

Ostéopathie et cancer : réalités et perspectives

Tristan Berthier, Christiane Leclaire

DANS **CANCER(S) ET PSY(S)** 2016/1 (N° 2), PAGES 27 À 38

ÉDITIONS **ÉRÈS**

ISSN 2269-9201

ISBN 9782749241777

DOI 10.3917/crpsy.002.0027

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://www.cairn.info/revue-cancers-et-psys-2016-1-page-27.htm>



CAIRN.INFO
MATIÈRES À RÉFLEXION

Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...

Flashez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



Distribution électronique Cairn.info pour Érès.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

OSTÉOPATHIE ET CANCER : RÉALITÉS ET PERSPECTIVES

Tristan **BERTHIER**¹, Christiane **LECLAIRE**²

RÉSUMÉ : Que peut apporter cette thérapeutique aux patients atteints d'un cancer mais aussi quelle place peut-elle occuper dans les soins d'oncologie ? Longtemps dépourvue de cadre légal, l'ostéopathie fait aujourd'hui partie des médecines complémentaires et participe aux soins de supports des malades. Peut-on réellement définir l'efficacité d'un traitement d'ostéopathie ? La démarche n'est pas aisée tant sa pratique et ses effets s'adaptent aux patients et leur souffrance, leurs maux, leur anxiété, à ce corps porteur d'étrangeté, cette perte d'énergie vitale. La diminution des douleurs ainsi que l'amélioration de la qualité de vie fréquemment exprimées après un traitement d'ostéopathie, relèvent non seulement de la technicité de l'acte thérapeutique, mais aussi de cette relation patient/praticien qui s'établit au travers de l'attention portée au malade, ainsi que par la présence et la qualité de l'écoute tissulaire. L'ostéopathe participe alors certainement à un travail « somatopsychique » sur la voie de l'adaptation voire de l'acceptation de la maladie.

MOTS-CLÉS : Cancer, ostéopathie, soins de support, écoute, « somatopsychique ».

OSTEOPATHY AND CANCER : REALITIES AND PERSPECTIVES

SUMMARY : *What could this therapeutic provide to patients suffering from cancer but also what could be its place in an oncologic care? Osteopathy, which had no legal framework for many years, now belongs to complementary medicine and participates in the supportive care of sick people. Is it really possible to define the efficiency of an osteopathy treatment? The approach is not an easy one as its practice and its effects adapt to the patients and their suffering, their pain, their anxiety, this body which carries something strange, this loss of vital energy. The decrease in pain as well as the improvement of the quality of life, often expressed after an osteopathic treatment, reveal not only the technicality*

1. Ostéopathe D.O, chargé de cours au Collège ostéopathique de Provence A.-M. ; tristan.berthier@sfr.fr

2. Ostéopathe D.O, D.U psychosomatique, CEU sophrologie, chargée de cours au Collège ostéopathique de Provence A.-M. ; c.leclairéosteo@free.fr

of the therapeutic act but also the physician/patient relationship which is built thanks to the care given to the patient as well as the presence and the quality of the tissue listening. The osteopathic physician most certainly takes part in a «somatopsychic» work leading to the adaptation or even the acceptance of the illness.

KEYWORDS : Cancer, osteopathy, supportive care, listening, «somatopsychic».

Nous allons tenter de vous faire partager à travers cet article, nos observations, nos vécus avec les personnes touchées par le cancer dans nos cabinets ou institutions, de témoigner de nos avancées, de nos tâtonnements dans cet accompagnement : chacun après l'épreuve de la maladie souhaite revenir comme avant, le travail n'est-il pas de devenir comme après ?

LE RECOURS AUX MÉDECINES COMPLÉMENTAIRES OU ALTERNATIVES

L'usage de ces thérapies s'est considérablement développé à la fois dans la population générale mais aussi dans l'approche thérapeutique de la maladie telle que le cancer. Cela est dû à une avancée considérable de son traitement avec une modification de la prise en charge globale des patients. Ainsi, l'augmentation de la durée de vie des malades a transformé le cancer en une maladie chronique. Certains aspects négligés sont devenus nécessaires à un accompagnement optimal. Une fois que les patients ont traversé le bouleversement de l'annonce, le choc frontal avec la maladie et les premiers soins médicaux et chirurgicaux, ils sont davantage motivés par un désir de mieux-être, de liberté, une envie d'être soulagés des effets secondaires des traitements et des troubles fonctionnels liés à la maladie.

