules cancéreuses dans certains cas et les métastases isolées. La chirurgie représente 50 % des traitements.

- La radiothérapie : des rayons à hautes énergies sont utilisés pour détruire les cellules cancéreuses.
- La chimiothérapie : des médicaments sont utilisés pour éliminer les cellules cancéreuses. Elle est souvent additionnée à une chirurgie et /ou une radiothérapie.
- L'hormonothérapie : elle bloque la production d'hormones afin d'empêcher le développement de cellules cancéreuses.
- L'immunothérapie : elle mobilise les cellules immunitaires du patient contre sa maladie.
- Les nouveaux traitements ciblés : ils s'attaquent spécifiquement aux cellules cancéreuses en épargnant les cellules normales.

Source : Institut national du cancer.



© Thomas Ginsbourger

THOMAS GINSBOURGER

DOCTEUR EN STAPS/SOCIOLOGIE, COORDONNATEUR NATIONAL DES PÔLES SPORT & CANCER DE LA FÉDÉRATION NATIONALE CAMI SPORT & CANCER, MEMBRE ASSOCIÉ AU CENTRE DE RECHERCHES EN SCIENCES SOCIALES, SPORTS ET CORPS (CRESCO) - FACULTÉ DES SCIENCES DU SPORT - UNIVERSITÉ PAUL SABATIER TOULOUSE III

témoignage**CAMI SPORT ET CANCER**

UNE ENQUÊTE RÉALISÉE PAR *CAMI SPORT ET CANCER* EN 2015 AUPRÈS DE 1554 PERSONNES, DONT UNE MAJORITÉ DE FEMMES ATTEINTES D'UN CANCER DU SEIN, A MIS EN ÉVIDENCE LES BÉNÉFICES DE L'ACTIVITÉ PHYSIQUE SUR UN PATIENT ATTEINT D'UN CANCER. QUELS SONT-ILS ?

TÉMOIGNAGE RECUEILLI PAR VIRGINA MONTEL

L'association CAMI Sport et cancer a été créée par un oncologue et un sportif de haut niveau en 2000. Elle développe et structure l'activité physique en cancérologie et hématologie

par l'accompagnement des patients en traitement ou en rémission d'un cancer. Il existe actuellement 8 pôles sport et cancer en île de France (à l'hôpital Saint Louis, à Gustave Roussy ainsi qu'à Avicennes). D'ici 2018, 8 autres pôles auront été créés en dehors de l'île de France.

Tous les éducateurs médico-sportifs intervenant dans le cadre la CAMI ont obtenu un diplôme universitaire leur permettant d'adapter la pratique sportive aux personnes atteintes d'un cancer. Les éducateurs sont en contact avec les médecins des hôpitaux partenaires. Des partenaires financiers, tels que Malakoff Médéric, prennent en charge les séances d'activité physique dans un premier temps. L'hôpital prend la suite à travers des associations. Par exemple l'association *Mieux vivre* à Gustave Roussy.

Quels sont les bénéfices de ces séances ?

Pour les patients en cours de traitement à l'hôpital, il existe deux types d'accompagnement en fonction du cancer :

- En oncologie : accompagnement 2 fois par semaine en cours collectif pendant 6 à 12 mois.
- En hématologie : accompagnement pendant l'hospitalisation directement dans la chambre 2 fois par semaine pendant 4 à 6 semaines. Les éducateurs disposent de tests objectivant les progrès réalisés par les patients : résistance à l'effort, endurance, force et souplesse. En prévention primaire, la pratique d'un exercice physique régulier

entraîne une diminution du risque de développer des cancers du sein, du côlon, du poumon et de l'endomètre.

En prévention tertiaire, l'exercice physique diminue le risque de

rechute dans les cancers du sein, du côlon et de la prostate. Le niveau de preuve d'efficacité de ces préventions est en effet élevé. Il a également été observé une diminution des effets secondaires des traitements oncologiques : prise de poids, déconditionnement physique, fatigue et douleurs articulaires. La pratique d'une activité physique diminue nettement ces symptômes. Les patients constatent une amélioration globale de leur qualité de vie : sentiment de bien-être, diminution de l'anxiété/dépression et facilitation des liens sociaux.

Attention aux contre-indications !

En cas d'infarctus du myocarde datant de moins de 3 semaines, ainsi qu'en cas de métastases osseuses à cause du risque de fracture, l'activité physique est contre-indiquée. En outre, si le patient présente des difficultés respiratoires ou autres, l'activité physique sera alors adaptée à sa condition physique.

Les patients sont de plus conscients des bienfaits de l'exercice physique durant un cancer. Une loi santé favorisant la prescription de séances d'exercices physiques pendant une maladie de longue durée vient d'ailleurs d'être votée.

Ces cours sont dispensés dans un premier temps dans un pôle sport et cancer, puis en cours en ville pendant la phase de rémission. Pour les patients ayant eu un cancer, la CAMI ou la ligue contre le cancer forme des clubs et fédérations pour assurer des cours adaptés. L'objectif de la CAMI est d'accompagner le patient durant sa maladie et d'intégrer le sport à ses habitudes.

Plus d'informations sur www.sportetcancer.com



© Léa Gouaux



interview

Léa Gouaux,
Ostéopathe DO et vacataire depuis mai 2016 à Gustave Roussy à Villejuif (94), centre de soins, de recherche et d'enseignement, qui prend en charge des patients atteints de tout type de cancer. Gustave Roussy est le premier centre européen de lutte contre le cancer.

PROPOS RECUEILLIS PAR VIRGINA MONTEL

« L'ostéopathe a accès au dossier médical afin d'adapter son traitement à chaque patient »

Léa Gouaux est également titulaire d'un Diplôme universitaire d'Attaché de Recherche Clinique et d'un master 2 en épidémiologie et biostatistiques.

Son objectif : promouvoir et valider l'intérêt et les effets de l'ostéopathie par l'intermédiaire de la recherche clinique.

Pouvez-vous nous présenter votre travail au sein de Gustave Roussy ?

Je suis vacataire au sein du Centre d'Étude et Traitement de la Douleur (CETD) et je travaille depuis un an et demi sur l'étude Mélanostéo avec le docteur Sophie Laurent, responsable du service de lutte contre la douleur. Notre objectif est de prouver d'un point de vue scientifique l'intérêt de l'ostéopathie dans

l'accompagnement d'un patient traité pour un cancer. L'étude est toujours en cours, mais elle a tout naturellement conduit à l'idée d'ouvrir une vacation ostéopathique au sein de Gustave Roussy. Cette vacation est financée par le programme *Mieux vivre le cancer*, soutenu par la docteure Sarah Dauchy, psychiatre et chef du département des soins de supports (DISSPO) et de l'Unité de psycho-oncologie (UPO) à Gustave Roussy.

Quels types de cancers et quelles plaintes des patients rencontrez-vous le plus souvent à Gustave Roussy ?

Les cancers les plus fréquemment rencontrés dans ma prise en charge ostéopathique à Gustave Roussy sont

les cancers du sein, de la thyroïde et du poumon. Les douleurs traitées en ostéopathie sont des douleurs séquellaires de cancer, c'est à dire des douleurs de patients en rémission. Il n'y a donc pour l'instant pas de suivi ostéopathique chez des patients en cours de traitement.

Quelle est la nature de ces douleurs séquellaires ?

Ces douleurs séquellaires sont de type neuropathiques, nociceptives et viscérales. Mais elles sont surtout en rapport avec le cancer du patient et le traitement qu'il a reçu. À l'instar du traitement du cancer du sein à la suite duquel 50 % des douleurs séquellaires sont générées par des lésions thoraciques du nerf intercosto-brachial, elles-mêmes conséquences

d'un curage axillaire ou d'une mastectomie. La radiothérapie associée peut également entraîner des douleurs thoraciques.

Chez les patients en rémission d'un cancer de la thyroïde, on retrouve des cervicalgies et des céphalées suite à la radiation de la loge viscérale du cou.

Les patients rapportent également des dérèglements du système digestif à type de constipation due à la prescription de traitement morphinique pour la douleur et dans quelques cas des diarrhées survenues après l'arrêt de la chimiothérapie.

Comment est prise en charge la douleur des patients en dehors de l'ostéopathie ?

Les douleurs survenant après un traitement du cancer sont fréquentes. Cependant, les patients ne suivent pas systématiquement une consultation pour la douleur. Même les patients ayant subi une chirurgie. Un traitement contre les douleurs neuropathiques de type médicamenteux, avec le Lyrica par exemple, est souvent prescrit. Si une douleur est rapportée par le patient, le radiothérapeute prescrit un anti-douleur. Mais si la plainte persiste après trois mois, le patient est réorienté vers le CETD. L'unité de la douleur évalue alors le dossier médical du patient et les réoriente vers les thérapies adaptées. L'approche de prise en charge de la douleur au sein du CETD s'intéresse aussi bien à l'aspect thérapeutique médicamenteux, qu'aux thérapies complémentaires. On retrouve au sein du CETD :

- De l'ostéopathie
- De l'auriculothérapie
- De la kinésithérapie
- De l'éducation thérapeutique TENS (électrostimulation transcutanée contre la douleur)
- De la sophrologie
- Du Qi Gong
- Le programme Molitor évaluation (programme de remise en forme)

Les consultations ont lieu à Gustave Roussy et il est important de sensibiliser le personnel médical à l'intérêt des unités de douleurs.

D'après vous, comment favoriser l'ostéopathie dans la prise en charge des douleurs du cancer ?

Mon intégration au sein du CETD a été très appréciée par les médecins qui ont immédiatement adhéré à la présence d'une ostéopathe dans leur service. Avec la docteure Sophie Laurent, nous avons organisé des

réunions pour informer le personnel médical sur l'intérêt de l'intégration d'une prise en charge ostéopathique en accompagnement d'un traitement oncologique. Ma vacation se fait sur le même modèle que l'étude Mélanostéo au cours de laquelle les patients étaient

au moins un an. Le travail tissulaire de l'ostéopathe est donc être très important. Au terme de ces trois séances, les patients revoient le médecin du CETD qui réévalue leur douleur avec ses outils et propose, si nécessaire, de nouvelles séances d'ostéopathie. L'ostéopathe

« Ces douleurs séquellaires sont de type neuropathiques, nociceptives et viscérales. Mais elles sont surtout en rapport avec le cancer du patient et le traitement qu'il a reçu »

suis par l'unité de douleur avant d'être réorientés vers l'ostéopathe. Ils bénéficient de 3 séances d'ostéopathie à 3 semaines d'intervalle. Plus si nécessaire.

Est-ce que ce nombre de séances est suffisant pour la majorité des patients ?

Les séances sont fixées dès le début de la prise en charge, mais leur nombre n'est pas suffisant dans la plupart des cas. En effet, une douleur séquellaire caractérise une douleur qui persiste depuis

au moins un an. Le travail tissulaire de l'ostéopathe est donc être très important. Au terme de ces trois séances, les patients revoient le médecin du CETD qui réévalue leur douleur avec ses outils et propose, si nécessaire, de nouvelles séances d'ostéopathie. L'ostéopathe

Quelle est l'efficacité de cette prise en charge ostéopathique ?

Au cours de ces trois séances, nous contrôlons l'évolution de la propagation métastatique du cancer. Avec Sophie Laurent, nous étudions actuellement de très près le rapport bénéfice/risque du traitement. Il est donc important d'expliquer, en particulier aux médecins, l'intérêt et la façon de travailler sur un tissu. Pour ce faire, je leur explique fréquemment le travail du docteur Jean Claude Guimberteau à travers son film *Promenade sous la peau* qui démontre la réalité dynamique du tissu conjonctif.

Quels sont les bénéfices du traitement ostéopathique ?

Les bénéfices de ce traitement pour les patients sont variés :

- réappropriation du corps et des zones corporelles sur lesquelles portent leurs inquiétudes,
- récupération de mobilité parfois spectaculaire,
- soulagement.

Les patients semblent étonnés de la douceur du traitement, car ils ont une image erronée de l'ostéopathie. Pour la plupart, ils n'ont jamais consulté ou n'ont pas osé évoquer leur cancer avec leur ostéopathe. Les patients sont donc particulièrement satisfaits de cette prise en charge ostéopathique. Le corps médical est quant à lui satisfait des résultats obtenus par les séances d'ostéopathie car la réponse médicamenteuse aux douleurs séquellaires reste partielle. Si l'arrêt des prises de médicament après les séances d'ostéopathie n'est pas complet, la demande pour des traitements de fond et la consommation de patches anti-douleur ont globalement diminuées. Le bilan de l'intégration d'un ostéopathe au sein d'un centre de cancérologie est donc très positif.



© Christelle Levy

Christelle Levy est coordinatrice du service de cancer du sein du centre François Baclesse de Caen où les patientes sont accompagnées tout au long de leur maladie. Dépistage, diagnostic, chirurgie mammaire et radiothérapie sont effectués au centre.

Quelle est la fréquence des consultations ?

Dans 9 cas sur 10, le traitement du cancer du sein débute par une chirurgie. Nous revoyons donc les patientes après la chirurgie. Si une chimiothérapie adjuvante est prescrite, la patiente revient toutes les 3 semaines pour une injection pendant 4 mois. Si c'est une radiothérapie qui est prescrite, la patiente revient 5 fois par semaine durant 5 à 6 semaines. Puis vient la phase de surveillance pendant laquelle la patiente reviendra 1 à 2 fois par an la première année, puis 1 fois par an pendant 5 ans. Les patientes doivent ensuite être suivies de près par leur médecin de ville et leur gynécologue durant la phase de rémission.

Quelles sont les plaintes présentées par les patientes ?

L'âge moyen de survenue du cancer du sein est de 60 ans. Les douleurs sont donc étroitement liées à la ménopause. Nous constatons également des douleurs induites par le cancer du sein :

- Douleur post-chirurgicale : gêne à la mobilisation du bras, brûlure et décharge électrique.
- Douleurs articulaires dues aux traitements anti-hormonaux.

