



**INSTITUT DAUPHINE  
D'OSTÉOPATHIE**

En partenariat avec le  
**Federal European Register of Osteopaths**



**PROMOTION 2015**

**Mémoire n°**

Présenté et soutenu publiquement le ..... à Paris

Par Mlle Balsalobre Léa, née le 14 janvier 1990 à Villeneuve saint Georges.

Pour l'obtention du

**DIPLÔME EN OSTÉOPATHIE (D.O.)**

**OSTÉOPATHIE ET ANOREXIE MENTALE**

Maître de mémoire : Soizic Carron de la Carrière, Ostéopathe D.O

Co-tuteur :

Membres du jury :

Président :

Assesseurs :

*" L'homme est une chose imparfaite qui tend sans cesse à quelque chose de meilleur et de plus grand qu'elle-même."*

Descartes

*" Quand nous nous serons ainsi purifiés en nous débarrassant de la folie du corps, nous serons vraisemblablement en contact avec les choses pures et nous connaîtrons par nous-même tout ce qui est sans mélange et c'est en cela seul que consiste le vrai."*

Platon

*"La seule chose dont nous nions l'existence est celle que les philosophes appellent matière ou substance corporelle."*

George Berkeley

*"La solitude est à l'esprit ce que la diète est au corps, mortelle lorsqu'elle est trop longue, quoique nécessaire."*

Vauvenargues

*"L'esprit est uni au corps par le fait que le corps est à n'en point douter l'objet de l'esprit."*

Spinoza, l'Ethique, novembre 1977.

## REMERCIEMENTS

A mes proches, un grand merci pour leur soutien, leur aide et leur écoute lors de ces cinq années d'études. Et tout particulièrement merci de leur relecture et participation dans les moments de doute ... je vous dois une grande partie de ce travail.

Merci à Toi pour ton amour, ta patience et ta diplomatie.

A Sarah, merci pour tout, et surtout ta présence à mes côtés depuis tant d'années, et celles encore à venir.

Un grand merci également à Soizic CARRON DE LA CARRIERE, pour son investissement dans la supervision de ce travail. Son écoute, ses conseils, son soutien et ses réponses à mes questions ont été une aide salutaire dans la réalisation de ce mémoire, qui ne serait pas ce qu'il est sans elle. Merci vraiment.

Un grand merci tout spécialement à Hélène pour la logistique, you're the best !

Un grand merci au docteur Nathalie GODART pour sa disponibilité, son écoute et son aide précieuse.

Merci à mes professeurs, Mrs Beauvalot, Lefevre, Pariaud et Phuong, Mmes Foucault et Reiner.

Merci à tous ceux que je ne cite pas ici, pour ces cinq années d'études, riches en connaissance, en expérience et en rencontre.

## TABLE DES MATIÈRES

<b>INTRODUCTION</b>	6
<b>I. GENERALITES SUR L'ANOREXIE MENTALE ET L'OSTEOPATHIE VISCERALE</b>	10
<b>I. 1. DEFINITIONS</b>	13
I.1.1. Anorexie	13
I. 1. 2. Amaigrissement	14
I. 1. 3. Aménorrhée	14
I. 1. 4. Critères diagnostics	14
<b>I. 2. DIAGNOSTICS DIFFERENTIELS</b>	16
I. 2. 1. Pathologies organiques	16
I. 2. 2. Pathologies psychiatriques	16
<b>I. 3. ETIOLOGIE et PSYCHOPATHOLOGIE</b>	16
<b>I. 4. PHYSIOPATHOLOGIE</b>	17
<b>I. 5. EVOLUTION ET PRONOSTIC</b>	19
I. 5. 1. Evolution	19
I. 5. 2. Complications	20
<b>I. 6. REVUE DE LITTERATURE</b>	22
I. 6. 1. Etudes comparées	22
I. 6. 1. A. Traitement ostéopathique du colopathe fonctionnel	22
I. 6. 1. B. Etude des effets d'une technique viscérale globale ostéopathique sur les troubles fonctionnels intestinaux	23
I. 6. 1. C. Evaluation prospective randomisée d'une technique d'ostéopathie dans la prise en charge du syndrome de l'intestin irritable	25
I. 6. 1. D. Intérêt de la prise en charge ostéopathique dans le syndrome de l'intestin irritable	26
I. 6. 2. Analyse	27
I. 6. 2. A. L'approche ostéopathique viscérale tissulaire	28
I. 6. 2. B. L'approche ostéopathique viscérale mécanique	29
I. 6. 2. B. a. Directe	29
I. 6. 2. B. b. Indirecte	30

<b>II. MATERIEL ET METHODE</b>	32
<b>II. 1. FORMALISATION DES OBJECTIFS DE L'ENQUETE</b>	33
<b>II. 2. DEFINITION DE LA POPULATION DE REFERENCE</b>	33
<b>II. 3. DEFINITION D'UN ECHANTILLON</b>	34
<b>II. 4. CONCEPTION DU QUESTIONNAIRE</b>	34
II. 4. 1. Mode de passation	34
II. 4. 2. Mode d'exploitation	35
II. 4. 3. Choix des questions	35
II. 4. 4. Etude des questions	36
<b>II. 5. PRESENTATION DU QUESTIONNAIRE A L'ECHANTILLON</b>	37
<b>II. 6. TAUX DE REPONSES AU QUESTIONNAIRE</b>	37
<b>II. 7. TEST DU QUESTIONNAIRE</b>	38
<b>III. RÉSULTATS</b>	39
<b>IV. DISCUSSION</b>	50
<b>IV. 1. DIFFICULTES RENCONTREES</b>	51
<b>IV. 2. ANALYSE DES RESULTATS</b>	52
<b>CONCLUSION</b>	57
<b>ANNEXES</b>	60
A. 1. CRITERES DE ROME	61
A. 2. ECHELLE EVA	62
A. 3. TECHNIQUE SUR LE DIAPHRAGME	63
A. 4. TECHNIQUE DE GRANDE MANŒUVRE ABDOMINALE	64
A. 5. LETTRE / EMAIL ENVOYE	65
A. 6. QUESTIONNAIRE	66
A.7. BIBLIOGRAPHIE	70
A.8. TABLE DES ABREVIATIONS	73
<b>RESUME / ABSTRACT</b>	74

## ***INTRODUCTION***

## INTRODUCTION

L'anorexia, "perte d'appétit" en grec, se pare d'une origine divine depuis l'antiquité. En effet, de tout temps ne considérait-on pas les jeûneuses comme des saintes<sup>1</sup> ? Pour preuve de ce mysticisme tenace, on pensera notamment à Sainte Catherine de Sienna connue pour ses pénitences alimentaires, ou encore à Marthe Robin, contemporaine du vingtième siècle, et son inédie inexplicée.