UNE APPROCHE DE L'OSTÉOPATHIE

Cette discipline a longtemps été réduite à un ensemble de techniques manuelles, un modèle thérapeutique apparenté au « reboutage », avant d'aboutir à une médecine complexe, associant une approche globale du patient à une organisation de modèle systémique (Morin, 2005). Elle connaît un cadre législatif avec la publication au Journal officiel, en mars 2007, des décrets et arrêtés relatifs à l'exercice et la formation des ostéopathes.

Elle s'est enrichie durant ces dernières décennies par des formations rigoureuses, explorant la richesse de l'interrogatoire du patient, attentive aux interactions des systèmes anatomiques, physiologiques, psychiques et environnementaux de l'être humain. Une définition précise n'est pas aisée, cependant nous pourrions préciser que « l'ostéopathie consiste, dans une compréhension globale du patient, à prévenir, diagnostiquer et traiter manuellement les dysfonctions de la mobilité du corps humain susceptibles d'en altérer l'état de santé » (Tardif, 2012).

Elle s'appuie aussi sur des données intersubjectives liées à la relation soigné/soignant qui fait de la relation thérapeutique un échange dynamique, créatif et non reproductible. Nous croyons que le rôle thérapeutique de l'ostéopathe tient également à son implication dans la relation avec le patient : il est lui-même le remède qui bénéficie également du choix des techniques, de l'atmosphère dans laquelle elles sont réalisées. Il s'adapte avant tout à la personne malade et non à la maladie. Nous rejoignons la notion du « remède médecin » développée par M. Balint (1996). Même si ce n'est pas le propos de l'article, cela mérite d'être souligné. En tant que professionnel de santé de première intention nous participons au dépistage précoce de la maladie cancéreuse par le discernement de notre toucher. Nous pouvons déceler une anomalie tissulaire et orienter précocement le patient vers son médecin traitant en cas de doute pour éviter tout retard de diagnostic.

L'ENTRETIEN ET L'EXAMEN OSTÉOPATHIQUE

Il est élaboré à partir d'un interrogatoire au cours duquel le patient exprime son motif manifeste de consultation, décrit son histoire depuis le diagnostic du cancer jusqu'à son traitement, ses antécédents précédant cette étape, tant sur le plan médical que familial, social, culturel et professionnel ; il faut également avoir connaissance de l'évolution de la tumeur primitive et des métastases afin d'adapter notre toucher, le choix des techniques et d'éviter les effets indésirables de notre traitement.

À l'annonce du cancer, le patient voit ses repères de vie bousculés. Le sens qu'il peut donner à cette rupture, à ce bouleversement diffère selon sa personnalité, ses représentations de la maladie, son environnement... L'annonce de ce cancer lui a peut-être déjà rendu quelque peu étranger ce corps, qui se retourne contre lui-même. Ce temps a pu provoquer la première rupture, « l'anéantissement de soi, de la capacité de résister, d'agir et de penser... », le traumatisme psychique sans doute précédé par « le sentiment d'être sûr de soi... On aura surestimé sa propre force et vécu dans la folle illusion qu'une telle chose ne pouvait pas arriver, pas à moi. », écrit S. Ferenczi (2006).

Les patients expriment fréquemment lors de l'interrogatoire cette dépossession de leur propre corps – « Je me sens étranger à moi-même », ou d'une partie seulement, « J'ai l'impression d'être coupé en deux » –, aménagement possible dans le sens d'une « réparation », confié aux mains du chirurgien, aux rayons, à la chimie.

La chirurgie, la chimiothérapie les laissent survivants, « parmi d'innombrables victoires quotidiennes, une défaite, rare, de notre corps : le résultat d'une série aléatoire d'évènements improbables... Seule la défaite, quand elle survient est visible et terrible » (Ameisen, 2014).

Le corps a trahi, ce corps médicalisé, exposé, disséqué. Cette patiente qui malgré les nombreuses effractions chirurgicales voit le cancer progresser et ne supporte plus d'être touchée même pendant les soins. Ce sein qui est privé de sa charge érotique, séductrice, maternelle, l'ablation de la prostate chez l'homme, qui perturbe sa sexualité et son identité.