Ces douleurs sont traitées par des antalgiques simples et l'auriculothérapie.

Quelles solutions de traitement ou d'accompagnement proposez-vous ?

Les patientes présentant des douleurs liées à une intervention chirurgicale sont orientées vers l'équipe de la douleur qui va proposer un traitement de type patch de lidocaïne pour les douleurs artificielles, patch de Qutenza (dérivé de piment) ou électrostimulation sur les cicatrices de mastectomie. Le centre a également mis en place un plateau de soin de support comprenant :

- Une consultation pour la douleur
- Un service social
- Des consultations en mésothérapie et auriculothérapie



interview

Christelle Levy,
Médecin responsable de l'Unité de Pathologie Mammaire, Centre François Baclesse de Caen.

PROPOS RECUEILLIS PAR VIRGINA MONTEL

pour les pathologies douloureuses, bouffées de chaleur et sécheresse buccale.

- Des séances de relaxation et de réflexologie
 - Des consultations d'oncosexualité pour les troubles de la libido liés à la maladie et au traitement (aide psychologique et médicamenteuse).
- Si la patiente présente une limitation de mouvement du bras, des séances de kinésithérapie lui seront proposées. Il n'y a en revanche pas de kinésithérapeute au centre. Il n'y a également pas d'ostéopathe au centre, mais l'ostéopathie est fréquemment conseillée en cas de pathologies ostéo-articulaires.

Dans quelles structures sont effectués ces soins ?

Les soins de support ont lieu au centre afin de faciliter la thérapie des patientes. Ils sont effectués les jours mêmes de la radiothérapie. L'ouverture récente de lits hospitaliers de jours gérant les soins de support améliore l'organisation des soins. Une socio-esthéticienne est également présente pour, entre autres, apprendre aux patientes comment maquiller leurs cicatrices et proposer des relooking.

Où placer l'ostéopathie dans le parcours de soin d'un patient atteint d'un cancer ?

La proposition de séances d'ostéopathie peut s'effectuer

à la demande des patientes, en cas d'expression de douleurs fonctionnelles nécessitant un suivi ostéopathique. Si la douleur manifestée par la patiente n'a rien à voir avec le traitement, elle est réorientée vers un ostéopathe.

La prise en charge en ostéopathie reste difficile à formaliser dans la mesure où nous ne savons pas forcément ce que peut faire l'ostéopathie. Même en étant soi-même patiente. En outre, le regard du médecin de ville sur les thérapies complémentaires est parfois négatif, sans doute par manque d'information. Cependant, il est le référent du patient. Il est donc important pour les ostéopathes de communiquer auprès du corps médical sur l'intérêt de leurs compétences en complémentarité d'un traitement oncologique. Dans l'idéal, le médecin devrait faire un compte rendu aux ostéopathes pour aider à la prise en charge du patient.

Est-ce que des patients consultent spontanément des ostéopathes ?

Parfois les patientes n'osent pas nous dire qu'elles ont recours à des thérapies complémentaires par peur de nos réactions. Il est important d'être prudent sur le discours tenu aux patients : l'ostéopathie est une thérapie complémentaire visant à soulager les symptômes et non la maladie.



© Alice Grand

ALICE GRAND

MÉDECIN GÉNÉRALISTE AU SEIN DE LA CONSULTATION DE SUIVI À LONG TERME DE GUSTAVE ROUSSY À VILLEJUIF (94) D'AVRIL 2014 À MARS 2016. PREMIER CENTRE EUROPÉEN DE LUTTE CONTRE LE CANCER, GUSTAVE ROUSSY EST UN CENTRE DE SOINS, DE RECHERCHE ET D'ENSEIGNEMENT, QUI PREND EN CHARGE DES PATIENTS ATTEINTS DE TOUT TYPE DE CANCER.

témoignage

« Il serait plus simple d'avoir un réseau national d'ostéopathes à proposer »

LA CONSULTATION DE SUIVI À LONG TERME DE GUSTAVE ROUSSY S'ADRESSE À DES ADULTES (PERSONNES ÂGÉES DE 18 ANS MINIMUM) AYANT EU UN CANCER ENFANT OU EN TANT QUE JEUNES ADULTES ET EN RÉMISSION COMPLÈTE DEPUIS 5 ANS.

TÉMOIGNAGE RECUEILLI PAR VIRGINA MONTEL

Ces consultations, de plus en plus nombreuses en France, n'étaient auparavant proposées qu'à l'Institut Curie et à Gustave Roussy. Aujourd'hui, de nombreux hôpitaux proposent cette consultation qui existe dans le cadre du plan de lutte contre le cancer. Les objectifs de cette consultation sont d'informer les patients sur les traitements qu'ils ont reçus, détecter des complications à distance et faire de la prévention pour trouver et traiter ces complications. Cette consultation interdisciplinaire est composée de médecins généralistes, d'internistes, de psychologues et d'oncopédiatres. Des radiologues, biologistes et autres spécialistes sont également présents au sein de l'équipe médicale pour réaliser les examens et analyses biologiques prescrits. Et des avis spécialisés sont demandés si nécessaire (dermatologique, orthopédique, etc.).

À l'origine, nous ne rencontrons le patient qu'une seule fois. Par la suite, nous avons constaté que les patients ne consultaient pas leur médecin de ville et n'effectuaient pas les examens prescrits. Nous avons donc décidé de les revoir 6 mois à 1 an après la consultation en fonction du traitement reçu et de la demande du patient. Cette prise en charge doit s'effectuer le plus tôt possible pour mettre en place la prévention.

Un risque augmenté de second cancer

Les cancers osseux (sarcome d'Ewing) et médulloblastomes (cerveau) sont les cancers les plus fréquents. Mais nous voyons aussi des cancers des testicules, des ovaires et des néphroblastomes.

Il y a un risque de second cancer augmenté pour les adultes ayant eu un cancer enfants par rapport à la population générale. Certains patients ne se souviennent parfois pas avoir été atteints d'un cancer durant leur enfance et ne connaissent pas les traitements reçus. Il est important de suivre ces adultes en rémission afin de contrôler les éventuels effets secondaires du traitement (problèmes cardiaques, problèmes thyroïdiens, problèmes de fertilité et hormonaux ou

rechute). Des bilans sanguins et des échographies de la thyroïde sont effectués.

La consultation de suivi à long terme est une consultation ouverte ; les patients peuvent venir consulter sur rendez-vous, même pour une nouvelle pathologie. Ils ont en effet une grande confiance en Gustave Roussy qui les a accompagnés durant leur précédent cancer.

Des plaintes variables selon les cancers.

Les cancers osseux entraînent parfois l'amputation d'un doigt ou d'un membre pouvant générer des douleurs fantômes. Les cancers cérébraux requièrent souvent une prise en charge psychologique. Le patient rencontre en effet des problèmes d'insertion professionnelle car il doit trouver des postes et formations adaptés. L'aide d'une assistante sociale est nécessaire.

Durant la consultation à Gustave Roussy, le patient sera questionné sur ses symptômes physiques, mais également sur sa vie socioprofessionnelle. Car l'expression de sa plainte dépend de son environnement (entourage, famille) et de l'accompagnement dont il bénéficie.

Si les patients sont accompagnés par des kinésithérapeutes, il reste compliqué de proposer une consultation en ostéopathie sans donner d'adresses. Les patients de la consultation de suivi à long terme de Gustave Roussy venant de la France entière, il serait plus simple d'avoir un réseau national d'ostéopathes à proposer.

L'ostéopathie timide

La question d'une prise en charge ostéopathique est peu abordée. Pour les patients stressés, nous leur proposons une prise en charge complémentaire (ostéopathie, sophrologie). Mais seuls certains patients y adhèrent. L'ostéopathie peut néanmoins être une réponse aux plaintes de douleurs chroniques des patients.



©Brice Fresneau



interview

Brice Fresneau,

Oncopédiatre en charge de la clinique de suivi à long terme du département de cancérologie de l'enfant et de l'adolescent de Gustave Roussy à Villejuif (94). Premier centre européen de lutte contre le cancer, Gustave Roussy est un centre de soins, de recherche et d'enseignement, qui prend en charge des patients atteints de tout type de cancer.

PROPOS RECUEILLIS PAR VIRGINA MONTEL

« Chez l'adulte, à distance des traitements anti-cancéreux, on observe parfois des douleurs rachidiennes ou ostéo-articulaires chroniques »

Quelles sont les missions de la clinique de suivi à long terme ?

En France, 30 à 50 000 adultes ont été traités pour un cancer pendant l'enfance. La clinique de suivi à long terme de Gustave Roussy a été créée en 2012 pour des adultes ayant reçu un traitement contre un cancer pendant l'enfance ou l'adolescence et en rémission complète depuis plus de 5 ans. Toute personne traitée actuellement pour un cancer pédiatrique à Gustave Roussy se voit proposer à l'âge adulte cette consultation de suivi à long terme aux objectifs nombreux. D'abord, reprendre l'histoire de la maladie, le diagnostic, les traitements reçus, les

complications éventuelles, etc. Ensuite, évaluer l'état de santé global (médico-psycho-social) actuel. Enfin, mettre en place un suivi personnalisé, adapté à la nature et à la dose des traitements reçus et aux antécédents personnels et familiaux. Depuis 2012, plus de 1 000 patients ont été reçus à la consultation. Leur âge moyen est de 32 ans.

Quel type de cancer rencontrez-vous le plus souvent dans cette consultation ?

Les cancers que nous traitons en pédiatrie à Gustave Roussy sont des tumeurs solides. Neuroblastomes, néphroblastomes, lymphomes, sarcomes des tissus mous ou osseux et tumeurs cérébrales sont les princi-

pales pathologies prises en charge. Les leucémies sont traitées en centre d'hématologie.

Quelles sont les principales plaintes exprimées par les patients qui suivent cette consultation à long terme ?

Les plaintes des patients à distance des traitements varient en fonction de la tumeur et du traitement. Après un traitement par radiothérapie sur le rachis par exemple, le patient peut présenter des douleurs rachidiennes chroniques nécessitant des traitements antalgiques au long cours et entraînant une incapacité de travail. Il est donc très important d'identifier la nature de ces douleurs. Ainsi, certaines douleurs lom-

baies sont liées à un canal lombaire étroit, secondaire au développement d'une épидurite post-radique ou d'une dégénérescence arthrosique précoce. Cette pathologie ne doit pas être méconnue, car elle peut évoluer vers des complications neurologiques par compression radiculaire. Le patient doit alors être pris en charge en neuro-orthopédie.

Il ne faut pas oublier que les patients sont en pleine croissance lors des séances d'irradiation. La vertèbre est donc entièrement irradiée pour éviter une croissance asymétrique de la vertèbre. Des déformations rachidiennes peuvent néanmoins survenir. Notamment des scolioses. D'où la nécessité

d'une surveillance orthopédique rapprochée pour tout patient irradié sur le rachis pendant l'enfance.

Quelles sont les conséquences à l'âge adulte des traitements chirurgicaux du cancer chez les enfants ?

Dans le traitement des sarcomes osseux ou des tissus mous, la chirurgie occupe une place importante. Un muscle ou un segment d'os peut être enlevé et du matériel orthopédique peut être mis en place. Selon le type de chirurgie, la fonction ultérieure sera plus ou moins bonne. Des douleurs peuvent survenir à long terme en regard de la prothèse témoignant de son usure progressive (descelllements de prothèses par exemple). Un bilan orthopédique est donc nécessaire en cas de douleurs ou de raideur survenant à distance du traitement.

Et pour la chimiothérapie ?

Outre la radiothérapie et la chirurgie, la chimiothérapie occupe également une place majeure dans le traitement des cancers de l'enfant. En fonction du type de chimiothérapie reçue, une surveillance à long terme peut être nécessaire. Un suivi cardiologique régulier est par exemple obligatoire en cas de traitement par anthracyclines (doxorubicine ou adriamycine®). L'irradiation de l'aire cardiaque est également à risque de complications cardiaques. Par conséquent, il ne faut pas sous-estimer les douleurs thoraciques ou la dyspnée (difficulté respiratoire). On distingue la dyspnée inspiratoire de la dyspnée

expiratoire) du sujet jeune quand celui-ci a été traité avec ce type de traitement, car leur origine peut être cardiaque.

plusieurs dizaines d'années auparavant. Il ne faut donc pas sous-estimer la plainte de ces patients et toujours s'attacher à rechercher une cause organique, pouvant

« Ne pas sous-estimer les douleurs thoraciques ou la dyspnée du sujet jeune quand celui-ci a été traité par irradiation de l'aire cardiaque. Leur origine peut être cardiaque »

Les thérapeutes doivent-ils systématiquement intégrer dans leur interrogatoire la question des antécédents de cancer pendant l'enfance ?

Au total, les personnes traitées pour un cancer pendant l'enfance peuvent présenter très à distance des traitements des signes fonctionnels dont la cause est en rapport avec les traitements reçus parfois

nécessiter une prise en charge spécialisée.

Quelles solutions de traitement ou d'accompagnement par des thérapies complémentaires proposez-vous ?

L'accompagnement pendant le traitement est pluri disciplinaire :

- Psychologie : le patient et la famille sont reçus en consultation par un psychologue.

- Psychomotricité : chez l'enfant (surveillance du maintien de l'éveil) et chez l'adolescent.
- Relaxation, sophrologie et hypnose.
- Médicamenteux en soin palliatif et prise en charge de la douleur.
- Médicamenteux : anxiolytiques, neuroleptiques.
- Soutien associatif pour empêcher l'isolement et travailler la revalorisation du patient en lui redonnant des contacts sociaux.
- Kinésithérapie : systématique pour les enfants opérés.
- Orthophonie : pour les tumeurs cérébrales
- Ergothérapie.