Il faudra attendre la fin du XVIIe siècle pour que les médecins la considèrent comme une réelle entité clinique, et c'est seulement au XIXe siècle, que le Docteur Lasègue, père de la « *triade symptomatologique Anorexie-Aménorrhée-Amaigrissement*<sup>2</sup> », définit le trouble tel qu'on le connaît aujourd'hui. À la fin de ce siècle, des auteurs comme Freud<sup>3</sup>, le rapprochent alors d'autres affections psychiatriques connues comme l'hystérie, ou la mélancolie.

Aujourd'hui, l'INSERM\* définit l'anorexie mentale comme " *un trouble du comportement alimentaire essentiellement féminin qui entraîne une privation alimentaire stricte et volontaire pendant plusieurs mois voire plusieurs années*<sup>4</sup>."

Cette restriction alimentaire entraîne des répercussions physiques importantes chez les patientes, comme une fonte musculaire, une ostéoporose précoce, des troubles dentaires, neurologiques, endocriniens et digestifs, ainsi qu'une cachexie extrême. Les complications de l'anorexie mentale, peuvent aller jusqu'à engager le pronostic vital, souvent en cas de maladie de longue durée et/ou de récurrence. En effet, les patientes maintiennent souvent des rapports à l'alimentation complexes, liés notamment, à l'inconfort ressenti du fait de troubles envahissants.

---

1. B. Brusset, *Psychopathologie de l'anorexie mentale*, Dunod, 2008, p.61

2. J-P. Guéguen, « L'anorexie mentale, une pathologie féminine », *la lettre de l'enfance et de l'adolescence*, Eres, n°51, 2003/1, p.81

3. S. Freud, (1892-1895) *Etudes sur l'hystérie*, PUF, 1967

4. Site de l'INSERM, <http://www.inserm.fr/thematiques/neurosciences-sciences-cognitives-neurologie-psychiatrie/dossiers-d-information/anorexie-mentale>

Elles sont alors très souvent prises en charge de façon pluridisciplinaire, parfois en service hospitalier, et par des acteurs de toute sorte, tant les enjeux de cette pathologie sont complexes.

A contrario, l'ostéopathie quant à elle, est née au XIXe siècle aux Etats-Unis. Elle est créée par le docteur Andrew Taylor Still. Fils de médecin élevé dans une culture profondément religieuse, cette discipline est née au carrefour de ces influences. Mais elle fait ses débuts en France, en tant que profession reconnue, seulement depuis la mise en application en 2007 des décrets de 2002<sup>5</sup>. C'est donc une jeune pratique dans notre pays, et les ostéopathes sont rarement acteurs dans les établissements de santé publique, car il existe encore un clivage entre les ostéopathes et le reste des acteurs du monde de la santé.

Cependant, suite à l'engouement de ces dernières décennies pour les médecines alternatives, dites généralement douces, parallèles, ou non conventionnelles, on voit fleurir de nombreuses études sur son efficacité, et notamment sur son intérêt dans la prise en charge des troubles fonctionnels digestifs. Peut-être, afin de légitimer cette pratique auprès du personnel médical, et du grand public. Forts de cette recherche incessante, les ostéopathes commencent à mettre en avant leurs compétences lors de la prise en charge de patients, et leur place auprès du corps médical grandit. On en retrouve désormais dans des cabinets pluridisciplinaires, voire même dans certains hôpitaux en service de maternité notamment où l'intérêt de la prise en charge par l'ostéopathie des jeunes mamans et des nouveaux nés a fait ses preuves. Cela peut être expliqué par le manque de réponses que le monde médical apporte aux douleurs liées aux transformations corporelles de la maman, ou aux troubles fonctionnels du nouveau-né. Ce qui a créé une brèche dans laquelle les ostéopathes ont pu s'engouffrer. Cependant trop peu d'hôpitaux comptent encore dans leurs membres des ostéopathes.

---

5. Site Légifrance, [Http://www.legifrance.gouv.fr](http://www.legifrance.gouv.fr)



Mais justement, pourquoi leurs interventions auprès de patients hospitalisés se limitent-elles généralement aux femmes enceintes et aux nouveau-nés alors que le champ d'action de l'ostéopathie est multiple. Et pourquoi, alors qu'un certain nombre de thérapeutes manuels sont déjà présents auprès des anorexiques, les ostéopathes manquent-ils à l'appel et ce malgré leur efficacité sur les troubles fonctionnels intestinaux, première cause de rechute, et d'aggravation de la problématique anorexique. Les traitements médicamenteux mis en place afin de soulager justement ces troubles sont-ils efficaces ? L'ostéopathie aurait-elle une place dans la prise en charge pluridisciplinaire des patientes souffrant d'anorexie mentale ? Si oui, dans quelles conditions ?

Nous allons dans ce travail, après une première partie où nous reviendrons sur cette pathologie et ses conséquences physiques, détailler les études existantes sur les troubles fonctionnels intestinaux et l'efficacité du traitement ostéopathique viscéral. Nous poserons ensuite la question aux professionnels de santé entourant les patientes anorexiques, au travers d'un questionnaire, afin d'envisager les éventuelles réticences à l'apport de l'ostéopathie dans ce domaine, ou son intérêt.

***GENERALITES SUR L'ANOREXIE MENTALE ET  
L'OSTEOPATHIE VISCERALE***

## **I. GENERALITES SUR L'ANOREXIE MENTALE ET L'OSTEOPATHIE VISCERALE**

Pendant la troisième année au sein de l'Institut Dauphine d'Ostéopathie, les étudiants sont confrontés à une réalité jusqu'alors non envisagée. En effet, nous devons faire face à la clinique d'un patient réel, qui vient consulter avec ses souffrances et son histoire. Lors des cours théoriques, nous étudions les différents aspects de l'homme, dans sa physiologie, sa pathologie, son anatomie, sa biomécanique, son psychisme, et de façon très segmentée, par nécessité pédagogique. Mais lors de notre arrivée en clinique la réalité est toute autre; on ne peut, prenant en charge un patient, ne pas tenir compte de sa globalité.

C'est d'ailleurs l'un des trois piliers fondamentaux de notre discipline, avec l'interrelation qui existe entre la structure et la fonction, ainsi que le maintien de l'homéostasie. Il est donc impossible de séparer l'histoire corporelle du patient, à son histoire psychique. La dualité corps/esprit si chère à Descartes, n'a donc pas sa place en ostéopathie, d'ailleurs A.T.Still *«utilise généralement le terme d'unité: la tripartition de l'homme, (...) esprit, matière, mouvement»*.<sup>6</sup> Et c'est ce concept précisément qui donne toute sa place à notre métier dans le panel des praticiens de santé actuel; car l'ostéopathe bien qu'étant un thérapeute dit manuel prend en compte la globalité du patient.

C'est l'une des raisons d'être de ce travail, s'intéresser aux Troubles du Comportement Alimentaire (TCA). Car ces pathologies bien que définies comme troubles psychiques ont à première vue une expression physique, bien que pas seulement.