Nous respectons le rythme du discours du patient, sans émettre de jugement, en suivant le « principe d'écouter non seulement le contenu de son propos, mais d'être attentif à ses associations, d'apprécier les silences et les tensions qu'elles font éventuellement surgir, et de suivre les efforts du patient pour surmonter les difficultés qu'il rencontre », écrit C. Dejours (1989).

Bien souvent après avoir demandé au patient : « Comment vous ressentez-vous ? », il nous exprime ses émotions : tristesse, colère, sidération, joie, combativité bien souvent attendue par l'entourage familial.

Cette question touche à la représentation qu'il a de son propre corps, de sa conscience, chargée de subjectivité. Elle comprend un contenu physiologique, affectif, sexuel, des jugements de valeur, un porteur de son histoire (Chéné, 2014). Le schéma corporel revêt une notion de ressenti existentiel, évolutif avec les étapes de vie du patient. Perception du volume de son corps dans l'espace, de formes que le psychisme déforme parfois, efface en partie ou « surdimensionne » tels ce membre volumineux, cette cicatrice trop grande, ce sein absent.

Toutes ces informations sensorielles exprimées par le patient vont nous permettre d'ajuster notre toucher à son état psycho-émotionnel.

Puis, nous conduisons, avec l'accord du patient, une série d'investigations visuelles et palpatoires afin d'analyser sa statique actuelle, de repérer les dysfonctions somatiques, les tensions musculaires, des fascias.

Sa posture peut témoigner non seulement de cette chirurgie récente, des conséquences de l'alitement prolongé, des modifications de poids, mais également de sa génétique, de son histoire somatique et psychique. Fréquemment replié sur ses cicatrices et ses blessures, les amplitudes de l'épaule sont restreintes et douloureuses du côté du sein opéré, la cage thoracique homolatérale réduite en mobilité lors de la respiration.

Madame J. a été opérée d'un cancer du sein avec mise en place d'une prothèse mammaire. Or cette dernière, du fait de l'intervention chirurgicale et des cicatrices, a une position médiane, proche du sternum occasionnant des douleurs sterno-chondrales. Le toucher du praticien lui a permis d'avoir une explication, une compréhension interne et sensible du lien subtil entre sa douleur et la malposition de la prothèse. De plus dans le temps de la séance, elle a pu sentir après un soin sur les cicatrices et sur les aponévroses entourant la prothèse que celle-ci avait retrouvé une position plus latérale et que les douleurs avaient diminué.

Nous pouvons émettre l'hypothèse que la spécificité de l'ostéopathie, en offrant une réponse positive, a contribué à diminuer son angoisse, à restaurer sa confiance en elle, dans sa capacité de guérison, à réhabiliter cette partie meurtrie d'elle-même. Elle témoigne : l'ostéopathie a permis « à chaque fois de résoudre les problèmes rapidement et d'éviter de les voir s'installer ». Il s'agit des symptômes fonctionnels. La vie, grâce au toucher, peut reprendre ses droits, face à la maladie cancéreuse qui défie toute sensorialité, évolue en silence et sur laquelle il est difficile d'avoir prise.

LES OBJECTIFS DU TRAITEMENT, LES MOYENS MIS EN ŒUVRE

Toutes les informations recueillies précédemment participent à la construction de notre diagnostic pour témoigner au patient de notre compréhension et l'informer de notre champ de compétences, se gardant de toute emprise, l'objectif à privilégier étant de favoriser son autonomie et non sa dépendance.

Notre traitement s'adapte à lui au travers de sa demande, son histoire, son corps, sa sensibilité, reposant sur une relation de confiance, préalable essentiel à une coopération patient-praticien.

L'ostéopathe s'applique à restaurer la mobilité tissulaire, musculaire, articulaire et viscérale, à favoriser l'homéostasie (Canguilhem, 1966) en soutenant autant que possible la qualité des échanges vasculaires, lymphatiques ainsi que les voies de passages neurologiques.

Dans la maladie cancéreuse, nous agissons sur les adaptations posturales liées aux conséquences systémiques et locales du cancer, sur les cicatrices, les fibroses tissulaires liées à la radiothérapie par des manœuvres lentes d'étirement, des mobilisations douces.

Nos techniques s'orientent également sur la douleur en agissant sur les stimuli nociceptifs, sur les seuils d'excitabilité neuromusculaires par des techniques de relâchement myo-fascial.