Dans quelles structures sont effectués ces soins d'accompagnement ?

Les prises en charge psychologiques et neuro-psychologiques pendant les traitements peuvent s'effectuer à Gustave Roussy. Des suivis réguliers de proximité peuvent également être réalisés auprès de référents locaux ou en Centre Médicaux Psychologique. À distance des traitements, il est important de déterminer quels patients nécessitent un suivi spécialisé hospitalier. La consultation du suivi à long terme permet d'identifier ces patients. Le médecin de ville joue également un rôle important dans le suivi et doit avoir accès au dossier du patient de façon à connaître la pathologie traitée, les traitements reçus et les risques de santé qu'encourt le patient à très long terme. C'est pourquoi, avec l'accord du patient, un résumé du dossier médical avec les

recommandations de suivi personnalisé au cours de la consultation de suivi à long terme est systématiquement transmis au médecin traitant. Le but de la consultation de suivi à long terme est également d'autonomiser les patients.

Où placer l'ostéopathie dans l'accompagnement des patients en rémission ?

L'intervention de l'ostéopathie en oncopédiatrie peut s'effectuer dans les douleurs après chirurgie orthopé-

dique. La plainte fonctionnelle de type rhumatologique est en revanche peu fréquente chez l'enfant. Chez l'adulte, à distance des traitements, on observe parfois des douleurs rachidiennes ou ostéo-articulaires chroniques.

Un diagnostic différentiel est effectué dans un premier temps en cas de douleur osseuse afin de réorienter vers une unité d'orthopédie si nécessaire. Chez les patients ayant eu un traitement orthopédique ou une irradiation, il est même recommandé que

ce bilan soit réalisé en service d'orthopédie ou de rhumatologie. Le patient pourra ensuite être redirigé vers un ostéopathe si le bilan étiologique ne trouve pas de cause organique nécessitant une prise en charge spécifique.

Quel serait alors l'apport de l'ostéopathie ?

L'ostéopathie serait sûrement bénéfique en termes de soins de support pour les patients. Mais les médecins sont peu informés de son utilité et il y a peu de communication avec

les ostéopathes extérieurs. Il est également important d'informer les médecins de ville de l'intérêt de l'ostéopathie en tant que médecine complémentaire et soin de support. D'autant que, très à distance des traitements, certains patients ne nécessiteront pas de suivi spécialisé.

Des patients vous font-ils la demande de séance d'ostéopathie ?

C'est rare, mais cela est déjà arrivé.



Système de radiothérapie NOVALIS
à Gustave Roussy à Villejuif

OSTÉOssimo *le forum*

Trouvez toutes les réponses à vos questions
sur le forum de l'ostéopathe magazine



ostéoPRO



inf'OSTÉO



petites
annonces



l'ostéopathie
dans le monde



le coin
des jeunes



questions
réponses



les bons
plans



foire
questions

DÉCOUVREZ ÉGALEMENT NOS FICHES QUESTIONS/RÉPONSES

SIMPLES ET COURTES, ELLES SONT ADAPTÉES À
TOUS POUR COMPRENDRE CE QUE PEUT FAIRE
L'OSTÉOPATHIE À VOS PATIENTS.
ELLES SONT UN OUTIL INDISPENSABLE
POUR VOTRE PÉDAGOGIE
ET VOS ACTIONS DE PRÉTENTION.



©Olivier Merdy

OLIVIER MERDY

OLIVIER MERDY EST OSTÉOPATHE DO ET COORDINATEUR DE LA FORMATION MÉMOIRE ET RECHERCHE DE L'IDHEO. IL A ÉVALUÉ SUR DES ANIMAUX LA DIFFUSION MÉTASTATIQUE DU CANCER LORS D'UN TRAITEMENT OSTÉOPATHIQUE. SON TRAVAIL EST INSPIRÉ DE L'ÉTUDE DE LISA HODGE SUR L'EFFET DES TECHNIQUES DE POMPAGE LYMPHATIQUE LORS D'UN CANCER CHEZ LE RAT. ON PEUT EN EFFET CONSTATER UNE AUGMENTATION DE LA DIFFUSION DE CELLULES IMMUNITAIRE (LISA HODGE) LORS D'UN POMPAGE LYMPHATIQUE. CECI POUVANT AINSI AMÉLIORER L'IMMUNITÉ.

témoignage



IL FAUT RESTER PRUDENT QUANT AUX TECHNIQUES LOCALES SUR UNE TUMEUR

LA PREMIÈRE PHASE DE MON TRAVAIL A ÉTÉ RÉALISÉE AVEC LISA HODGE. NOUS AVONS ÉTUDIÉ L'EFFET D'UN POMPAGE LYMPHATIQUE SUR LE DÉVELOPPEMENT MÉTASTATIQUE D'OSTÉOSARCOMES INDUITS CHEZ LA SOURIS.

TÉMOIGNAGE RECUEILLI PAR VIRGINA MONTEL

Les résultats ne sont pas significatifs puisque nous n'avons observé ni amélioration ni propagation. Le traitement par pompage lymphatique n'aggrave néanmoins pas le développement tumoral. J'ai ensuite créé un partenariat avec le laboratoire de physiopathologie de la résorption osseuse (LPRO) situé à Nantes et rattaché à la faculté de médecine de Nantes. Ce laboratoire étudie les tumeurs osseuses pour évaluer le risque de diffusion métastatique dans le cadre d'un ostéosarcome chez la souris. La 2^e phase de mon étude s'est éloignée du pompage lymphatique par l'utilisation des techniques articulaires telles que le TOG. Résultats à venir. La 3^e phase de mon étude est en cours et je m'appuie sur des études qui plébiscitent les bienfaits du sport pendant un cancer pour affirmer qu'une mobilisation articulaire anodine sera également bénéfique. L'ostéopathie a donc toute sa place dans le suivi d'un patient atteint d'un cancer.

Lisa Hodge conseille d'ailleurs aux patients atteints de cancer de faire du sport pour mobiliser les articulations au maximum. L'esprit de l'ostéopathie n'est-il pas de rendre sa mobilité et son équilibre au corps ? Une des découvertes les plus importantes selon Lisa Hodge est le fait que l'exercice physique augmente l'immunité et offre un meilleur pronostic aux patients atteints de cancer. Des études ont en effet démontré que l'exercice physique chez l'animal diminuait la taille de la tumeur et le risque de diffusion métastatique. (Murphy et al, 2011, Goh et al, 2013)

Il faut rester néanmoins prudent quant aux techniques locales sur une tumeur. Une étude laisserait en effet sous-entendre qu'un massage local d'une tumeur favoriserait le développement de celle-ci et augmenterait la diffusion métastatique (Wang et al, 2014).

Lisa Hodge, sur les traces d'Andrew Taylor Still

Lisa Hodge, docteure en microbiologie et immunologie, mène des recherches en ostéopathie à l'Osteopathic Research Center (États-Unis).

Avec son équipe, Lisa Hodge étudie le rôle du système lymphatique lors des maladies infectieuses, des processus inflammatoires et des cancers.

À l'instar d'Andrew Taylor Still, le fondateur de l'ostéopathie, Lisa Hodge s'est intéressée à l'effet des techniques de pompage lymphatique sur la grippe et par la suite sur le cancer. En effet, le lymphœdème, un effet secondaire du cancer du sein, peut être efficacement réduit par le pompage lymphatique. Le but de l'étude de Lisa Hodge est de déterminer si chez les rats les traitements par pompage lymphatique amélioreraient l'immunité anti-tumorale et diminueraient la formation de tumeurs solides dans les poumons. Les résultats de cette étude ont permis de montrer une réduction du nombre de cellules tumorales solides et une augmentation de leucocytes dans le poumon sécrétant des cytokines et interférons IFN-gamma.

témoignage



ELSA TAVERNIER

ELSA TAVERNIER, OSTÉOPATHE DO, TRAVAILLE EN COLLABORATION AVEC OLIVIER MERDY. ELLE A SUPERVISÉ UNE ÉTUDE PILOTE ÉVALUANT L'INFLUENCE D'UNE INTERVENTION OSTÉOPATHIQUE SUR LA QUALITÉ DE VIE DES PATIENTS ATTEINTS D'UN LYMPHOME ET TRAITÉS PAR CHIMIOTHÉRAPIE. S'AGISSANT D'UNE ÉTUDE EMPIRIQUE, IL N'Y A PAS D'EFFECTIF PRÉCIS DE PATIENTS ET LES CONSULTATIONS ÉTAIENT RÉALISÉES PAR DES ÉTUDIANTS AU SEIN DE L'ÉCOLE D'OSTÉOPATHIE IDHEO NANTES SOUS SA SUPERVISION.

© Elsa Tavernier

CERTAINES RESSENTENT UN DÉSÉQUILIBRE ET UNE PERTE DE MOBILITÉ DE LEUR BRAS

LES PATIENTS REMPLISSAIENT UNE ÉCHELLE VISUELLE ANALOGIQUE (EVA) ET UN QUESTIONNAIRE DE QUALITÉ DE VIE.

TÉMOIGNAGE RECUEILLI PAR VIRGINA MONTE

L'objectif était d'évaluer les améliorations des effets secondaires du traitement de la chimiothérapie (nausées, vomissements, constipation, fatigue, douleurs, alopecie). Résultat : une amélioration générale de la qualité de vie des patients a été observée. Concernant l'acte ostéopathique en lui-même, les patients n'étaient traités qu'une seule fois. Le protocole de test était très précis afin d'adapter les techniques de traitements à la pathologie de chaque patient.

Les techniques préférentiellement utilisées étaient viscérales et tissulaires pour favoriser l'adaptabilité du corps à la chimiothérapie et limiter les effets secondaires. Les techniques structurales HVBA étaient interdites. Pour financer cette étude, j'ai bénéficié du soutien de l'association *France Lymphome Espoir*. Mais l'insuffisance d'études réalisées au préalable sur des animaux attestant des bénéfices de l'ostéopathie reste un blocage au financement. Dans mon cabinet, je reçois beaucoup de femmes touchées par un cancer du sein. Lorsqu'elles ont subi une chirurgie ou un curage axillaire, elles ressentent un déséquilibre ainsi qu'une perte de mobilité de leur bras dans certains cas. Elles échangent donc entre elles sur les effets positifs de l'ostéopathie et incitent ainsi d'autres femmes à venir consulter.

Un ressenti différent pour les cancers d'origines viscérales

Pour les cancers d'origines viscérales, c'est totalement différent. D'une part, les patients ne ressentent pas nécessairement de déséquilibre à ce niveau. D'autre part, ils ne savent pas que l'ostéopathie prend en charge la sphère viscérale.

De manière générale, les patients ne parlent pas nécessairement de leur cancer pendant une consultation. Pour plusieurs raisons :

- Ils sont frileux à l'idée d'évoquer leur cancer car ils pensent que ça n'intéresse pas l'ostéopathe.
- Ils n'ont pas bien compris leur traitement car on ne leur a pas assez expliqué.
- Ils n'imaginent pas que le traitement pouvait avoir des effets secondaires.

Je constate que les patients parviennent à faire confiance plus rapidement au thérapeute dans son cabinet de consultation plutôt qu'à l'hôpital. Ils autorisent plus volontiers l'ostéopathe à toucher leurs cicatrices. Ce dernier aide ainsi le patient à se reconnecter avec son corps pour se le réapproprier.

L'ostéopathie : un champ d'action au-delà des troubles fonctionnels

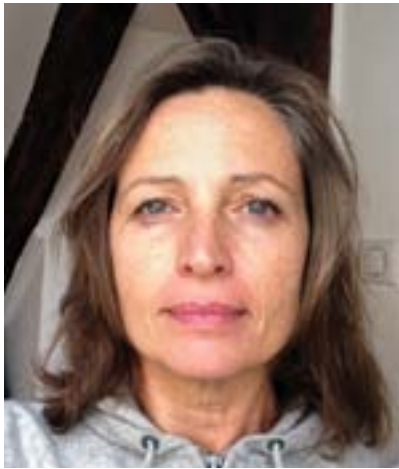
Andrew Taylor Still traitait ses patients en période préantibiotique. Il pensait le corps comme étant parfait avec la capacité de s'auto guérir. Partant du postulat que certaines techniques ostéopathiques pourraient aggraver l'état du malade, la prise en charge ostéopathique intégrée dans un système biomédical était limitée aux troubles fonctionnels en France. Alors que les études récentes en ostéopathie apportent la preuve d'un champ d'action de l'ostéopathie beaucoup plus étendu.

Osteopathic lymphatic pump techniques to enhance immunity and treat pneumonia (Hodge)

Abdominal lymphatic pump treatment increases leukocyte count and flux in thoracic duct lymph. Lymphat Res Biol. 2007;5:127-33 Hodge LM, King HH, Williams AG, Jr, Reder SJ, Belavadi TJ, Simecka JW, Stoll ST, Downey HF. The effect of cranial osteopathic manual therapy on somatic tinnitus in individuals without otic pathology: Two case reports with one year follow up, Amir Massoud Arad, Mohammad Reza Nourbakhsh, International Journal of Medicine Osteopathy.

témoignage

”



LAURENCE THOMAS

OSTÉOPATHE DO ET TITULAIRE DU DIPLÔME UNIVERSITAIRE PSYCHOSOMATIQUE (PARIS 7) ET D'UN DIPLÔME D'HYPNOSE ANALGÉSIQUE ET MÉDICALE (IFH), LAURENCE THOMAS EST CONSULTANTE AU CENTRE D'ÉVALUATION ET DE TRAITEMENT DE LA DOULEUR CHEZ L'ENFANT HÔPITAL ROBERT DEBRÉ. ELLE ACCUEILLE DANS SON CABINET, DE NOMBREUX PATIENTS CANCÉREUX

« Du point de vue ostéopathique, je travaillerai sur la respiration (diaphragme et cage thoracique), car ces patients sont souvent en apnée. Ma démarche thérapeutique reste néanmoins variable selon le patient et le type de cancer »

LES PRINCIPAUX CANCERS QUE JE RENCONTRE EN CABINET SONT DES CANCERS DU POUMON, DU SEIN ET DE LA PROSTATE. MON TRAVAIL OSTÉOPATHIQUE PORTE BEAUCOUP SUR LES CICATRICES. J'INTÈGRE ÉGALEMENT LES NOTIONS DE PSYCHOSOMATIQUE ET D'HYPNOSE ANALGÉSIQUE DANS MA PRISE EN CHARGE.