Nous nous y sommes intéressés également car les TCA seraient l'apanage de la culture dite occidentale. Aujourd'hui l'image du corps est devenue un gage de réussite sociale, une façon de se faire accepter par ses pairs.

---

6. M. Eckert, *Le concept de globalité en ostéopathie*, de Boeck, 2012, p5

Il est désormais entré dans la conscience collective une sorte de voyeurisme autorisé, d'affichage public (on pensera notamment aux réseaux sociaux), qui modifie fondamentalement notre relation aux autres et à notre image. Il est assez difficile de trouver des chiffres concernant l'anorexie mentale seule, car elle est généralement noyée dans ceux des TCA. On dénombre aujourd'hui 600 000 jeunes touchés en France<sup>7</sup>.

Mais nous nous sommes concentrés sur l'anorexie mentale en particulier car c'est une pathologie largement prédominante chez les femmes. On considère aujourd'hui que seulement 10% des patients sont des hommes<sup>8</sup>, bien que ce chiffre soit depuis quelques temps en légère augmentation, et à contrario que 20% des femmes sont touchées par un comportement restrictif au cours de leur vie<sup>9</sup>.

Ensuite parce que c'est une pathologie juvénile : « *L'âge de début de l'anorexie mentale est en moyenne de 17 ans avec deux pics de fréquence, observés vers 13 et 18 ans bien qu'il existe des formes rares pré-pubères et tardives apparaissant aux alentours de 40 ans.* »<sup>10</sup> L'adolescence étant une période clé de la construction physique et mentale de par la puberté, ainsi que par la survenue de la seconde période de croissance forte. Les corrections apportées à cet âge seront d'autant moins de troubles que nous retrouverons ensuite chez les adultes. « *Comme la jeune pousse est courbée, l'arbre se penche* »<sup>11</sup>.

C'est évidemment un sujet actuel, le projet de loi sur la santé étudié actuellement à l'Assemblée Nationale comprend notamment un amendement « *visant à pénaliser les sites internet qui prônent l'incitation à l'anorexie* »<sup>12</sup>.

---

7. Site de l'AFDAS-TCA\*, <http://www.anorexiéboulimie-afdas.fr>

8. Site de l'HAS\* [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-03/reco2 clics\\_-\\_anorexie\\_-mentale.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-03/reco2 clics_-_anorexie_-mentale.pdf)

9. Site de l'INSERM, <http://www.inserm.fr/thematiques/neurosciences-sciences-cognitives-neurologie-psychiatrie/dossiers-d-information/anorexie-mentale>

10. B. Provost, *Le bilan psychomoteur chez l'adolescente anorexique* », Mémoire en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Psychomotricité, Institut de Formation en Psychomotricité, Juin 2012.

11. W.G Sutherland, Contributions of thought, RudraPress, 1971-1998

12 Site de RFI\*, <Http://www.rfi.fr>

Enfin, parce que c'est une pathologie qui nécessite une prise en charge pluridisciplinaire, dont les ostéopathes sont étonnamment exclus. La problématique de l'anorexie étant relativement complexe, l'intervention de professionnels du monde médical et paramédical est largement préconisée. On voit donc des médecins collaborer avec des kinésithérapeutes, des psychomotriciens, et un nombre important d'intervenants en tout genre. Or, il paraît essentiel que la nouvelle génération d'ostéopathes suive la voie de leurs aînés en tentant de gommer ce clivage qui nous exclut encore du monde de la santé.

## I. 1. DEFINITIONS

Comme c'est une pathologie presque exclusivement féminine, nous utiliserons le genre féminin dans ce travail. Le tableau clinique caractéristique, décrit par Lasègue en 1873, se résume à « *la triade symptomatique: anorexie-aménorrhée-amaigrissement*<sup>13</sup> ».

### I. 1. 1. ANOREXIE

Qui est ici une restriction volontaire. La patiente lutte activement contre la faim. Une fois le processus de privation engagé, l'amaigrissement se déclenche et la perte de sensation de faim apparaît. La patiente développe une peur phobique de grossir et imagine alors des stratégies pour perdre du poids: pratique intensive de un voire plusieurs sports, prise de purgatifs, potomanie, mais aussi découpe des aliments ou tri méthodique systématique du contenu de l'assiette. La maîtrise du poids s'accompagne d'un sentiment de victoire et de satisfaction, et l'entrée dans le trouble est généralement teintée d'affects positifs. Ceci expliquant que l'entourage passe souvent à côté.

---

13 *La lettre de l'enfance et de l'adolescence*, J.P Guéguen, Eres, 2003/1, n°51, p120

### I. 1. 2. AMAIGRISSEMENT

L'anorexique se trouvera toujours trop grosse. Comme l'amaigrissement est nié et que la patiente paraît déterminée à perdre du poids en se surinvestissant généralement dans le sport, l'inquiétude de l'entourage n'apparaît que lorsque la perte est devenue massive. Progressive mais rapide, elle s'élève très vite à 20-30% du poids antérieur, et dans les formes les plus sévères, peut atteindre 50%<sup>14</sup> engageant alors le pronostic vital du sujet.

La prise de poids déclenche systématiquement insatisfaction et dévalorisation, ce qui peut donner naissance à des formes mixtes d'anorexie-boulimie où les patientes n'arrivant pas à résister à la faim, vont manger pendant des crises en grande quantité, puis se faire vomir, afin de reprendre le contrôle de leur corps et de leur poids.

### I. 1. 3. AMENORRHÉE

En même temps que l'amaigrissement se déclare cet autre symptôme et c'est lui souvent qui alerte l'entourage. On le considère comme le symptôme cardinal. Dans ce cadre l'aménorrhée correspond à un arrêt d'au moins trois mois des cycles menstruels précédemment réguliers OU un arrêt de six mois quand les cycles sont irréguliers (fréquent à l'adolescence). Si l'anorexie apparaît en début de puberté, l'aménorrhée sera dite primaire. Toutefois, s'il y a prise de contraception, l'aménorrhée sera parfois masquée<sup>15</sup>.

### I. 1. 4. CRITERES DSM\* IV DE L'ANOREXIE MENTALE

Le DSM IV est le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, traduit en français. Il est l'un des ouvrages de référence sur le sujet. Il a été créé par la société américaine de psychiatrie.

---

14. B. Provost, *Le bilan psychomoteur chez l'adolescente anorexique*, Mémoire en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Psychomotricité, institut de Formation en Psychomotricité, Juin 2012.