Nous cherchons un état de relaxation par action sur le système neurovégétatif en diminuant la sympathicotomie.

Les blessures liées à la maladie peuvent traduire une insécurité, une protection, un isolement de la partie douloureuse de ce corps, fragmenté, résistant à son intégration en une globalité. Notre action contribue à retrouver la confiance dans ce corps qui a cédé, son enveloppe, une unité, à ressentir les contours, les liaisons, à lâcher-relâcher les résistances. Ainsi, une patiente, opérée d'un cancer du côlon avec métastases pulmonaires, souffre d'une douleur cervico-brachiale intense, qui ne la lâche pas : « Je voudrais partir... retenez-moi par le bras. » Peut-elle avoir investi sa douleur pour ne pas sentir autre chose ou pour se sentir vivante ?

Nous participons donc à recréer les liens affectifs par le toucher, afin de soutenir le sentiment d'être, d'existence par l'intermédiaire de sa fonction contenante. Le contact de certaines zones du corps, d'une région cicatricielle mobilise fréquemment des processus mnésiques, émotionnels, la remémoration du traumatisme participant au travail de mentalisation, de résolution psychique. Une manière de « retraverser » l'événement traumatique au travers du toucher et de la relation à l'autre pour se le réapproprier et s'en dégager.

Alexandra a 38 ans, elle vient de subir une mastectomie bilatérale, elle souffre de douleurs costo-vertébrales laissant deux grandes cicatrices très adhérentes, gommant toute trace de féminité. Jeune ostéopathe alors, je suis impressionné de voir son torse. J'imagine sa vie, privée d'une partie de sa sensualité, de son pouvoir de séduction, blessée au plus profond de son identité de femme. Comment en faire le deuil, est-il possible de cicatriser un jour ? Acceptera-t-elle à nouveau d'être touchée sur le lieu de ses seins fantômes ? La toucher va-t-il raviver sa blessure, sa souffrance ? Après la troisième séance elle a accepté que je pose mes mains sur son buste pour en évaluer les tensions. Il m'a fallu quelques minutes pour accorder mon toucher. Elle m'a alors répondu ne « rien » ressentir.

Sans trouble de la sensibilité cutanée, les sensations qui nourrissaient habituellement les perceptions de son corps étaient bouleversées : schéma corporel mutilé, image du corps bâillonnée, une partie sans existence, un phénomène d'amnésie corporelle ou un triomphe de l'inconscient... Sa grande sœur ayant subi les mêmes interventions, cette reconstruction relevait probablement d'un double accompagnement psychologique et corporel pour donner un sens à cette répétition, à ce processus identificateur, si tel en était le cas.

Tout le travail par le toucher relationnel a consisté à lui permettre de commencer à renouer un dialogue avec son corps, un cheminement vers l'estime de soi par le « ré-accordage » avec celui-ci suite aux séquelles chirurgicales imposées par la maladie.

Nous veillons ainsi à respecter les résistances propres des patients que l'on peut considérer comme une adaptation physique et psychique au traumatisme, une stratégie de survie.

À QUEL MOMENT CONSULTER UN OSTÉOPATHE DANS LE CADRE DE LA MALADIE CANCÉREUSE ?

LORSQUE LA DOULEUR EST LÀ...

L'ostéopathie est particulièrement efficace sur les douleurs d'origine fonctionnelle liées à une désadaptation de notre équilibre postural provoquée par une chute, un effort, une activité physique. Son action s'inscrit également sur les symptômes générés par le stress.

Les effets sont plus fluctuants lorsqu'il s'agit de douleurs d'origines organiques, nociceptives et neuropathiques, telles celles liées au cancer, qui deviennent fréquemment chroniques, comme un rappel permanent de la maladie, un état que Leriche (1940) qualifie de « douleur-maladie [qui] est en nous comme un accident qui évolue au rebours des lois de la sensation normale... Tout en elle est anormal, rebelle à la loi », si éloignée du silence des organes.

Madame C. souffre de douleurs neurogènes lancinantes et continuelles (Échelle visuelle analogique 7/10) accompagnées d'une neuroalgodystrophie et d'une perte de mobilité de l'épaule gauche suite à l'ablation d'une tumeur au sein gauche, d'un curage axillaire et d'une radiothérapie. Elle a bénéficié de six séances d'ostéopathie entre décembre 2015 et février 2016, améliorant la mobilité de son épaule, ses douleurs, sa vitalité, accélérant ainsi son processus de récupération et de retour à la vie active.