PROPOS RECUEILLIS PAR REZA REDJEM-CHIBANE

L'accueil de patients cancéreux est très important. Faire le bilan et définir précisément leur cancer constitue la première étape. C'est important, car dans la prise en charge médicalisée actuelle du cancer, les patients sont parfois perdus. Si une opération chirurgicale a été réalisée, je demande le compte-rendu à mes patients qui ne connaissent pas toujours le traitement qui leur a été appliqué.

Je travaille ensuite sur la relaxation. Si le patient exprime des douleurs, je peux proposer de l'hypnose. Du point de vue ostéopathique, je travaillerai sur la respiration (diaphragme et cage thoracique), car ces patients sont souvent en apnée. Ma démarche thérapeutique reste néanmoins variable selon le patient et le type de cancer.

Deux réactions possibles

Pour les femmes victimes du cancer du sein, le travail sur la cicatrice est primordial. On touche à la féminité et cette cicatrice reste parfois ignorée. Certaines femmes ne la regardent pas, voire même, ne la touchent pas. Je touche alors la cicatrice et j'observe leur réaction. Deux possibilités

➤ Soit il n'y aucune réaction. Je leur propose de masser la cicatrice après le traitement ostéopathique pour réveiller cette zone (en cas

de paresthésie notamment), car sur une cicatrice il y a des zones toujours insensibles selon les nerfs touchés.

➤ Soit la cicatrice est hypersensible avec parfois des sensations de brûlure en fonction de la zone. Elle peut également déclencher des réactions émotionnelles à travers des pleurs ou des paroles lorsque le patient n'a pas accepté la maladie. Surtout chez jeunes patientes pour lesquelles les effets secondaires des traitements sont plus difficiles à accepter (traitement anti-hormonal, ménopause précoce, etc.).

De manière très fréquente, je renvoie vers un psychologue. Et je travaille avec plusieurs psychologues selon la personnalité du patient pour un travail de psychologie ou de psychanalyse, car ces situations font toujours appel au passif du patient.

Les célioscopies laissent beaucoup d'adhérences

Pour les cancers du poumon, c'est différent. La cicatrice reste importante, mais je travaille sur la mobilité et sur les œdèmes. Le renvoi vers le psychologue est moins systématique. Les traitements par radiothérapie entraînent également beaucoup d'adhérences et par exemple pour les cancers de la gorge je travaille fréquemment la loge viscérale du cou. Pour les traitements par chimiothérapie, j'essaie de drainer en faisant toujours attention si la présence de

métastases est élevée. Selon moi, il faut toujours avoir un geste mesuré et rester prudent.

Pour les cicatrices, je travaille sur les drains et j'observe la mobilité au niveau fascial et tissulaire tout autour de la cicatrice. Parfois les adhérences peuvent être très profondes. Je remarque également que les célioscopies laissent beaucoup d'adhérences. Même si ces cicatrices sont plus petites que lors d'opérations chirurgicales classiques, il faut travailler ces incisions.

Pour tout patient, « je garde mes mains dans les poches » en début de consultation, car j'accorde beaucoup d'importance à la réflexion avant tout traitement. Car une douleur peut toujours être une métastase.

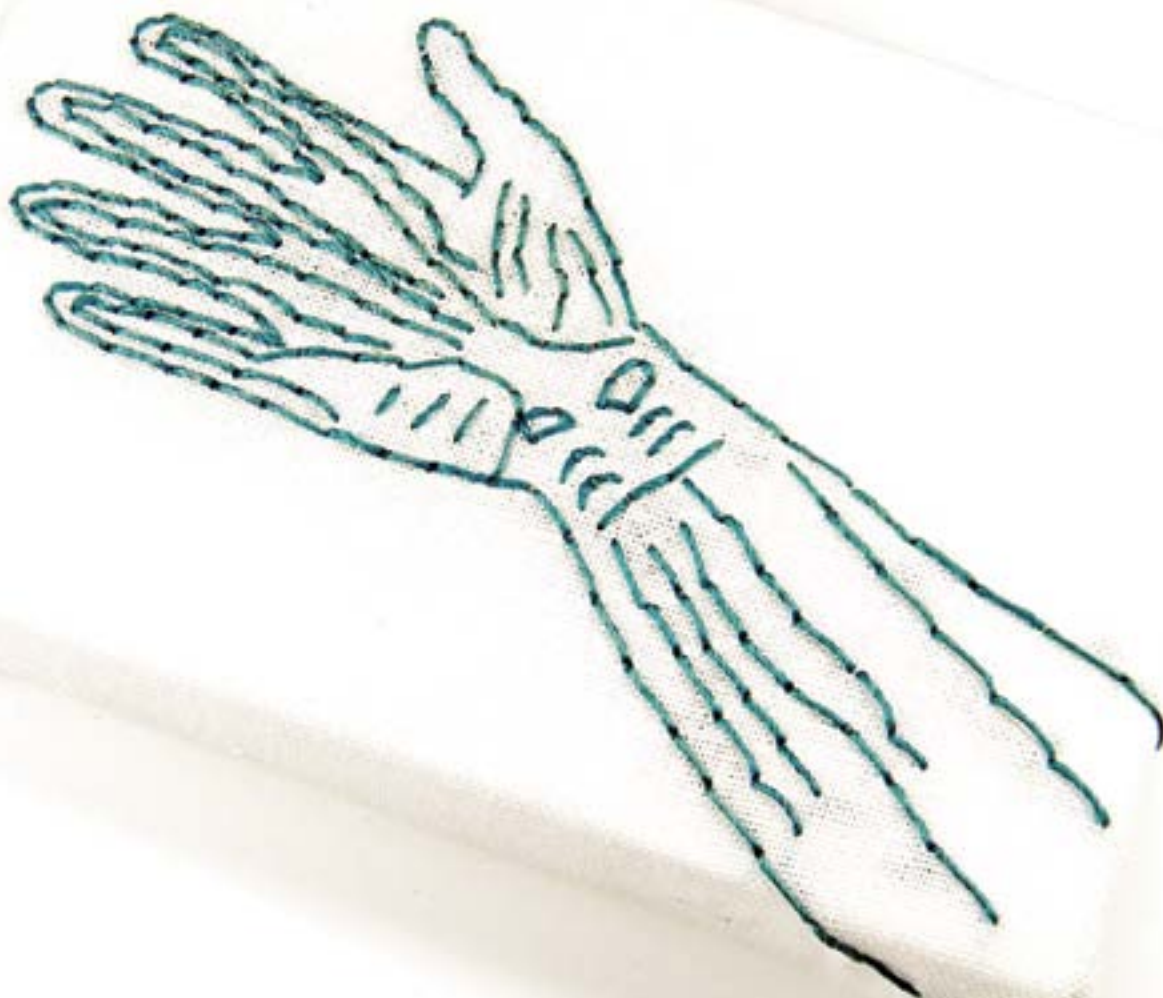
Empathie et bienveillance

J'essaie de voir les patientes 15 jours après l'intervention pour drainer (toujours en m'appuyant sur un compte-rendu opératoire) et je rapproche les 2 premières séances pour qu'elles soient espacées de 15 jours à 3 semaines. Les bénéfices obtenus me sont rapportés par les patients : meilleure mobilité, sensation de bien-être, diminution des œdèmes, etc.

Mais l'intérêt de l'ostéopathe dans cette prise en charge bien particulière réside dans l'empathie et la bienveillance. Avec des

« Pour les cicatrices, je travaille sur les drains et j'observe la mobilité au niveau fascial et tissulaire tout autour de la cicatrice »

consultations entre 45 minutes et une heure, l'ostéopathe propose une écoute impossible en milieu hospitalier par manque de temps. Sur ces corps meurtris, notre écoute différente est complémentaire de la prise en charge médicale.



**LAURENT FABRE**

OSTÉOPATHE DO ET TITULAIRE DE PLUSIEURS DIPLÔMES D'ANATOMIE CLINIQUE, IL ENSEIGNE DEPUIS 2005. SES RECHERCHES PORTENT SUR LES MÉCANISMES NEUROPHYSIOLOGIQUES DE LA DOULEUR ET PLUS PARTICULIÈREMENT SUR LE TRAITEMENT DE LA DOULEUR SELON LE MODÈLE BIOPSYCHOSOCIAL.



Modèle biomédical quelle impact pour l'ostéopathie ?

EN SÉPARANT LE CORPS ET L'ESPRIT, DESCARTES A CRÉÉ UN MODÈLE DE DUALITÉ DANS LEQUEL LA DOULEUR EST FORCÉMENT DUE À LA CAUSE : UNE AGRESSION À UNE EXTRÉMITÉ DU CORPS ENVOIE UN SIGNAL D'ALARME CÉRÉBRALE QUI S'ENCLENCHE POUR SIGNALER LA LÉSION.

PROPOS RECUEILLIS PAR VIRGINA MONTEL

Dans cette continuité se sont construites des théories et des modèles de compréhension de la douleur. La théorie de la spécificité (Von Frey 1895) a décrit des récepteurs spécifiques de la douleur qui envoient une stimulation cérébrale produisant une sensation de douleur. Le modèle biomédical de prise en charge de la douleur s'inscrit dans cette lignée.

Ce modèle est très utile en médecine, il part du principe que pour traiter un symptôme, on trouve la cause, on traite la cause et le symptôme disparaît. Appliqué à la douleur : il faut trouver la cause de la douleur et la traiter pour faire disparaître le symptôme. Suite au rapport Flexner les ostéopathes, ont intégré l'académisme de l'enseignement médical au début du XX^e siècle (fin de la médecine héroïque). Ils se sont enfermés dans ce modèle biomédical : la douleur est due à une lésion ostéopathique (dysfonction somatique).

L'évolution des théories

En 1970, Georges Libman Engel, psychiatre américain, présente le modèle biopsychosocial basé sur la combinaison de plusieurs théories, dont la théorie du gate control ou contrôle des portes (Melzack et Wall).

Cette dernière théorie combine celle de la spécificité, et celle des patterns ou mosaïque et qui suggère qu'une douleur puisse être produite par un motif spécifique inflammant les neurones. La théorie du « Gate control » met en évidence l'existence de récep-

teurs autres que ceux de la douleur pouvant également provoquer une réponse douloureuse en cas de stimulation.

Wall a amélioré cette théorie pour expliquer les douleurs fantômes en décrivant le modèle de la neuromatrice permettant d'introduire le « théorème neuropsychosocial ». En effet, toutes les informations du corps sont transmises à la neuromatrice qui, lorsqu'elle détecte un danger pour le corps, envoie une réponse douloureuse.

C'est grâce au Gate Control que l'on a découvert que la douleur n'était pas uniquement unidirectionnelle et spécifique de la périphérie vers le centre, mais qu'il existe une modulation du système nerveux central.

La prise en charge de la douleur doit aussi s'intéresser au système nerveux central

Le modèle biopsychosocial s'applique à prendre en compte les composantes biologiques, psychologiques et sociales de la douleur présentée par les patients. Selon cette équation, la réponse douloureuse prend en compte les émotions et expériences passées (comme dans l'effet Pavlov). La prise en charge de la douleur est donc totalement différente et le traitement ne doit pas se concentrer sur une cause, mais sur toutes les composantes de la douleur, en prenant en compte tous les mécanismes neurophysiologiques impliqués. L'action de l'ostéopathe ne se focalise plus uniquement sur les voies nociceptives, mais sur la modulation du système

nerveux central. Quels sont donc les éléments qui entraîneraient une réponse douloureuse de la neuromatrice ?

Physiologie de la douleur

Les yellow flags (ou facteurs psychosociaux) sont associés à la douleur. Plus ils sont nombreux, plus la douleur a de fortes chances d'évoluer vers la chronicité. Les mécanismes biologiques et neurophysiologiques impliqués sont :

- Douleur d'origine nociceptive : la stimulation des nocicepteurs envoie un signal électrique via les fibres nerveuses jusqu'à la moelle épinière qui module le message nociceptif et le transmet à la neuromatrice (c'est le cas par exemple dans le mécanisme douloureux de l'entorse ou dans les processus inflammatoires).
- Douleur d'origine centrale : la neuromatrice peut produire une douleur sans nécessairement impliquer les voies nociceptives (douleur fantôme, douleur de sensibilisation centrale, douleur de cheville chronique suite à une entorse)
- Douleur neuropathique périphérique : elle est due à une lésion ou une maladie du système nerveux périphérique. Cette réponse douloureuse est donc totalement variable.

Rôle de l'ostéopathe dans le modèle biopsychosocial

Essayer de trouver des lésions ostéopathiques (dysfonctions somatiques, lésion primaire) chez un patient afin de « trouver la cause » de sa douleur est problématique.

D'abord, c'est rester enfermé dans un modèle biomédical de la douleur. Ensuite, cela revient à surtout chercher des « faiblesses corporelles » chez un patient.

Cette démarche fait du thérapeute un acteur tout puissant de la guérison d'un patient dépendant. Elle « objectifie » le patient (comme un objet qu'il faut réparer) et cela va à l'encontre du principe essentiel de l'ostéopathie : le corps a tout pour s'auto guérir. Andrew Taylor Still disait : « Trouvez la lésion ostéopathique, réparez-la, et laissez la nature faire le reste ».