15. Société Américaine de Psychiatrie, *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, quatrième édition* », Masson, 2000

Voici les critères qu'il présente de l'anorexie mentale :

---

*Refus de maintenir le poids corporel au niveau ou au-dessus d'un poids minimum normal pour l'âge et pour la taille (p. ex., perte de poids conduisant*

A. *au maintien du poids à moins de 85 % du poids attendu, ou incapacité à prendre du poids pendant la période de croissance conduisant à un poids inférieur à 85 % du poids attendu).*

---

B. *Peur intense de prendre du poids ou de devenir gros, alors que le poids est inférieur à la normale.*

---

C. *Altération de la perception du poids ou de la forme de son propre corps, influence excessive du poids ou de la forme corporelle sur l'estime de soi, ou déni de la gravité de la maigreur.*

---

D. *Chez les femmes post-pubères, aménorrhée c-à-d. absence d'au moins trois cycles menstruels consécutifs (une femme est considérée comme aménorrhéique si les règles ne surviennent qu'après administration d'hormones, par exemple œstrogènes).*

---

E. *Quand le trouble débute avant la puberté, les manifestations de cette dernière sont retardées ou stoppées (arrêt de la croissance ; chez les filles, absence de développement des seins et aménorrhée primaire ; chez les garçons, absence de développement des organes génitaux). Après la guérison, la puberté se déroule souvent normalement ; les règles n'apparaissent toutefois que tardivement.*

---

Il existe deux types d'anorexie, le type restrictif, où la patiente refuse de s'alimenter, et le type anorexie-boulimie, où la patiente alterne entre période de privation et période boulimique, où elle aura notamment recours aux vomissements, induits\* ou via prise de laxatifs<sup>16</sup>.

---

16. Site de l'HAS\* [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-03/reco2clics\\_-\\_anorexie\\_mentale.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-03/reco2clics_-_anorexie_mentale.pdf)

## I. 2. LES DIAGNOSTICS DIFFÉRENTIELS

Afin de poser le diagnostic d'anorexie mentale le corps médical doit d'abord éliminer toute autre cause possible d'amaigrissement et d'aménorrhée.

### I. 2. 1. PATHOLOGIES ORGANIQUES

Généralement on cherche à éliminer la maladie de Crohn, les syndromes de malabsorption, l'hyperthyroïdie, le diabète, la tuberculose, le SIDA, les hémopathies, la maladie d'Addison, l'insuffisance hypophysaire et les tumeurs cérébrales.

### I. 2. 2. PATHOLOGIES PSYCHIATRIQUES

Ensuite il faut encore exclure toutes les pathologies psychiatriques entraînant une conduite anorexique, telles que : les syndromes dépressifs ou obsessionnels, la schizophrénie et les troubles de la personnalité, la mélancolie avec idées délirantes, l'hypocondrie, la phobie alimentaire et la phobie de déglutition.

## I. 3. ÉTIOLOGIE ET PSYCHOPATHOLOGIE

C'est une pathologie psychiatrique avec un contexte complexe, multifactoriel, engageant des facteurs génétiques, psychologiques, environnementaux, familiaux et socioculturels. En effet, *« l'héritabilité a été évaluée à 56 %, les facteurs environnementaux à 6 % et les facteurs personnels à 38 %. »*<sup>17</sup>

Différentes théories ont été développées au cours des années. Pour autant, aucune ne rend entièrement compte de la conception du trouble, mais mises ensemble, elles en permettent une meilleure compréhension et donc une meilleure prise en charge ;

---

<sup>17</sup> Site de l'association Autrement, <http://www.anorexie-et-boulimie.fr/articles-112-anorexie-mentale-et-genetique.htm>



-La théorie psychosomatique, où le corps devient un lieu de décharge pulsionnelle.<sup>18</sup>

-La théorie systémique, où la maladie prend son origine dans un système familial dysfonctionnel.<sup>19</sup>

-La théorie psychanalytique où le trouble exprime le processus d'adolescence, d'affirmation de son identité. On la lie aussi à une dimension sexuée. C'est un rejet en quelque sorte du passage de corps d'enfant à un corps sexué.<sup>20</sup>

-La théorie développementale où la pathologie tire son origine de perturbations des relations entre la mère et l'enfant.<sup>21</sup>

-La théorie cognitivo-comportementale, qui avance l'influence du milieu extérieur (entourage) sur le contrôle du poids, du corps.<sup>22</sup>

-La théorie de l'addiction, qui comme son nom l'indique associe la privation à une conduite addictive, compulsive, morbide.<sup>23</sup>

#### I. 4. PHYSIOPATHOLOGIE

Les carences alimentaires entraînent, en dehors des symptômes de la triade, un certain nombre d'adaptations physiques, plus ou moins néfastes pour l'organisme, et plus ou moins réversibles<sup>24</sup>.

La carence protéique, par exemple, entraîne une fonte musculaire. En effet le corps recherche des protéines et n'en trouvant plus assez dans les apports nutritionnels, va alors aller en puiser dans les muscles.

---

18. M. Corcos, *Le corps absent, Approche psychosomatique des troubles de conduites alimentaires*, deuxième édition, Dunod, 2010

19. M. Selvini-Palazzoli, « Une approche systémique de l'anorexie mentale : nouvelles perspectives », *les langages du corps : la révolution systémique en psychosomatique*, ESF, 1996, p.87-105

20. A. Passelecq, *Anorexie et boulimie, une clinique de l'extrême*, de Boeck, 2006

21. H. Bruch, *L'énigme de l'anorexie*, PUF, 1978

22. C.G.Fairburn, *Cognitive Behavior Therapy and Eating Disorders*, Guilford Press, 2008

23. M. Corcos, *Le corps insoumis, psychopathologie des troubles des conduites alimentaires*, Dunod, 2005

24. P. Dechelotte, S. Grigioni, S. Fetissof, «conséquences digestives de l'anorexie mentale», *nutrition clinique et métabolisme*, vol.21-n°4, Elsevier-Masson, pages 166-171.

Or, il se sert en priorité dans les muscles lisses. On voit alors apparaître une atrophie musculaire généralisée, mais majoritaire au niveau du cœur et du tube digestif. Les conséquences sont une diminution du péristaltisme viscéral, un ralentissement important parfois allant dans les cas extrêmes jusqu'à l'arrêt complet du transit. On observera également une hypotension ainsi qu'une bradycardie quasi constante suite à la fonte du myocarde<sup>25</sup>.

La pénurie de nutriments entraîne une incapacité du corps à sécréter certaines hormones en quantité suffisante, par manque de matière première, ce qui aura pour conséquence des troubles endocriniens importants. Manquent alors:

- les hormones stéroïdes comme les œstrogènes entraînant les troubles du cycle menstruel, le cortisol, la testostérone.
- les hormones à base de lipides et de phospholipides comme notamment les prostaglandines déclenchant des troubles de la pression artérielle et une augmentation de l'acidité gastrique, ainsi que des problèmes de cicatrisation.
- les hormones peptidiques, ou à base d'un seul acide aminé, comme par exemple les catécholamines, entraînant alors des troubles du système neurologique.