QUAND IL Y A DES TROUBLES DIGESTIFS...

Notre expérience en atteste, l'ostéopathie peut minorer les effets de la chimiothérapie tels que nausées, vomissements, constipation, altération de l'appétit. Les soins peuvent s'avérer efficaces après une chimiothérapie mais aussi en prévention, particulièrement lorsque les patients connaissent des appréhensions, des angoisses.

Nous intervenons à plusieurs niveaux sur le système digestif, afin de favoriser un état de relaxation par des techniques à orientation neurovégétative, en mobilisant les viscères, en sollicitant le diaphragme, en soutenant l'effort de drainage des organes émonctoires. L'impact des effets secondaires de la chimiothérapie sur la vie quotidienne des patients peut en être minoré.

QUAND IL Y A UNE PERTE DE L'IMAGE DE SOI...

La fatigue, l'alopecie, les séquelles chirurgicales, les modifications de poids transforment ce corps porteur d'étrangeté, aggravent le sentiment de vulnérabilité, la perte de repères, altèrent l'estime de soi. Il est parfois difficile pour les patients de s'adapter à ces transformations et de faire le deuil de « l'ancien corps » qui n'existe plus.

Le traitement d'ostéopathie contribue à la restauration du schéma corporel, d'une image positive, d'une réparation du corps.

Il est plus facile d'exprimer une sensation physique qu'un « mal-être », de revenir à la sensation pour aller vers la symbolisation. Quand nous parlons du corps, nous parlons d'une réalité partageable.

Le patient peut entamer plus aisément un travail de réorganisation somatopsychique et d'adaptation le conduisant à entreprendre une psychothérapie pouvant agir sur les freins somatiques. À l'inverse, nous pouvons nous situer dans la continuité d'un travail psychique, l'approche corporelle dénouant parfois des résistances psychiques.

QUAND IL EXISTE UNE PERTE DE MOBILITÉ...

Le mouvement, c'est la vie. La maladie cancéreuse limite la mobilité des patients sur lesquels pèsent la fatigue et les lourds traitements qui, avant d'être bénéfiques, puisent sur les ressources internes des malades. En redonnant de la liberté de mouvement aux patients, nous participons à un élan de vitalité afin de tenter de surmonter la maladie.

« Tout ce que je veux, c'est sauver ma peau » exprime lors d'une consultation une patiente connaissant une récurrence de cancer du sein.

La chirurgie occasionne des gênes très variables selon son siège et son importance, sa cicatrisation et ses possibles adhérences, la présence de prothèses, de stomies.

Dans le cas des chirurgies thoraciques, la mobilisation des côtes et du rachis, la sollicitation des muscles de la respiration, associées à la participation active des patients améliorent la capacité respiratoire, favorise le flux artériel, veineux et lymphatique sus et sous-diaphragmatique.

La mobilité de l'épaule et du bras, les douleurs thoraciques chroniques s'améliorent par le travail des cicatrices et des fibroses radiales, secondaires au traitement chirurgical (tumorectomie, mastectomie, ablation de la chaîne ganglionnaire) et à la radiothérapie dans le cancer du sein. Outre les effets bénéfiques sur le processus de reconstruction, le souvenir traumatique de la maladie associé à la crainte d'une récurrence peut s'atténuer. Nous pouvons, en accompagnement des soins, apprendre à la patiente à s'automasser, l'encourager à toucher son corps, à le « re-connaître » en y

associant des projections positives participant ainsi à la restauration d'une image de soi valorisante tout en sollicitant un processus d'autonomisation.

QUAND IL Y A UN STRESS TROP IMPORTANT...

Lorsque la valeur économique du ou des traumatismes répétés dépasse la capacité de gestion d'un individu, celui-ci épuise ses ressources d'adaptation, périodes de fragilité propices à la désorganisation somatique (Vasconcellos, 2001). Ainsi, pendant la période du cancer, les patients peuvent se sentir dépassés par les contraintes de la maladie ; ils ressentent alors les effets du stress et de l'anxiété. Les troubles du sommeil sont fréquents, la fatigue, les maux de tête, les troubles digestifs, le manque d'appétit, les gênes respiratoires, les sensations d'oppression thoraciques, les vertiges sont fréquemment évoqués.