Dans le modèle biopsychosocial, le patient est un sujet acteur de sa santé en interaction avec son thérapeute. L'intégration des

« Essayer de trouver des lésions ostéopathiques est problématique. Car c'est rester enfermé dans un modèle biomédical de la douleur qui revient à surtout chercher des faiblesses corporelles chez un patient »

facteurs psychosociaux détermine la prise en charge de la douleur du patient et le traitement est adapté en fonction de la situation du patient. L'ostéopathe ne recherche donc plus de faiblesse à traiter chez le patient. Il devient ainsi un appui favorisant le mécanisme de guérison du corps.

Il serait intéressant d'informer les patients sur l'intérêt des neurosciences pour mieux les guider. En intégrant les neurosciences dans sa pratique, l'ostéopathe est en mesure de comprendre à quel point les mots peuvent affecter les patients sur la perception qu'ils ont d'eux-mêmes et de leur condition physique.

« Suite au rapport Flexner, les ostéopathes ont intégré l'académisme de l'enseignement médical au début du XXe siècle. Ils se sont enfermés dans ce modèle biomédical : la douleur est due à une lésion ostéopathique (dysfonction somatique) »

pour tout savoir sur l'ostéopathie
et l'actualité de la santé



FORMULE
PRO

**NOUVELLES
OFFRES
D'ABONNEMENT**
**PAPIER + WEB
+ SMARTPHONE
+ TABLETTE**

120 € / AN

- * 4 magazines FRAIS DE PORT INCLUS
- * Accès web 12 mois à tous les articles
- * Les numéros déjà parus à tarif préférentiel :
14,90 € au lieu de 25 €
- * Accès illimité aux archives
- * Accès aux tarifs Abonnés PRO pour les dossiers téléchargeables :
9 € au lieu de 15 €
- * Accès aux avantages du club Abonnés :
Réductions négociées & invitations : matériel, formations, congrès, etc.

je m'abonne et commande
mes numéros sur notre boutique en ligne

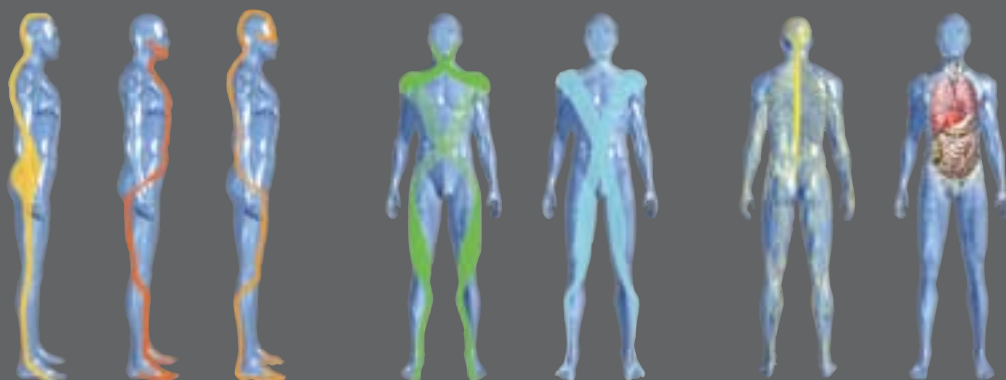
➡ www.osteomag.fr/boutique





méthode Busquet

une formation, une équipe



Formation : 8 séminaires de 3 jours

FRANCE : Pau, Paris, Lyon, Bordeaux, Toulouse, Pontivy, Lille,
Strasbourg, Nice, Salon-de-Provence, Dole, Réunion

SUISSE, BELGIQUE, ESPAGNE, PORTUGAL, RUSSIE, CANADA, ARGENTINE, BRÉSIL

Collection d'ouvrages offerte avec la formation des 8 séminaires



Formation bébé : 1 séminaire de 3 jours à Pau (Fr)



www.chaines-physiologiques-bebe.com



www.chaines-physiologiques.com



MISE AU POINT SUR DEUX « FORCES D'AUTOGUÉRISON »

La part du placebo en ostéopathie et les implications du nerf vague dans l'immunité.

Les mécanismes d'autoguérison sur lesquels repose l'action de l'ostéopathie sont trop nombreux pour être décrits dans un simple article. Nous allons donc nous intéresser à deux points particuliers de ces mécanismes.

Par Laurent Marc, ostéopathe DO



L'effet placebo, compagnon incontournable de la thérapeutique qu'elle soit du domaine de la pharmacopée, de la chirurgie, de la thérapie cognitivo comportementale, de la thérapie manuelle, etc., est toujours un point d'achoppement entre pratique et recherche en ostéopathie. Il est intéressant de voir ses implications dans les deux domaines. Nous reviendrons aussi sur le rôle du nerf vague dans l'immunité, aspect souvent relégué au second plan par rapport à l'aspect neurovégétatif vasculaire de ce dernier dans les ouvrages. De quoi entrevoir de nouvelles perspectives sur la pratique quotidienne en ostéopathie.

L'effet placebo : première force d'autoguérison ?

Avant d'approfondir la notion d'effet placebo dans le cadre spécifique de l'ostéopathie, il faut déjà décrire ses caractéristiques, ses déterminants et son mode d'utilisation.

L'effet placebo porte de nombreux de doux noms : *the hope effect*, *the belief effect*, *placebo response*, *the healer within*, *the placebo effect*, *contextual healing*, *meaning response*, *non-specific effects*, *remembered wellness*, *our deep unconscious*, *the body's own wisdom*, *healing power of the mind*, *meaning and context effect*, *the endogenous health care system*, *releasing the body's inner pharmacy*, *our natural health care management system* (Fulton, 2015). Sa dénomination dépendra de l'auteur de l'article et de son domaine de recherche et de publication.

L'effet placebo est défini comme « l'écart entre l'effet thérapeutique attendu d'un traitement et l'effet effectivement observé » (Lemoine, 2011). Il est aussi défini comme un effet consécutif à l'administration du traitement, mais non spécifique de celui-ci (Fulton, 2015). Son alter ego est nommé nocebo. Les deux constituent les deux faces d'une même et unique pièce et il n'est pas possible de les séparer. Une fiche Vidal fictive du placebo (voir figure 1 page 66) a été rédigée par le docteur Lemoine pour tenter de tracer les contours du placebo (Lemoine, 2006).

Il est à noter que cette dernière ne concerne que la forme médicamenteuse du placebo et que la thérapie manuelle n'y est pas représentée pour son « light touch », placebo régulièrement employé dans les études.

Efficacité de l'effet placebo : une évaluation grossière

Il est fréquent de lire que l'efficacité de l'effet placebo se situe aux alentours de 30 %, par exemple comme dans la fiche Vidal fictive du placebo. En réalité, c'est une approximation grossière basée sur une compilation d'articles (Aulas, 2009, Lemoine, 2006). L'effet placebo est une question de contexte, du symptôme visé, de relation soigné-soignant, par exemple. De plus, l'étude de cet

Fiche Vidal

PLACEBO (Poudre d'illusion)

► FORMES ET PRÉSENTATIONS

Gélules dosées à 0 mg, toutes couleurs ; boîtes de nombre variable (forme la plus prescrite)

Comprimés dosés à 0 mg, toutes couleurs ; boîtes de nombre variable

Gouttes dosées à 0%

Poudre orale ou pour suspension buvable dosée à 0 mg

Ampoules pour usage parentéral IV ou IM dosées à 0 mg

► COMPOSITION

Formes orales : lactose (le plus souvent)

Formes injectables : eau distillée ou sérum physiologique

► INDICATIONS

Capable d'améliorer, voire de guérir, un grand nombre de symptômes, mais plus particulièrement les signes dits fonctionnels. Globalement, le produit serait efficace dans environ de 30 % des cas. Placebo® peut être prescrit dans toutes les maladies, mais plus particulièrement lorsqu'il n'existe pas de produits objectivement efficaces qui soient disponibles.

Il est tout indiqué en début de traitement, pour faciliter la prescription d'un médicament inconsciemment refusé. Il est également indiqué en fin de traitement, dans les situations de sevrage médicamenteux. L'utilisation de Placebo® est obligatoire dans tous les protocoles de recherches comportant un groupe dit contrôle.

► POSOLOGIE

Placebo® est parfois utilisé en dose unique. Le plus souvent sa durée d'utilisation n'excède pas une à deux semaines, mais, notamment dans le syndrome d'attaques de panique, il a pu être prescrit avec succès pendant des périodes atteignant un an.

Adultes : 1 à 10 comprimés par jour, voire plus, pendant des périodes variables.

Enfants : en l'absence d'étude, aucune posologie ne peut être recommandée.

Animaux : en l'absence d'étude, aucune posologie ne peut être recommandée.

► CONTRE-INDICATIONS

Toutes les situations où la relation thérapeutique n'est pas parfaitement claire, où le prescripteur ne connaît pas exactement ses propres motivations.

Placebo® ne doit jamais être utilisé lorsque sa prescription cache une intention agressive, hostile ou méprisante chez le prescripteur.

Toutes les maladies évolutives où il existe un traitement efficace.

► MISE EN GARDE et PRÉCAUTION D'EMPLOI

Mise en garde :

Placebo® peut être redoutablement efficace, mais, en cas

d'utilisation mensongère éhontée, son utilisation peut se retourner contre son prescripteur.

► PRÉCAUTION D'EMPLOI

Placebo® doit être prescrit très peu souvent, car il est forcément associé à une certaine dose de mensonge. Il ne doit donc, en aucun cas, représenter un procédé automatique, car il peut détruire la relation thérapeutique.

Chaque fois que Placebo® est utilisé dans une cadre de recherche, sa prescription doit faire l'objet d'une explication détaillée, écrite et approuvée par un CCPPRB et être acceptée, également par écrit par le sujet.

Certains cas de toxicomanie ont été signalés..

► INTERACTIONS MÉDICAMENTEUSES

Placebo® peut être associé à tout autre traitement que souvent il potentialise. Dans certains centres anticancéreux, il a même été utilisé en association avec les opiacées afin d'en réduire les posologies.

► EFFETS INDESIRABLES

Comme tout produit efficace, Placebo® peut induire un certain nombre d'effets indésirables : asthénie, céphalées, nausées, vertiges, insomnie, diarrhée, constipation, anxiété sont les signes les plus fréquemment retrouvés (environ 20 à 30 % des cas).

► SURDOSAGE

Un certain nombre d'intoxications volontaires ont été signalées, l'une au moins ayant amené un coma hystérique rapidement réversible. Aucun effet toxique net n'a été signalé.

En cas de surdosage, un entretien prolongé doit chercher à analyser les tenants et aboutissants d'une telle conduite.

► PHARMACOCINETIQUE

Il n'a pas encore été possible de détecter le principe actif ou ses dérivés dans le sang ou les urines. La pharmacocinétique reste donc essentiellement clinique. Le Placebo® est en règle générale plus rapidement efficace, mais de façon plus transitoire que les produits auxquels il a été comparé.

LISTE I – VISA NL 0.000 – AMM 000001 –

► PRIX

Théoriquement gratuit, mais son coût peut énormément varier s'il est impur.

Non remb. Séc. Soc. Dans ses formes pures – Collect.

COMPAGNIE DES MEDECINS ET GUERISSEURS REUNIS

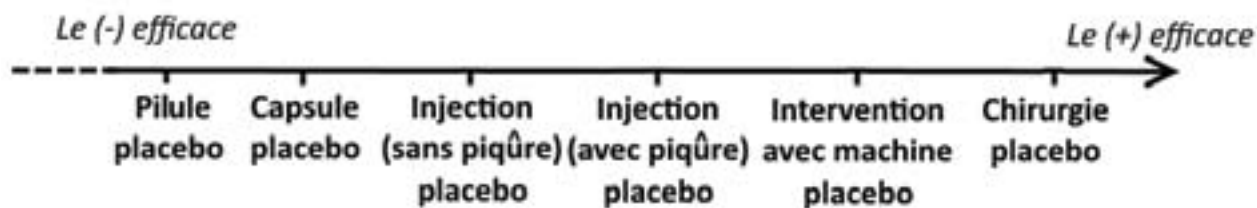
A WORLD COMPANY DIVISION

33, Rue de la Panacée

00000 Cocagne Cedex

UTOPIE

Figure 1. Fiche Vidal du Placebo d'après Docteur Lemoine (Lemoine, 2006)



© Laurent Marc

Figure 2. Echelle d'efficacité des placebos (D'après Fulton, 2015)

effet dans un protocole strict et éloigné de la pratique clinique classique a tendance à diminuer l'importance de cet effet. Il est difficile à étudier, car il demande des protocoles précis sachant imiter au mieux le réel déroulement d'une séance de soin pour être le plus proche possible de son niveau réel en clinique. Ainsi des protocoles très lapidaires d'administration le font tellement chuter qu'ils font dire que l'effet placebo n'existe pas. À l'inverse, les protocoles placebo en psychologie sont parfois plus impressionnants que l'intervention classique (comme une thérapie cognitivo-comportementale) et peuvent donner un effet plus important que ce dernier. En matière de placebo, tous ne se valent pas (voir figure 2 ci-dessus).

Effet placebo : plusieurs hypothèses

La nouveauté du traitement, son nom, son prix, la personne qui l'administre, mais aussi l'inconfort qu'il peut provoquer augmentent l'effet placebo. Au sein de l'ensemble de ces paramètres, il est important de s'interroger sur la place qu'occupe l'ostéopathie dans ce tableau. Mais avant tout, sur quoi repose l'effet placebo ? Comment marche-t-il ? etc. Plusieurs hypothèses ont été émises pour apporter une explication à l'effet placebo :

❶ **L'hypothèse psychophysiologique.** Elle est basée sur les travaux sur le conditionnement pavlovien (Aulas, 2009, Lemoine, 2006) qui peut reproduire, limiter, voire annuler certains effets pharmacologiques à la manière d'un effet placebo ou nocebo. Cependant, ce résultat est le résultat d'une répétition de l'exposition au stimulus qui permet le conditionnement. Or, l'effet placebo est présent dès sa première administration. Cette hypothèse ne permet donc pas d'expliquer totalement l'effet placebo. Néanmoins, dans un contexte où l'administration du médicament est répétée, il existe la possibilité d'un conditionnement du patient et d'une participation de celui-ci à l'effet placebo.