On retrouve également des anomalies neurobiologiques, liées au facteur génétique. En effet des études tendent à montrer des corrélations de dérèglement du système sérotonergique chez les jumeaux homozygotes. On retrouve environ 50% de cas où les deux jumeaux sont atteints d'anorexie<sup>26</sup>. Ce système est impliqué dans la régulation de l'appétit et de l'humeur, de la sexualité et du contrôle des impulsions. Les carences en dopamine et sérotonine entraînent un maintien, des troubles de l'humeur, des troubles du sommeil, éventuellement des troubles obsessionnels compulsifs (T.O.C), ou cognitifs.

---

25 Site de l'association Autrement, <http://www.anorexie-et-boulimie.fr/articles-112-anorexie-mentale-et-genetique.htm>

26. Site de l'association Autrement, <http://www.anorexie-et-boulimie.fr/articles-112-anorexie-mentale-et-genetique.htm>

La carence des oligo-éléments essentiels comme le magnésium, l'iode, le fer, le cuivre, le zinc, le sélénium, le chrome, le molybdène, le bore, etc. provoquent quant à elle une anémie ferriprive, des dépressions et angoisses, des crampes ou spasmes musculaires, des troubles de la pression artérielle et une ostéoporose précoce, des troubles thyroïdiens, et un affaiblissement des défenses immunitaires. Elle entraîne éventuellement des troubles métaboliques graves engageant le pronostic vital, tels que : l'hypokaliémie, l'hypophosphorémie, l'hypocalcémie, l'hypoglycémie et l'hypercholestérolémie.

De façon plus générale on retrouvera de l'hypothermie avec frilosité. Egalement des signes de vomissements, comme le déchaussement des dents, l'hypertrophie parotidienne et le « *signe de Russell : présence de dermabrasions sur le dos de la main au niveau des phalanges liée aux frottements répétés des dents lors des vomissements induits* »<sup>27</sup>. Une peau sèche, squameuse, recouverte d'un lanugo associée à des ongles cassants et une chute capillaire. Des signes cutanés comme une acrocyanose des extrémités des membres supérieurs et inférieurs. Enfin dans les cas extrêmes on note la présence d'un purpura d'origine vasculaire.

## I. 5. EVOLUTION ET PRONOSTIC

### I. 5. 1. EVOLUTION

En moyenne, la guérison concerne 50 à 60% des cas, si on s'intéresse uniquement à la disparition de la triade des trois A. Par contre, on retombe à 30 à 40% des cas si l'on considère les critères d'amélioration de la qualité de vie<sup>28</sup>.

---

27. B. Provost, *Le bilan psychomoteur chez l'adolescente anorexique*, Mémoire en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Psychomotricité, institut de Formation en Psychomotricité, Juin 2012.

28 B. Provost, *Le bilan psychomoteur chez l'adolescente anorexique*, Mémoire en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Psychomotricité, institut de Formation en Psychomotricité, Juin 2012.

Le processus de guérison est lent, comme le rappelle l'INPES « entre un an et vingt-neuf ans de suivi, 47% guérissent de l'anorexie mentale, 34% s'améliorent, 21% ont un trouble chronique des conduites alimentaires et 5% sont décédés »<sup>29</sup>. L'anorexie mentale représente aujourd'hui la troisième cause de maladie chronique chez les adolescentes après l'obésité et l'asthme.

Les rechutes et la chronicisation du trouble s'expliquent notamment par le lien qu'entretiennent les patientes avec la nourriture. Psychologiquement, elles doivent lutter contre leur peur de grossir, et doivent ré-approprier l'acte de se nourrir qui, pour elles, sont synonyme de défaite. La privation est teintée d'affects positifs, tandis que la prise de poids est, elle, accompagnée d'affects négatifs. Ensuite vient le problème physique, car la privation a entraîné une atrophie du système digestif telle, qu'il faut les réalimenter de façon très progressive. Elles développent également des troubles fonctionnels intestinaux (TFI) importants qui ralentissent encore la guérison. On retrouve chez ces patientes des reflux gastro-œsophagiens, un ralentissement de la vidange gastrique, une constipation marquée, des ballonnements qui altèrent considérablement leur qualité de vie, même après leur guérison.

#### I. 5. 2. COMPLICATIONS

Les complications suite à l'amaigrissement extrême sont : arrêt cardiaque, insuffisance rénale, ostéoporose, baisse de l'attention et de la concentration, ainsi qu'une lenteur psychomotrice. On observe également une atrophie cérébrale pour une perte de poids de 30% durant au moins 6 mois. Il y a 10% de mortalité chez les anorexiques<sup>30</sup>, ce qui fait de cette pathologie, un problème de santé publique.

---

29 P. Lamoureux (eds), *La santé de l'homme*, INPES, n°394, mars-avril 2008, p17

30. B. Provost, *Le bilan psychomoteur chez l'adolescente anorexique*, Mémoire en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Psychomotricité, institut de Formation en Psychomotricité, Juin 2012.

On comprend la prise en charge pluridisciplinaire de ces patientes, lorsque que l'on prend la pleine mesure de la multitude de symptômes, physiques et psychiques que provoque cette pathologie. Le parcours de soin est long et jalonné de thérapies verbales, mais les patientes sont très peu confrontées à des thérapeutiques manuelles.

Justement il serait intéressant de creuser l'influence du toucher thérapeutique que pourrait apporter l'ostéopathie. En effet, des études aujourd'hui prouvent l'intérêt du toucher dans la relation soignant/soigné. Par exemple, les travaux de Nicolas Guéguen en 2009<sup>31</sup> prouvent que le simple fait de toucher les patients en les accompagnant, augmente significativement le respect de la prescription médicale. On peut alors facilement imaginer le bénéfice qu'apporte l'ostéopathie, par le simple fait que le thérapeute travaille avec ses mains. D'ailleurs, Hippocrate lui-même, encourageait ses disciples dans ce sens: « *rechercher ce qui peut se voir, se toucher, s'entendre* »<sup>32</sup>. La vision hippocratique est un « *regard panoramique qui embrasse une totalité de vie* »<sup>33</sup>.

Précisément, le regard médical contemporain a désinvesti le corps du patient, par l'apparition de la génétique et de l'imagerie médicale entre autres. À tel point qu'aujourd'hui, « *toute approche corporelle, sans annonce préalable, peut être vécue comme une véritable intrusion dans l'intime* »<sup>34</sup>. Chez les patientes anorexiques, ce rapport au corps est d'autant plus exacerbé, qu'il est l'expression même de la pathologie ; d'où l'intérêt d'ajouter l'ostéopathie au parcours de soin des patientes.