Les techniques de l'axe crano-sacré favorisent la relaxation par la régulation du système neurovégétatif et agissent positivement sur ces manifestations. Elles visent aussi à relâcher les spasmes des muscles de la mastication bien souvent liés à une réaction au stress (serrement des dents, bruxisme) générant des céphalées par irritation du nerf trijumeau, de la fatigabilité au réveil, des algies de la face, des cervicalgies, des crampes (Hartmann et Cucchi, 1994).

Nous conseillons individuellement aux patients de retrouver une activité physique afin d'atténuer le stress, d'améliorer l'humeur et l'estime de soi, de stimuler l'appétit, d'aider à dormir.

Quand il y a une intolérance à l'égard d'un corps étranger : port à cath, sonde urétérale, séquelle inesthétique dans le positionnement d'une prothèse mammaire due aux cicatrices et aux tensions myo-fasciales...

Ainsi, nous avons pu améliorer le périmètre de marche et la tolérance à la présence de deux sondes urétérales chez un patient qui était gêné après quelques centaines de mètres. Le traitement ostéopathique a été orienté sur le relâchement des tensions musculo-aponévrotiques et sur l'axe rein/uretère/vessie autour des sondes.

QUELQUES ÉTUDES ET PUBLICATIONS

Du fait de la « jeunesse » de la pratique de l'ostéopathie en France, la recherche de son application dans le domaine de la cancérologie connaît peu d'études référencées. Certaines « pré-études » retiennent cependant notre attention.

E. Franceschi, C. Tordjman et N. Bricot, ostéopathes, ont recherché, dans le cadre d'une collaboration entre l'Institut Paoli-Calmettes et le Collège ostéopathique de Provence Aix-Marseille, des travaux témoignant de la place de l'ostéopathie au sein d'un parcours de soins en oncologie. Ces derniers font état du peu de publications recensées à ce jour bien que depuis 2004, plusieurs études démontreraient le nombre croissant de patients atteints d'un cancer se tournant vers des médecines dites « alternatives » ou « complémentaires ». Concernant l'ostéopathie, ils citent une étude menée en 2006 par Bertier (2007) dans une unité de traitement de la douleur cancéreuse (quatorze patients) montrant par Échelle visuelle analogique une diminution par deux de l'intensité des douleurs à la suite d'une prise en charge ostéopathique. En 2014, Licciardone et ses collaborateurs publient également une étude concernant l'apport de l'ostéopathie sur les lombalgies chroniques à la suite de traitement de cancers du sein, attestant d'une amélioration sensible de ces douleurs dès la première séance, l'effet se prolongeant en majorité sur un long terme.

Certains étudiants du COP Aix-Marseille ont réalisé des mémoires à l'issue de leur formation consacrés à l'efficacité de l'ostéopathie dans le domaine de l'oncologie. M. Aimard (2010) a mené une étude sur deux groupes de huit femmes ayant eu une mastectomie. Le traitement d'ostéopathie a sensiblement amélioré la mobilité scapulaire et diminué les douleurs des patientes. P. Ansaldo (2013) a étudié les effets de l'ostéopathie lors d'un stage en soins palliatifs à la clinique Sainte-Élisabeth. Elle a relevé les bénéfices rapportés par les patients lors d'un travail sur le diaphragme, sur les rachialgies, les troubles du transit et de la respiration.

Une étude à partir d'un essai clinique multicentrique et randomisé a été menée sous la direction de R. Meslé et de L. Stubbe de l'École supérieure d'ostéopathie de Paris concernant l'évaluation de l'efficacité d'un traitement ostéopathique sur les effets secondaires et la qualité de vie de patients sous chimiothérapie. Cette étude réalisée sur quarante patients, au sein des services d'oncologie de l'hôpital du Val-de-Grâce (Paris), de l'hôpital de l'Hôtel-Dieu (Paris), de l'hôpital de Lagny et de l'université de Reims-Champagne-Ardenne, montre une efficacité clinique de l'ostéopathie sur les effets secondaires des patients sous chimiothérapie³.