❷ **L'hypothèse psychologique.** Elle est basée sur la suggestion (Aulas, 2009). La manière dont le traitement est présenté par le prescripteur ou le thérapeute influence le résultat. Si le praticien le présente comme un traitement très efficace et nouveau, l'effet placebo sera très important. Si au contraire le praticien est sans grande conviction, voire négatif, le résultat sera amoindri (effet nocebo). Les messages positifs véhiculés par les paroles du thérapeute peuvent accélérer la récupération postopératoire par exemple (diminution du temps d'hospitalisation, diminution de la prise d'antalgique, diminution du nombre de jours de fièvre).

❸ **L'hypothèse neurophysiologique.** L'effet placebo pourrait être médié en partie par les circuits neuronaux utilisant les endomorphines dont la libération expliquerait l'amélioration des douleurs des patients (Aulas, 2009). Il reposerait aussi sur des mécanismes analgésiques non opioïdes. En fait, il agit pêle-mêle sur le tha-

« L'efficacité de l'effet est placebo est souvent évaluée aux alentours de 30 %. C'est une approximation grossière basée sur une compilation d'articles. L'effet placebo est une question de contexte, du symptôme visé, de relation soigné-soignant, etc. »

lamus, le cortex sensitivomoteur, le cortex insulaire antérieur, le cortex cingulaire antérieur, le cortex préfrontal ventro-latéral, le cortex préfrontal. L'effet placebo active les mêmes zones corticales que celles activées par les antalgiques, mais aussi des structures impliquées dans l'apprentissage (d'où le possible conditionnement).

Le conditionnement, les attentes/espoirs et le sens

En réalité, ces trois hypothèses se recoupent. La suggestion est le plus fort inducteur de l'effet placebo, mais le conditionnement le renforce davantage. Ces inducteurs entraînent une réponse qui sera médiée par les circuits neuronaux à endomorphine mais aussi les circuits non opioïdes dans le cadre de l'effet antalgique. Sur les autres paramètres que peut améliorer l'effet placebo (cognition, fonction digestive, par exemple), il est fort probable que ce dernier active d'autres circuits neuronaux comme celui à

la dopamine endogène par exemple. Mais rien que par le biais de certaines structures déjà relevées précédemment, les possibilités de l'effet placebo sont importantes. En réalité, il est souvent noté par les auteurs que l'effet placebo est un terme « portemanteau ». Il regroupe un certain nombre de phénomènes distincts qu'il est commode de rassembler sous un seul terme.

En complément de ces précédentes hypothèses, il semble que trois paramètres sont retenus par d'autres auteurs (Fulton, 2015) : le conditionnement, les attentes/espoirs et le sens. Le premier est basé les expériences passées, le second se place dans le futur du traitement, enfin le dernier est considéré comme le plus important, car spécifique du patient, de son système de référence (basé sur les expériences passées, l'environnement présent et sur ses attentes futures). L'influence des paramètres est cumulative.

Ostéopathie et placebo

La question de l'effet placebo en ostéopathie n'est pas récente. Elle existe depuis plusieurs décennies (Quef, 1990). Bien que ses implications et ses mécanismes étaient moins connus qu'aujourd'hui, les réponses formulées restent toujours pertinentes (mécanisme psychologique à l'œuvre, mesure de l'effet placebo en ostéopathie). La place accordée au placebo dans l'ostéopathie en pratique et en recherche est toujours source de discussion (Cerritelli et coll., 2016, Testa et coll., 2016).

Tout d'abord en recherche. Pour mesurer son effet exact, comme évoqué précédemment, la manière dont nous fabriquons l'effet placebo comme élément de comparaison détermine toute la conclusion qui va en découler. Si notre protocole est trop succinct et différent d'une séance classique, l'effet placebo sera faible. Si au contraire il est plus convaincant, il pourra être supérieur à l'effet thérapeutique supposé du traitement testé. Or, c'est là que se situe le nœud du problème en recherche en ostéopathie. Quelle est la validité du placebo (ou sham, en anglais) utilisé dans les protocoles ostéopathiques ? En dehors du light touch (toucher léger, sensé imiter un traitement fascia ou crânien) ou du false traitement (une imitation de traitement), point de salut ?

Gardons en tête lorsque nous lisons une publication, qu'un groupe placebo n'est pas un groupe sans traitement (contrôle/témoin). C'est un écueil souvent rencontré dans les publications (Fulton, 2015).

Placebo manuel ou non manuel ?

Une revue systématique s'est intéressée à cette question du placebo dans les études existantes en ostéopathie (Cerritelli, 2016). Il en ressort qu'il existe une multitude de placebos utilisés en recherche : manuel, non manuel ou une combinaison des deux.

Le placebo manuel implique un contact de la main du thérapeute, le second passe par un intermédiaire, le troisième est une combinaison des deux précédents. Le toucher est le plus fréquent, il peut être léger (light), délicat (gentle), doux (soft), dur (hard) ou thérapeutique (therapeutic). Concernant la seconde catégorie, il s'agit de thérapie avec des aimants, des ultrasons, du laser, de la diathermie (échauffement d'origine électrique), du soin usuel, un placebo d'anti-inflammatoire non stéroïdien, une absence de traitement.

Tous ne sont pas inertes, et il est difficile de penser qu'une absence de traitement est un placebo, mais simplement un groupe témoin donc la fonction n'est pas la même. D'une manière générale, les informations sont très succinctes sur l'application du placebo (durée d'application, information sur le thérapeute, type du placebo)

dans les protocoles, ce qui nuit d'une manière générale à la possibilité de reproductibilité des expériences, mais aussi contribue à un grand risque de biais. Les effets secondaires des placebos manuels sont en général bien rapportés.

La plus grande conséquence de cette absence de standard et de consensus sur le placebo en recherche ostéopathique est qu'il n'est pas possible pour le moment de conclure sur l'effet de l'ostéopathie. Le light touch va par exemple activer les mécanorécepteurs créant une réaction neurovégétative. Cerritelli et son équipe conseillent donc concernant le placebo de détailler systématiquement la procédure de la manière la plus précise possible.

« Le fait que certains patients soient habitués à être manipulés ne peut-il pas modifier l'effet placebo ? Recruter des patients dans les cliniques des écoles ou dans un cabinet n'est-il pas un biais majeur ? »

Être habitué à être manipulé modifie-t-il l'effet placebo ?

Le choix des patients est aussi une composante non négligeable. Nous avons vu que l'administration d'un traitement de manière

fréquente, conditionne le patient et participe à créer/renforcer l'effet placebo. Dès lors, le fait que certains patients soient habitués à être manipulés ne peut-il pas modifier l'effet placebo ? Le recrutement des patients dans le centre de soin d'une école ou d'un cabinet n'est-il pas un biais majeur ? Cette habitude à la prise en charge ostéopathique n'est pas souvent relevée dans les études publiées en ostéopathie, notamment celles où les patients reçoivent en plus de nombreuses séances de manière rapprochée. Notons qu'avec la démocratisation de l'ostéopathie due au remboursement des honoraires par les mutuelles, l'accès à une population vierge a minima de manipulations vertébrales voire d'ostéopathie paraît de plus en plus utopique. Ce point méritait tout de même d'être soulevé. Enfin, toujours dans cet aspect de mise au point de protocole, il nous faut parler d'un effet nocebo particulier appelé lesbo et qui est une diminution de l'effet de la thérapie évaluée par la

simple crainte par le patient de recevoir le placebo. Lorsqu'un patient est enrôlé dans une étude, il lui est signifié qu'il peut selon le groupe dont il fera partie, recevoir soit le traitement, soit un placebo, soit rien du tout (groupe contrôle ou témoin). Le fait que le patient redoute de recevoir le placebo en lieu et place du traitement produit un effet nocebo qui va diminuer l'effet du traitement dans le groupe traité, et donc diminuant les résultats mesurés par l'expérimentateur (Chevalier, 2017).

Faire évaluer la pertinence du placebo par des patients

Une étude (Chaibi et coll, 2015) publiée récemment avait pour objectif la mise au point et l'évaluation d'un placebo pour la recherche en thérapie manuelle dans la prise en charge des migraines. En lieu et place du traitement basé sur des recoils périrachidiens, le groupe placebo reçoit les mêmes manœuvres au niveau scapulaire et glutéal. La pertinence du placebo est jugée par les patients qui doivent évaluer si selon eux, ils ont reçu le vrai traitement ou le placebo. Cette étude s'assure seulement de la crédibilité de la manœuvre placebo, mais l'effet en soi n'est pas évalué. Il est donc prématuré de parler de validité du placebo. Le but de cette étude est surtout de vérifier la possibilité d'aveugler correctement les groupes de patients. Un protocole similaire a été effectué pour les techniques craniocervicales (Haller et coll., 2014) dans le cas de cervicogenie chronique. Créer un placebo crédible aux yeux des patients n'est pas chose aisée (Hawk et coll, 2005). Il existe bien des questionnaires disponibles pour évaluer la perception du traitement qu'en ont les patients (Mulcahy et Vaughan, 2014). Une étude pilote (Loughe et coll., 2013) a tenté d'évaluer des placebos avec l'utilisation de pain pressure thresholds pour objectiver l'effet, mais avec un échantillon trop faible (10 patients), les résultats sont donc à prendre avec prudence. Reste à attendre l'étude complète avec l'échantillon nécessaire pour pouvoir trancher.

Existe-t-il un effet placebo chez les nourrissons ?

Une équipe (Martelli et coll, 2014) a voulu vérifier l'existence de l'effet placebo chez les nourrissons lors de l'utilisation du light touch. Étonnamment, aucun effet n'a été mis en évidence. Ces résultats sont cohérents avec la littérature, il semble que les nouveau-nés soient moins soumis à l'effet placebo (Cerritelli et coll, 2012, Barbier, 1994). La cause exacte de cette absence d'effet n'est pas encore établie. Nous l'avons vu, cet effet est principalement médié par le cerveau. Celui d'un nouveau-né est encore en

cours de maturation. Peut-être l'effet placebo n'est-il pas encore présent ? Le conditionnement et la suggestion ne sont peut-être pas encore possibles.

Enfin, une dernière étude (Hancock et coll, 2006) s'est intéressée à l'avis de 25 différents experts (cliniciens et/ou universitaires) du sujet sur une liste de 10 placebos établie par Hancock et son équipe. Il semble que sur les 16 experts qui ont répondu, peu d'entre eux sont d'accord sur les placebos vraiment « inertes » et ceux vraiment crédibles. Nous voyons donc que le sujet est loin de faire consensus.

Quelle est la conséquence de tous ces points méthodologiques ? Cela remet en question l'interprétation de toutes les études où le traitement ostéopathique ne dépasse pas un placebo. Ce dernier n'est pas en ostéopathie une simple pilule de sucre. Il implique un contact palpatoire avec le patient et il est donc non inerte (Birch, 2006). Si le placebo n'en est pas vraiment un, comment être sûr que ce dernier n'a pas simplement le même effet spécifique associé au même effet placebo que le traitement ostéopathique ? C'est un champ de recherche encore relativement jeune dans notre branche. Pensons aux nombreuses études (MOPSE par exemple) dans lesquelles le placebo pourrait ne pas en être un. Cela changerait totalement l'interprétation des résultats.

Savoir placer le placebo

Le principal écueil des études qui ont étudié l'effet placebo en thérapie manuelle est souvent de juger la crédibilité de la manœuvre choisie. Malheureusement, le but d'une manœuvre placebo est de s'assurer qu'elle n'est qu'un placebo. Un protocole qui pourrait être efficace serait de comparer le placebo à deux choses : un placebo classique médicamenteux et un traitement dont l'effet thérapeutique a déjà été mesuré contre placebo. De manière à savoir où se place notre placebo entre ces deux valeurs de référence (voir figure 3 ci-dessous). Plusieurs cas peuvent s'offrir à nous. Dans le cas 1, notre placebo manuel a un effet similaire ou inférieur au placebo classique. Une fois sa crédibilité testée comme dans le protocole de Chaibi et de ses collaborateurs et que celle-ci apparaît comme bonne, cette manœuvre peut être considérée comme un placebo crédible en recherche. Dans le cas 2, l'effet est supérieur à celui du placebo classique et inférieur à celui du traitement de référence, la question d'un effet thérapeutique possible doit être discutée et son utilisation doit être suspendue en tant que placebo. Le cas 3 est similaire au cas 2, mais la situation est plus tranchée et la