---

31 N. Guéguen, M. Vion, « The effect of practitioner's touch on patient's medication compliance », *psychology, health and medicine*, 14(6), 2009, p689-694

32. Hippocrate, E. Littré, « traité de l'officine du médecin », *Œuvres complètes d'Hippocrate*, Baillière, 1841

33. A.C Masquelet (eds), *Cahiers du Centre Georges Canguilhem n°1 : Le corps relégué*, PUF, 2007, p67

34. A.C Masquelet (eds), *Cahiers du Centre Georges Canguilhem n°1 : Le corps relégué*, PUF, 2007, p68

Il est également intéressant de noter que les troubles chronicisant la pathologie sont des troubles fonctionnels, qui sont précisément le champ d'actions de l'ostéopathe. En effet c'est le rapport à l'alimentation qui rend difficile la ré-nutrition des patientes. Et justement des études commencent à fleurir sur l'intérêt de la prise en charge ostéopathique des patients souffrant de troubles fonctionnels intestinaux. Afin de faciliter le dialogue avec le corps médical, l'approche paraissant la plus judicieuse est de s'intéresser au traitement ostéopathique viscéral des anorexiques. Car cette pratique réunit à la fois la notion de relation au corps, de toucher thérapeutique. Et peut-être, apporter une réponse à la problématique digestive, mais également influencer le système nerveux autonome, le système digestif en étant le siège. Nous allons donc faire un état des lieux des études portant sur cette pratique.

## **I.6. REVUE DE LITTERATURE**

### **I.6.1 ETUDES COMPAREES**

#### **I.6.1.A TRAITEMENT OSTEOPATHIQUE DU COLOPATHE FONCTIONNEL**

Etude prospective, randomisée en simple aveugle, versus placebo. Par V. Brisard, J.P. Guillaume, B. Didier, V. Patrascu, M. Sourice, J.L. Meziere, D. Chalut, S. Chevalier, C. Gourin, G. Vullet<sup>35</sup>.

Cette étude, mettant en collaboration ostéopathes et médecins, propose une population de 42 patients, hommes et femmes entre 18 et 75 ans, inclus en fonction des critères de Rome (annexe n°1). Lors de cette étude, 5 consultations ont été effectuées, chacune à 15 jours d'intervalle, sur deux mois.

---

35. Site des Entretiens Internationaux de Monaco, <http://www.entretiens-internationaux.mc/guillaumef.htm>

Les sujets ont été divisés en deux groupes; un groupe «*placébo*» composé de 19 patients qui ne reçoit que des «*tests et techniques placébo*» et un groupe «*ostéopathie*», à qui on effectue des «*tests et techniques ostéopathiques*».

Les zones testées et traitées sont : la charnière C0-C1, la zone épigastrique, et le colon, par rapport au grêle ainsi qu'aux parois pariétales. Les traitements médicamenteux devaient être arrêtés 48H avant chaque consultation, mais pouvaient être maintenus lors de l'étude.

Les critères de l'étude portent sur une évaluation de l'échelle EVA (annexe n°2) lors de chaque consultation, ainsi que sur les ballonnements, la diarrhée, la constipation, et autres signes fonctionnels (flatulences, aérophagie, météorisme abdominal), via des tableaux symptomatiques.

Il s'avère, que nous pouvons apprécier au cours de l'étude une diminution significative de la douleur abdominale, dès les 15 premiers jours, ainsi qu'une amélioration significative des troubles fonctionnels, au niveau de leur intensité et de leur fréquence entre J15 et J75 :

- J45 pour les ballonnements
- J75 pour les diarrhées
- J60 pour la constipation
- J60 pour les autres troubles.

Une autre donnée, qui a son importance, est le peu d'effets indésirables sur les patients de l'étude.

Elle se conclut donc par «*la preuve de l'efficacité du traitement ostéopathique a été faite sur deux mois*». <sup>36</sup>

#### I.6.1.B ETUDE DES EFFETS D'UNE TECHNIQUE VISCERALE GLOBALE OSTEOPATHIQUE SUR LES TROUBLES FONCTIONNELS INTESTINAUX

Par G Landini, ostéopathe D.O<sup>37</sup>.

---

36 <http://www.entretiens-internationaux.mc/guillaumef.htm>

37. G.Landini, « Etude des effets d'une technique viscérale globale ostéopathique sur les troubles fonctionnels intestinaux » *revue Osteo* n°78, Proédit, avril 2008

Cette étude présente elle aussi deux groupes de patients, un premier «ostéopathie» recevant des «tests et traitements ostéopathiques», l'autre groupe «placébo» ne recevant qu'un «test global crânien» et une discussion sur les effets positifs de l'ostéopathie. Au cours de cette étude, deux traitements ont été effectués, à 1 mois d'intervalle.

Les patients ont rempli un questionnaire sur leurs symptômes digestifs: les ballonnements, la diarrhée, la constipation, et l'alternance entre les deux, ainsi qu'une échelle EVA avant chaque traitement. Le même protocole a été appliqué deux mois après la deuxième consultation.

Le travail ostéopathique effectué par Mr. Landini sur le groupe «ostéopathie» se compose d'une détente des coupes diaphragmatiques (annexe n°3), ainsi que d'une grande manœuvre abdominale (annexe n°4).

L'étude a constaté une amélioration significative de la douleur abdominale, dès la première consultation. Au sujet des ballonnements, 85% des sujets en présentaient constamment, ils ne sont plus que 60% après le premier traitement ostéopathique, et plus que 45% après la deuxième consultation.

Concernant, la constipation 45 % des sujets en souffraient quotidiennement avant traitement, 30% après la première consultation, 20% après la deuxième.

Au sujet de la diarrhée, 45% des patients avant traitement s'en plaignent, c'est un pourcentage inchangé qui en souffre après le premier traitement, mais suite au deuxième traitement, ils ne sont plus que 20%.

Du point de vue de l'alternance diarrhée constipation, 10% des patients en souffrent, ils ne sont ensuite plus que 5% après les traitements.

Au vu des résultats, Mr. Landini conclut son étude par « l'ostéopathie est une solution thérapeutique aux troubles fonctionnels intestinaux ».<sup>38</sup>

---

38. G. Landini, « Etude des effets d'une technique viscérale globale ostéopathique sur les troubles fonctionnels intestinaux » revue *Osteo* n°78, Proédit, avril 2008



I.6.1.C EVALUATION PROSPECTIVE RANDOMISÉE D'UNE TECHNIQUE D'OSTÉOPATHIE DANS LA PRISE EN CHARGE DU SYNDROME DE L'INTESTIN IRRITABLE

Par T.V. Attali, R. Benamouzig, M. Bouchoucha<sup>39</sup>

Cette étude met également ostéopathes et médecins en collaboration. Elle est composée de 11 patients de 55 ans, plus ou moins 7 ans. Seulement 3 hommes pour 8 femmes, ont été évalués médicalement, puis inclus en fonction des critères de Rome (annexes).

L'étude porte sur 4 symptômes : constipation, météorisme, diarrhée, douleur abdominale, via une échelle EVA. Les sujets ont été divisés en deux groupes: un premier groupe a reçu un traitement ostéopathique, l'autre un traitement placebo.

Deux phases de traitement de 15 jours ont été mises en place, les patients devaient alors remplir quotidiennement une EVA. Ils étaient également soumis tous les jours, à des mesures de transit, (via des marqueurs radio-opaques). L'analyse des résultats de ce travail a démontré une amélioration significative en ce qui concerne le météorisme, ainsi que la douleur abdominale. Par contre nous ne retrouvons pas dans cette étude de donnée significative sur l'amélioration de la constipation ou de la diarrhée.