UNE POSSIBLE COLLABORATION MÉDECINE, OSTÉOPATHIE, PSYCHOTHÉRAPIE

Intervenir au sein d'une structure hospitalière facilite l'accessibilité à ces soins et amène à prendre le temps nécessaire pour l'accompagnement

3. http://www.larevuedelosteopathie.com/xmedia/Numero7/Abstract_Chimio.pdf, *La revue de l'ostéopathie*, n° 3-2, 2012.

des patients tout au long de leur lente reconstruction. Si les effets du traitement ostéopathique sont parfois immédiats, nous avons constaté qu'ils demandent souvent de s'apprécier dans la durée. Notre hypothèse est que les conséquences physiques et psychiques de la maladie conjuguées aux effets secondaires des traitements affaiblissent considérablement la vitalité des patients, d'où la nécessité de les revoir de façon régulière afin de soutenir leur effort de guérison, leur apporter un point d'appui, stimuler leurs ressources.

Nous observons un dialogue croissant entre ostéopathes, médecins et psychologues au sein de structures comme l'Institut Paoli-Calmettes. Nos différents champs d'application se croisent pour se compléter et améliorer les soins donnés aux patients, atténuer les séquelles du cancer et ses traitements.

Nous pensons que cette collaboration évoluera vers une amplification de nos échanges afin d'explorer de nouvelles pistes mais aussi par la réalisation de travaux de recherche.

Avoir un cancer déclenche ainsi une avalanche de questions sur nos difficultés à communiquer, sur nos motivations existentielles, nos besoins réels, nos compromis entre désir et défense, nos relations à l'autre et à nous-même, un sens à donner à l'apparition de cette maladie.

Aujourd'hui les patients touchés par le cancer convoquent à leur chevet la médecine classique, les médecines complémentaires, les différentes formes de psychothérapie, les approches spirituelles. Le cancer ne nous invite-t-il pas à avoir une approche pluridisciplinaire et complexe de la nature humaine à travers toutes ses dimensions, ses croyances, à modifier notre environnement et à changer notre mode de vie ?

Il reste encore beaucoup de mystères à éclaircir... Notre action s'apparente à l'image du battement de l'aile d'un papillon, les effets ressentis par le patient dépassent l'intention consciente du thérapeute.

« Là où est l'amour des hommes est aussi l'amour de l'art » (Hippocrate, 1999).

Bibliographie

- AIMARD, M. 2010. *Ostéopathie et cancer du sein*, mémoire d'ostéopathie de niveau I, Collège ostéopathique de Provence, Marseille.
- AMEISEN, J.-C. 2014. *La sculpture du vivant*, Paris, Points, p. 194-198.
- ANSALDO, P. 2013. *L'ostéopathie et la fin de vie en oncologie. Intégration dans une équipe médicale en soins palliatifs*, mémoire d'ostéopathie de niveau I, Collège ostéopathique de Provence, Marseille.

- BALINT, M. 1996. *Le médecin, son malade et la maladie*, Paris, Payot.
- BERTIER, A. 2007. *L'ostéopathie dans la prise en charge de la douleur*, mémoire, Institut supérieur d'ostéopathie, Lyon.
- CANGUILHEM, G. 1966. *Le normal et le pathologique*, Paris, Puf.
- CHÉNÉ, P-A. 2014. *Sophrologie. Fondements et méthodologie*, Paris, Éditions Ellébore.
- DEJOURS, C. 1989. *La consultation psychosomatique*, Paris, Elsevier-Masson.
- FERENCZI, S. 2006. *Le traumatisme*, Paris, Payot, p. 33-37.
- HARTMANN, F.; CUCCHI, G. 1994. *Les dysfonctions cranio-mandibulaires (SADAM) : nouvelles implications médicales*, Paris, Springer-Verlag.
- HIPPOCRATE. 1999. *Connaître, soigner, aimer*, Paris, Le Seuil, p. 52-54.
- LERICHE, R. 1940. *La chirurgie de la douleur*, Paris, Masson, p. 490-491.
- MORIN, E. 2005. *Introduction à la pensée complexe*, Paris, Le Seuil.
- TARDIF, J. 2012. *Devenir ostéopathe. Agir avec compétences*, Saint-Étienne, SNESO Éditions, p. 34.
- VASCONCELLOS, D. 2001. « Médecine et psychosomatique », *Médecine légale & Société, Journal de la Collégiale des médecins légistes hospitaliers et hospitalo-universitaires*, 4, 3, Paris.