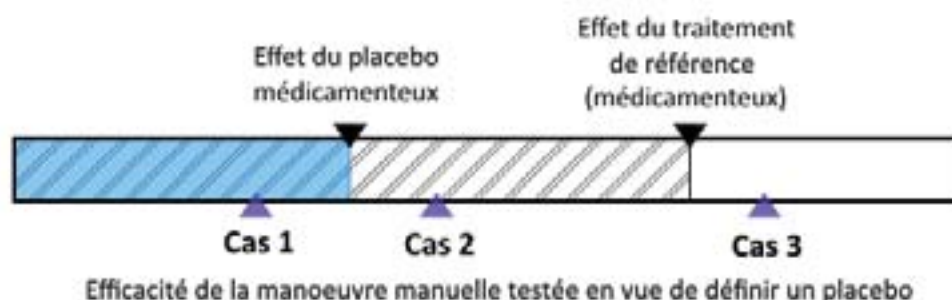
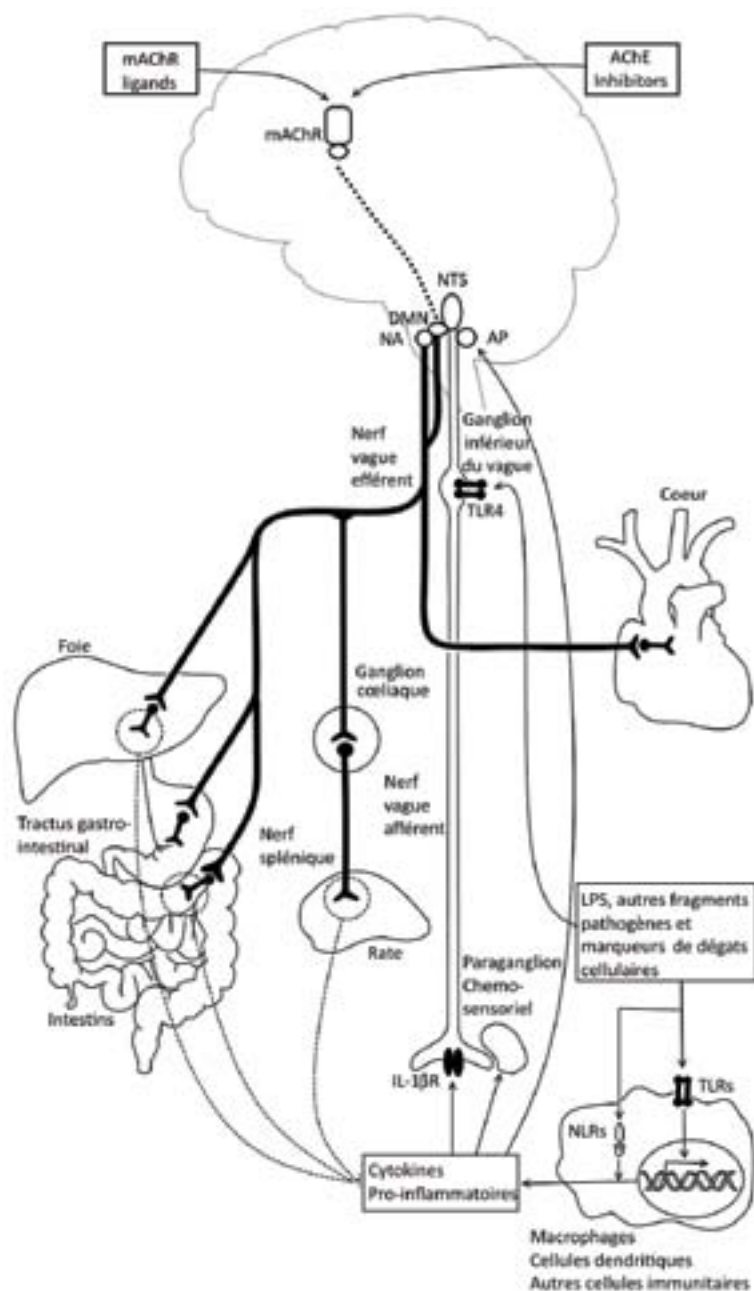


Figure 3. Principe de la première étape d'évaluation d'une manœuvre placebo en ostéopathie



© Laurent Marc

Figure 4. Anatomie fonctionnelle du réflexe inflammatoire (D'après Pavlov et Tracey, 2015)

manœuvre ne peut être envisagée comme un simple placebo. Elle a visiblement un véritable effet thérapeutique.

Et dans la pratique ?

D'un point de vue éthique, rechercher le meilleur effet placebo possible dans une prise en charge est logique. Elle vise à améliorer au maximum l'état de son patient en diminuant au maximum les effets indésirables. Quoi de plus louable ? C'est d'ailleurs un point que soutiennent d'autres auteurs (Bialosky et coll, 2011). D'un point de vue du concept et de la philosophie, cela rentre parfaitement dans les principes ostéopathiques puisqu'il s'agit de mobiliser au maximum les forces d'autogénération. Pour preuve, cette conclusion du docteur Patrick Lemoine sonne étrangement familière pour ceux ont déjà lu les ouvrages de Still :

« Notre cerveau est le siège administratif d'une formidable compagnie pharmaceutique capable, à volonté, d'ordonner à ses unités

de production réparties dans l'ensemble du territoire de notre organisme, de fabriquer tous les médicaments du monde : antibiotiques, antimittotiques, anticancéreux, antalgiques, cicatrisants, antipyrétiques, anxiolytiques, antidépresseurs, anti-inflammatoires, etc. » Il peut aussi activer d'autres circuits impliquant des équivalents naturels de substances plus sulfureuses, anandamide (cannabis), alcool, amphétamines, nicotine, cocaïne, LSD, endorphine (héroïne)...

Le directeur général de toute cette industrie est l'effet placebo, lui-même placé sous la présidence de la qualité de la relation thérapeutique basée sur une confiance réciproque » (Lemoine, 2011). Néanmoins, cette conclusion a le mérite de mettre en avant le rôle prépondérant du cerveau dans toute cette machinerie.

Le nerf vague, une action concrète sur le système immunitaire ?

PLACEBO

Un allié de choix pour les thérapeutes

L'effet placebo n'est pas quelque chose de honteux, ni une absence d'effet, bien au contraire. Il est en effet possible de le renforcer dans une prise en charge.

Fulton s'est penché sur le sujet et a dégagé de la multitude de publications sur le sujet un certain nombre d'axes sur lequel un ostéopathe peut agir pour améliorer encore plus significativement l'état de son patient (Fulton, 2015).

Potentialiser le conditionnement

Comme nous avons vu plus haut, l'un des leviers est le conditionnement. La répétition des prises en charge renforce l'effet placebo associé au traitement. Cela peut aussi être lié à une technique, ou un style de technique qui avait donné un bon résultat, sa réutilisation à chaque prise en charge peut réutiliser et renforcer l'effet placebo associé chez le patient. Cela peut aussi être obtenu en modifiant une technique pour la présenter comme nouvelle et avec des résultats plus importants que la précédente. Autre possibilité d'améliorer cet effet placebo : cumuler cette technique avec une précédente qui avait déjà marché.

L'inverse peut aussi être vrai. Par exemple, un patient qui a eu une mauvaise expérience des manipulations vertébrales pourra associer un effet nocebo à ce type de technique. De même, proposer à des patients de reproduire eux-mêmes des gestes similaires à ceux du praticien et qui les ont soulagés peut aussi participer à reproduire un effet placebo par conditionnement.

En effet, certains bénéfices de l'exercice physique sont liés à l'effet placebo. Il s'agit de reproduire un effet similaire (Fulton, 2015, Crum et Langer, 2007).

Le choix des phrases dans la communication avec le patient est aussi important : impliquer le patient dans la réussite de son traitement, souligner les précédents succès avec d'autres patients ayant présenté le même motif de consultation ou avec le patient pris en charge, se focaliser sur des résultats réalistes qui interviendront à court terme (amélioration de la mobilité, diminution de la douleur, etc.), objectiver certains résultats qui peuvent être présentés au patient, etc.

La consultation en ostéopathie suit une certaine routine (anamnèse, test, traitement, conseil). Elle est un repère important pour le patient.

Agir sur les attentes/espoirs

Concernant les attentes/espoirs, autre paramètre de l'effet placebo, il y a aussi quelques leviers sur lesquels agir. Nous avons vu qu'il y avait une échelle d'efficacité des différents placebos en fonction du support (pilule, injection, machine ou chirurgie). Ainsi, cela pourrait expliquer les résultats cliniques concernant l'application d'autre intervention (kinésio-taping, cupping, etc.) dont l'effet n'est pas encore démontré, en plus du traitement ostéopathique. La manière d'appliquer un traitement peut renforcer aussi l'effet placebo associé, selon que l'appui est ferme ou léger pour certains patients cela peut avoir une influence. Rappeler aux patients que des études scientifiques prouvent que des sujets asymptomatiques présentent très fréquemment de l'arthrose et des hernies discales permet de renforcer les espoirs d'une récupération malgré la présence de l'un ou de l'autre à la radiographie. Présenter les choses de la manière la plus optimiste possible va aussi renforcer le placebo. La manière de présenter les effets secondaires compte aussi. En effet, si le consentement éclairé est un point fondamental de la prise en charge et de la confiance entre le patient et l'ostéopathe, il ne s'agit pas de noircir le tableau, mais de présenter les effets secondaires comme possibles, mais pas systématiques. Comme avec le conditionnement, il faut d'abord choisir des objectifs réalistes à court terme afin de renforcer les espoirs du patient dans sa récupération.

Environnement, motivation et confiance

L'environnement de soin compte aussi beaucoup. Une pièce mal insonorisée, mal chauffée peut gêner la mise en place d'un contexte de soin non propice à la guérison du patient. La motivation est aussi moyen

de renforcer le placebo : il s'agit de choisir des exemples ou des objectifs en rapport avec le mode de vie du patient. C'est d'autant plus vrai chez les patients sportifs par le biais de temps/distance de course ou de poids soulevé, par exemple. Apporter des informations ou des sources permettant aux patients d'améliorer leur connaissance (sur leur corps, sur la guérison ou sur leur pathologie), ou la prévention des blessures, tout comme relativiser certains échecs (toujours chez les sportifs) sont d'autres moyens d'entretenir la motivation du patient.

La confiance est une composante non négligeable. Honorer ses rendez-vous, créer des objectifs raisonnables, aider le patient à comprendre le processus de guérison, expliquer son plan de traitement, exposer le rôle du patient dans sa guérison, ne pas diminuer le patient, ne pas interrompre de manière importune la consultation, prendre le temps nécessaire de la consultation, admettre de ne pas tout connaître voire réorienter le patient au besoin sont importants pour instaurer la confiance avec son patient.

Restaurer la sensation de contrôle du patient sur son corps

Enfin, l'écoute et l'attitude du praticien sont bien entendu des composantes qui sont bien connues de la relation patient-praticien. Il faut aussi restaurer la sensation de contrôle du patient sur son corps et essayer de diminuer son niveau de stress. Cela passe par tous ces leviers dont nous avons déjà parlé. En résumé, le placebo est un effet incontournable de l'ostéopathie et de la médecine en général qui cadre parfaitement avec la philosophie de notre profession.

C'est une problématique toujours d'actualité en recherche en ostéopathie et un effet qui reste difficile à mesurer. Dans la pratique, c'est un levier à utiliser pour améliorer la récupération du patient. Il ne s'agit pas de tromperie, mais de l'utilisation de mécanismes présents chez le patient qui vont mobiliser de nombreux mécanismes d'autoguérison.

« Il nous faut parler d'un effet nocebo particulier appelé lessebo. C'est une diminution de l'effet de la thérapie évaluée par la simple crainte par le patient de recevoir le placebo »

Nous avons vu dans le compte rendu du symposium d'ostéopathie de Lausanne 2016 (voir *L'ostéopathe magazine* #31) que le système nerveux entérique (auquel le nerf vague participe) était particulièrement important. Nous avons parlé de la motricité, du microbiote et d'homéostasie, mais un rôle avait été un peu oublié. Alors qu'aujourd'hui, nous nous intéressons aux forces d'autogénération, son rôle dans l'immunité doit être souligné.

Il semble que les liens entre le système nerveux et l'immunologie soient étroits (Pavlov et Tracey, 2015). Le dialogue de ces deux systèmes passe par une voie neuro-hormonale (comme le mécanisme de la soupe inflammatoire, les cytokines, etc.). Ces dernières vont stimuler la voie afférente du nerf vague à destination du noyau du tractus solitaire. La réaction du nerf vague passe par la voie cholinergique anti-inflammatoire gérée par son système effecteur. Elle va, par le biais de ses terminaisons nerveuses au niveau de la rate, diminuer la réponse excessive pro-inflammatoire due aux cytokines en relarguant de l'acétylcholine qui va interagir avec des récepteurs spécifiques des macrophages (Alpha-7nAChR) et d'autres cellules immunitaires. Cela va diminuer l'activation de ces dernières par une diminution de la production de TNF (Tumor Necrosis Factor) et de cytokine pro-inflammatoire.

Le rôle du nerf vague dans l'inflammation intestinale

Le nerf vague pourra, selon son action sur les différents organes, agir sur l'hypotension due à un choc hypovolémique par le biais de l'expression de certains facteurs hépatiques, bloquer une hémorragie périphérique, et prévenir les saignements incontrôlés. Dans les cas d'inflammation intestinale, le nerf vague va moduler la

Bibliographie

AULAS JJ, Placebo et effet placebo en médecine, 1ère édition, 2009, book-e-book : Sophia-Antipolis, 68 pages.

BARBIER P, LIONNET C, JONVILLE AP, HAMON B, AUTRET E, LAUGIER J, BERGER C, Does the placebo effect exist in newborn infants ? *Thérapie*, 1994, 49(2) : 113-6.

BIALOSKY JE, BISHOP MD, GEORGE SZ, ROBINSON ME, Placebo response to manual therapy : something out of nothing ? *Journal of manual and manipulative therapy*, 2011, 19(1): 11-19.

BIRCH S, A review and analysis of placebo treatments, placebo effects, and placebo controls in trials of medical procedures when sham is not inert, *Journal of alternative and complementary medicine*, 2006, 12(3): 303-310.

CERRITELLI F, VERZELLA M, CICCHITTI L, D'ALESSANDRO G, VANACORE N, The paradox of sham therapy and placebo effect in osteopathy, a systematic review, *Medecine*, 2016, 95:35.

CERRITELLI F, BARLAFANTE G, RENZETTI C, RICCI F, LOPRETE N, PIZZOLORUSSO G, FUSILLI P, D'INCECCO C, Is the placebo effect revealable in Newborn? Results from an RCT in Osteopathy, *Arch Dis Child*, 2012, 97: A275-A276.