L'étude conclut donc à un « *intérêt de l'ostéopathie pour le traitement du météorisme et des troubles de (...) la sensibilité abdominale* »<sup>40</sup>. Cette étude a par ailleurs été reprise ultérieurement par Mme T. Jeziorny, élève de l'Institut Dauphine d'Ostéopathie de Paris, comme travail de recherche de fin d'étude en 2014.

---

39. Site du SNFGE, <http://www.snfge.org/content/evaluation-prospective-randomisee-dune-techniq>

40. Site du SNFGE, <http://www.snfge.org/content/evaluation-prospective-randomisee-dune-techniq>

I.6.1.D INTERET DE LA PRISE EN CHARGE OSTEOPATHIQUE DANS LE SYNDROME DE L'INTESTIN IRRITABLE

Par T Jeziorny.<sup>41</sup>

Cette étude propose un panel de 37 patients de 18 à 80 ans, hommes et femmes, diagnostiqués et sélectionnés par le Dr Bouchoucha. Un bilan médical a été préalablement effectué.

Les patients ont été divisés en deux groupes, un « *placébo* » ne recevant qu'un traitement mimé, et un « *ostéopathie* » à qui l'on a effectué des « *tests et techniques ostéopathiques* ». Deux ostéopathes ayant reçu la même formation se sont repartis les deux groupes. Le protocole mis en place est de trois consultations, espacées de 15 jours chacune.

Le traitement ostéopathique appliqué concerne à la fois le travail des structures de maintien (ligaments, mésentère, petit et grand omentum, fascias de Toldt, mésocolon sigmoïde, lames sacro-recto-vésico-génito-pubiennes), le diaphragme, le tube digestif en lui-même (de la valvule iléo-caecale au colon sigmoïde), ainsi qu'un travail sur les structures rachidiennes dorsales basses et lombaires.

Les symptômes investigués sont la douleur abdominale, le météorisme, la diarrhée, la constipation, via une échelle EVA. L'étude n'a montré qu'une diminution significative de la constipation avec le traitement ostéopathique. Les trois autres symptômes ont tous été également améliorés mais aussi bien dans les groupes recevant le traitement ostéopathique, que dans le groupe recevant le traitement placébo.

Cependant ces données sont à nuancer, car en effet 11 patients ont été déclarés « *perdus de vue* » lors de l'étude, ce qui diminue la possibilité d'interprétation des résultats.

---

41. T.Jeziorny, « *Intérêt de la prise en charge ostéopathique dans le syndrome de l'intestin irritable* », mémoire en vue de l'obtention du D.O FERO, IDO, Octobre 2014

Un autre biais est à souligner; les traitements placébos et ostéopathiques se faisant parfois dans la même pièce au même moment, les traitements devaient se ressembler, le praticien effectuant le traitement placebo devant alors mimer son collègue.<sup>42</sup>

#### I.6.2. ANALYSE

Comme nous le montrent ces études, l'influence du traitement ostéopathique dans les troubles fonctionnels digestifs est clairement bénéfique; peu voire pas d'effets secondaires, en effet une seule étude en fait mention, pour signifier qu'ils sont quasiment inexistantes.

Amélioration plus ou moins marquée selon les études des différents symptômes, à commencer par la douleur abdominale et la constipation, pour qui les résultats ont été les plus significatifs.

Notons toutefois que dans la dernière étude mentionnée, une donnée s'ajoute: celle de l'influence du toucher. En effet c'est la seule étude où le traitement placebo consiste à mimer les vraies techniques viscérales, obligeant le praticien à poser ses mains sur le ventre du patient. Nous retrouvons alors dans cette étude, une amélioration significative des troubles fonctionnels intestinaux, mais chez les deux groupes, placebo et ostéopathie. Ce qui prouve que le simple fait de toucher l'abdomen des patients souffrant est soulageant.

Cependant il faudrait pratiquer ces études à plus grande échelle, afin d'être en mesure d'émettre de réelles données scientifiques. Les études disponibles sont encore trop rares, et de plus une comparaison entre elles est assez compliquée, dans la mesure où, ne l'oublions pas, les techniques ostéopathiques sont différentes selon la formation de l'ostéopathe, voire de son pays.

---

42 . T.Jeziorny, « Intérêt de la prise en charge ostéopathique dans le syndrome de l'intestin irritable », mémoire en vue de l'obtention du D.O FERO, IDO, Octobre 2014

Nous savons par exemple qu'«un essai randomisé allemand a montré une efficacité de l'ostéopathie supérieure à une prise en charge standard des troubles fonctionnels intestinaux (68% vs 17%)»<sup>43</sup>. Cependant il ne nous a pas semblé judicieux de la présenter ici, précisément pour la raison précédemment citée.

Dans l'étude « traitement ostéopathique du colopathe fonctionnel », il est intéressant de noter que les zones testées et travaillées sont la charnière C0-C1, la zone épigastrique et le colon, par rapport au grêle et à l'enveloppe pariétale. On peut aisément imaginer que la charnière est travaillée dans le but d'avoir un impact sur le nerf vague. Les tests et techniques de la zone épigastrique sont effectués pour influencer la zone sus-mésocolique, siège de l'assimilation. Le travail au niveau du colon a quant à lui l'intérêt d'agir sur le lieu de l'absorption et de la digestion.

L'étude de Mr. Landini fait état d'un travail sur le diaphragme ainsi qu'un travail global sur le système digestif, par une grande manœuvre abdominale.

Enfin l'étude de Mme Jeziorny, envisage d'influencer quant à elle de façon détaillée les structures du tube digestif, les tissus de soutien, les vertèbres en rapport soit métamérique soit anatomique.

Les mécanismes d'action de l'ostéopathie sur les troubles fonctionnels intestinaux ne sont pas à ce jour démontrés scientifiquement, cependant plusieurs approches existent pour expliquer ces effets:

#### I.6.2.A L'APPROCHE OSTÉOPATHIQUE VISCÉRALE TISSULAIRE

On considère dans cette approche, l'intérêt du travail des fascias. Ces tissus de soutien du système digestif contiennent les paquets vasculo-nerveux des viscères.

---

43. Site de l'association française formation médicale continue en hépato-gastro-entérologie, [fmcgastro.org](http://fmcgastro.org)

Une tension sur ces tissus provoquerait donc une perturbation de fonctionnement du viscère en rapport<sup>44</sup>. En premier lieu vis à vis de sa perfusion sanguine, or «*la loi de l'artère est reine*» d'après A.T.Still. Il apparaît donc nécessaire de favoriser la meilleure circulation possible, dans le but de maintenir le bon fonctionnement des organes, et par eux l'homéostasie du corps. Mais également vis à vis de l'innervation du viscère, dont dépend sa mobilité. En effet, les viscères du tube digestif sont sous contrôle du système nerveux autonome, et possèdent chacun un mouvement propre et un mouvement général, le péristaltisme. Un organe mal innervé aura une mobilité diminuée, ce qui entrainera des troubles fonctionnels, par influence sur la motilité intrinsèque de l'organe.