CHAIBA A, BENTH JS, RUSSELL MB, Validation of a placebo in a manual therapy randomized controlled trial, *Sci. Rep.*, 2015, 5: 11774.

CHEVALIER P, Qu'est ce qu'un placebo (troisième partie)? *Minerva*, 2017, 16(1) : 26-27.

CRUM AJ, LANGER EJ, Mind-set matters: exercise and the placebo effect, *psychological science*, 2007, 18(2): 165-171.

FULTON B, The placebo effect in manual therapy, improving clinical outcomes in your practice, 1st edition, 2015, Handspring publishing: Pencaitland, 284 pages.

HALLER H, OSTERMANN T, LAUCHE R, CRAMER H, DOBOS G, Credibility of a comparative sham control intervention for Craniosacral Therapy in patients with chronic neck pain, *Complementary Therapies in Medecine*, 2014, 22: 1053-1059.

HANCOCK MJ, MAHER CG, LATIMER J, McAULEY JH, Selecting an appropriate placebo for a trial of spinal manipulative therapy. *Australian Journal of physiotherapy* 52: 135-138.

HAWK C, LONG CR, ROWELL RM, GUDAVALLI MR, JEDLICKA J, A randomized trial investigating a chiropractic manual placebo: A novel design using standardized forces in the delivery of active and control treatments, *Journal of alternative and complementary medicine*, 2005, 11(5): 109-117.

LEMOINE P, Le mystère du placebo, 1ère édition, 2006, Odile Jacob poches : Paris, 258 pages.

LEMOINE P, Pharmacologie de l'âme ou le mystère du placebo, *Bull. Acad. Natle Méd.*, 2011, 195 (7) : 1465-1476.

LOUGEE H, JOHNSTON RG, THOMSON OP, the suitability of sham treatments for use as placebo controls in trials of spinal manipulative therapy: a pilot study, *Journal of Bodywork and Movement therapies*, 2013, 17: 59-68.

MARTELLI M, CARDINALI L, BARLAFANTE G, PIZZOLORUSSO G, RENZETTI C, CERRITELLI F, Do placebo effects associated with sham osteopathic procedure occur in newborns? Results of randomised controlled trial, *Complementary Therapies in Medecine*, 2014, 22, 197-202.

MULCAHY J, VAUGHAN B, Sensations experienced and patients perceptions of osteopathy in the cranial field treatment, *Journal of evidence-based complementary and alternative medicine*, 19: 235.

PAVLOV VA, TRACEY KJ, Neural circuitry and immunity, *Immunol Res*, 2015, 63(0) : 38-57.

QUEF B, influence de l'effet placebo en ostéopathie, *OSTEO*, 2009, 1 : 17-21.

SHERWIN E, SANDHU KV, DINAN TG, CRYAN JF, May the force be with you: the light and dark side of the microbiota-gut-brain axis in neuropsychiatry, *CNS Drugs*, 2016, 30: 1019-1041.

migration des cellules immunitaires localement. Il aura aussi un rôle dans la gestion de la septicémie.

Il semble qu'au niveau du cerveau, il existe une commande neuro-modulatrice de l'immunité gérée par la voie cholinergique. Ces voies ont des innervations vers un nombre important de structures corticales, l'hippocampe, et l'amygdale. Nous retrouvons ici des éléments décrits dans le compte-rendu du symposium d'ostéopathie de Lausanne 2016 publié dans le numéro 31 de *L'ostéopathe magazine*. Comme décrit par Damasio, nous voyons que les structures gérant l'homéostasie ont des liens étroits avec les systèmes liés aux émotions et à la mémoire. L'ensemble du réflexe inflammatoire est résumé dans la figure 4 (page 70).

Le nerf vague : un axe anti-inflammatoire

N'oublions pas enfin le rôle d'axe de communication que représente le nerf vague entre le microbiote et le cerveau (Sherwin et coll, 2016). Cette communication passe par les métabolites bactériens (le Lipopolysaccharide ou LPS), mais aussi par le biais des cytokines précédemment citées (IL-6, IL-1-Beta). En fait, en modulant la réponse inflammatoire grâce au nerf vague, les bactéries vont influencer sur la fonction cérébrale et le comportement.

Cet axe anti-inflammatoire médié par un nerf majeur du système nerveux périphérique devrait intéresser les ostéopathes qui recherchent une action systémique anti-inflammatoire. Cette dernière peut trouver son intérêt dans de nombreuses pathologies auto-immunes inflammatoires.

De plus, ce lien étroit avec les structures de la gestion des émotions et de la mémoire peut nous permettre de lier cet axe avec les mécanismes de l'effet placebo précédemment cités. Cet axe longtemps considéré comme un axe neurovégétatif recouvre, au

vu des dernières publications, une place centrale entre plusieurs systèmes (émotionnel, micro-biotique, immunitaire, etc.).

Les forces d'autoguérison

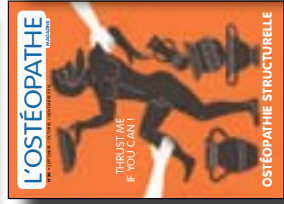
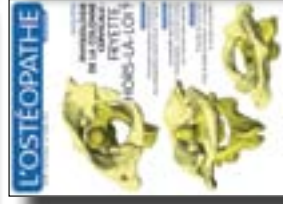
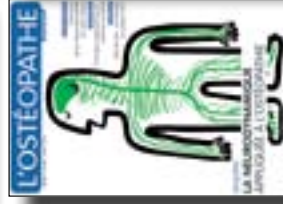
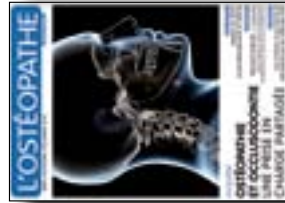
Les principes qui guident la profession depuis maintenant plus d'un siècle et demi s'en trouvent plus que jamais renforcés par les découvertes actuelles. Selon que l'on se place dans un contexte de recherche ou de clinique, le placebo ne revêt pas la même valeur. Si l'on cherche à le mesurer précisément et s'il peut parfois être un obstacle dans le premier cas, il doit être recherché dans le second cas pour adhérer parfaitement à cette volonté d'employer les forces d'autoguérison du patient. Ces dernières répondent à divers mécanismes psychologiques et cognitifs où le cerveau est le chef d'orchestre.

Au-delà de l'aspect biomécanique souvent mis en avant, il est probable que l'action des techniques ostéopathiques soit avant tout médiée par les voies neurales du patient et vienne mobiliser des voies qui sont aussi stimulées par l'effet placebo. L'aspect mécanique est alors secondaire par rapport à l'aspect neurologique. Dans cette même idée, un nerf central du système neurovégétatif semble, en plus de ses rôles viscéro-moteur et viscéro-sensitif, avoir un rôle de neuro-modulation (action anti-inflammatoire) et d'axe de communication entre plusieurs systèmes. Ce nerf, c'est le nerf vague.

Ces deux exemples montrent combien l'ostéopathe peut avoir un rôle intéressant dans de nombreuses pathologies où ses indications ne sont pas encore démontrées. Ces dernières pourraient être des axes de recherche particulièrement prometteurs. En attendant, ils peuvent être d'excellents axes pour réaliser ou améliorer nos traitements.

« Selon que l'on se place dans un contexte de recherche ou de clinique, le placebo ne revêt pas la même valeur. Si l'on cherche à le mesurer précisément et s'il peut parfois être un obstacle dans le premier cas, il doit être recherché dans le second cas pour adhérer parfaitement à cette volonté d'employer les forces d'autoguérison du patient »

Toute la collection de l'ostéopathe magazine





KALIVIA, 1^{ER} RÉSEAU DE SOINS EN FRANCE OUVRE UN NOUVEAU PARTENARIAT AVEC LES OSTÉOPATHES

LA RÉPONSE À UNE DEMANDE FORTE DES BÉNÉFICIAIRES DES COMPLÉMENTAIRES SANTÉ

Le recours à l'ostéopathe est de plus en plus fréquent, et les contrats individuels ou collectifs des complémentaires santé intègrent pour la plupart une garantie « médecines complémentaires ».

Adhérents à titre individuel ou salariés d'entreprise s'adressent de plus en plus

souvent à leur complémentaire afin de trouver des ostéopathes à proximité de leur domicile ou de leur lieu de travail.

Dans ce contexte l'identification, par les complémentaires santé, de professionnels de qualité répondant au besoin de leurs bénéficiaires devient indispensable.

KALIVIA OSTÉO, UN PARTENARIAT UNIQUE FONDÉ SUR DES ENGAGEMENTS RÉCIPROQUES

Kalivia et les complémentaires s'engagent à :

- ▶ Valoriser la qualité de la formation et la pratique des ostéopathes partenaires
- ▶ Informer les adhérents de l'existence du partenariat et des bénéfices de l'ostéopathie
- ▶ Mettre à disposition, auprès des bénéficiaires utilisateurs du réseau, des outils de géolocalisation permettant d'identifier les ostéopathes partenaires
- ▶ Préserver la liberté de pratique des ostéopathes partenaires
- ▶ Mettre à leur disposition des outils ergonomiques facilitant la saisie des notes d'honoraires.

Dans le cadre de ses consultations avec les patients bénéficiaires Kalivia, l'ostéopathe s'engage à :

- ▶ Respecter les engagements de la charte qualité Kalivia rédigée en étroite collaboration avec des ostéopathes en exercice, et s'appuyant sur les textes en vigueur et les bonnes pratiques de la profession
- ▶ Saisir sa note d'honoraires sur l'outil Kalivia mis à sa disposition, en respectant les honoraires qu'il a déclarés lors de son adhésion à Kalivia.

QUI SOMMES-NOUS ?



**Union
Harmonie
mutuelles**



malakoff médéric

Kalivia est une société née de la volonté de 2 complémentaires santé issues de l'économie sociale et solidaire : le groupe Malakoff Médéric et l'Union Harmonie Mutuelles.

L'objectif de Kalivia est d'améliorer et faciliter l'accès aux soins des bénéficiaires en nouant des partenariats avec des professionnels de santé de qualité, sous la forme de réseaux ouverts (c'est-à-dire sans *numerus clausus* par zone géographique).

QUELQUES CHIFFRES



▶ 1^{er} réseau de soins en France avec près de 12 millions de bénéficiaires, Kalivia compte de nombreux professionnels de santé partenaires.



▶ Créés en 2010 et 2012, nos réseaux d'opticiens et d'audioprothésistes comptent respectivement plus de 5 200 et 3 200 centres partenaires.



▶ Créé en 2015, notre réseau de chirurgiens dentistes compte près de 2 400 praticiens partenaires.

POUR NOUS CONTACTER

L'équipe Kalivia Ostéo est à votre disposition

Par téléphone : 0.820.895.895 (0.09€/minute + coût de l'appel)

le lundi de 10h à 18h et du mardi au vendredi de 9h à 18h

Par mail : osteo@kalivia-sante.fr

Le réseau qualité
des professionnels
de la santé

www.kalivia-sante.fr

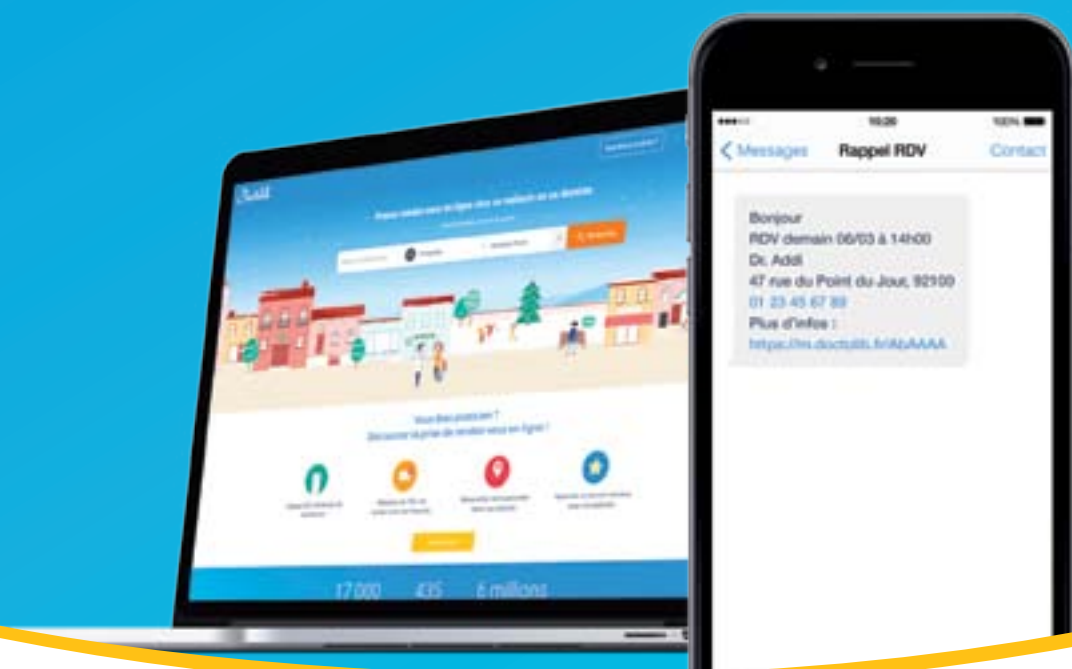




Découvrez le numéro 1 de la prise de rendez-vous en ligne

- ✓ Maîtrisez votre visibilité sur internet.
- ✓ Renouvelez votre patientèle selon vos besoins.
- ✓ Divisez par quatre vos rendez-vous non honorés (emails et SMS de rappels).
- ✓ Fidélisez votre patientèle en leur proposant une expérience nouvelle.

Rejoignez-nous sur **doctolib.fr/concept**
ou contactez-nous au **01 83 355 356**



17 000

praticiens libéraux



800

ostéopathes



435

établissements de santé



6 millions

de patients par mois