Il est donc indispensable de veiller à la libération des fascias et à restaurer les plans de glissements entre les différents organes abdominaux. J.P. Barral parle d'ailleurs d'articulation viscérale, lorsqu'il s'exprime sur les tissus de soutien<sup>45</sup>.

#### I. 6. 2. B L'APPROCHE OSTEOPATHIQUE VISCERALE MECANIQUE

Elle-même est divisée en deux sous-catégories :

##### I. 6. 2. B. a L'approche ostéopathique viscérale mécanique directe

Le tronc est composé de deux cavités, thoracique et abdominale, qui interagissent entre elles par le biais de différences de pressions. « *La pression sus diaphragmatique est inférieure à la pression sous diaphragmatique, si bien que la poche péritonéale va être suspendue au diaphragme* »<sup>46</sup> D'autant que les 20 000 mouvements journaliers du diaphragme mobilisent l'ensemble du contenu du péritoine. En cas de mauvaise répartition des pressions (pour cause de ptôse viscérale par exemple), le mouvement diaphragmatique sera perturbé, ce qui modifiera également les mouvements viscéraux.

---

44. G.Landini, « Etude des effets d'une technique viscérale globale ostéopathique sur les troubles fonctionnels intestinaux » *revue Osteo* n°78, Proédit, avril 2008

45. P. Barral, P. Mercier, *Manipulations viscérales 1*, Frison-Roche, 2e édition, 2001

46. P. Barral, P. Mercier, *Manipulations viscérales 1*, Frison-Roche, 2e édition, 2001, p.26

C'est donc le diaphragme dans cette approche, qui sert de « moteur » à la mobilité viscérale, en s'aidant de l'effet Turgor (lexique).

#### I. 6. 2. B. b L'approche ostéopathique viscérale mécanique indirecte

Un dérangement vertébral mineur, entraîne une irritation métamérique du viscère en rapport, entraînant également un dysfonctionnement de ce viscère. Cette vision s'explique par l'explication physiologique du réflexe viscéro-somatique. « - *Dans la théorie de l'arc réflexe, le message nociceptif afférent provenant des viscères aurait non seulement pour effet de sensibiliser les neurones sensitifs, mais aussi de provoquer l'activation de plusieurs arcs réflexes ayant comme branches afférentes les fibres sensibles viscérales et comme branches efférentes des fibres sympathiques vers la peau et les tissus sous-cutanés ainsi que des fibres somatiques vers les tissus musculaires* »<sup>47</sup>.

Un travail sur les vertèbres en rapport métamérique avec l'organe ciblé permet donc de l'atteindre de façon indirecte. Ce qui peut être intéressant vu la difficulté majeure que présente l'ostéopathie viscérale ; en effet, les structures sont très difficilement identifiables et les nombreuses variations anatomiques au niveau du tube digestif des individus, augmentent encore cette difficulté. On ne peut donc affirmer avec certitude travailler sur un organe en particulier mais plutôt sur une zone.

Il serait donc intéressant d'appliquer son protocole de traitement à des patientes anorexiques, afin de voir si leurs troubles fonctionnels intestinaux diminuent de façon significative. De plus le travail des coupes diaphragmatiques ainsi que les grandes manœuvres abdominales sont des techniques sans contre-indication majeure, car en effet les anorexiques sont malheureusement comme nous l'avons vu plus haut, des patientes relativement fragiles.

---

47. Site de l'institut UPSA de la Douleur, <http://www.institut-upsa-douleur.org/Media/Default/Documents/IUDTHEQUE/PERIODIQUES/Iud/institut-upsa-douleur-periodique-lettre-iud-21.pdf>

Avant de pouvoir accéder aux patientes, il paraissait judicieux de poser la question de la place de l'ostéopathie auprès d'elles, aux professionnels de santé les encadrant. Une enquête a donc été réalisée, dans ce but, afin de mettre en lumière les connaissances de l'ostéopathie et plus spécifiquement de la pratique viscérale, des membres du corps médical et paramédical spécialisés en T.C.A. Elle met aussi l'accent sur la réalité clinique des patientes au niveau de leurs troubles fonctionnels intestinaux. Enfin, elle a pour but d'envisager les différentes conditions d'insertion des ostéopathes dans le parcours de soin des anorexiques.

## ***MATERIEL ET METHODE***



## **II. MATERIEL ET METHODE**

### **II.1. FORMALISATION DES OBJECTIFS DE L'ENQUETE**

Le but de cette enquête est de mettre en évidence que la pratique de l'ostéopathie viscérale a une place à prendre dans le parcours de soin des patientes anorexiques, ainsi que les éventuels obstacles à cette collaboration entre les ostéopathes et les acteurs du monde médical spécialisés en troubles du T.C.A.

Nous allons tenter d'en faire ressortir les problématiques suivantes: Qu'en est-il de la connaissance de l'ostéopathie et de ses champs d'actions, chez les praticiens de santé spécialisés en T.C.A ? Existe-t-il déjà une collaboration entre praticiens de santé et ostéopathes sur cette problématique, et si oui qu'elle est-elle ? Si non est-elle possible, sous quelles conditions ? Et enfin, quels sont les troubles fonctionnels intestinaux fréquents présentés chez les patientes anorexiques ? Les traitements non ostéopathiques mis en place sont-ils efficaces ?

### **II.2. DEFINITION DE LA POPULATION DE REFERENCE**

La prise en charge des patientes atteintes d'anorexie mentale préconisée par l' H.A.S est largement pluridisciplinaire, et fait collaborer les médecins généralistes, les psychologues, les psychiatres, les pédopsychiatres, les gastro-entérologues, les endocrinologues, les nutritionnistes, les diététiciens, les kinésithérapeutes, les psychomotriciens, les art-thérapeutes, et autres, exerçant aussi bien en cabinet libéral qu' en maison des adolescents, en hôpitaux de jour, ou en services hospitaliers à séjour non ambulatoire.

La population ciblée est donc formée de l'ensemble des intervenants du monde de la santé précédemment cités, ou étudiants, spécialisés en T.C.A, et cela partout en France.

### **II.3. DEFINITION D'UN ECHANTILLON**

Afin de prendre contact avec ces professionnels, nous avons tout d'abord tenté de joindre par mail et/ou téléphone les chefs de service de la Maison de Solenn, l'hôpital de jour Robert Debré, la SM13, le service d'infanto-juvénile de la Pitié-Salpêtrière, l'hôpital de Garches, la Clinique de la Villa Montsouris, l'IMM, la MGEN, l'hôpital Sainte Anne à Paris.

Nous avons obtenu d'un entretien avec le Dr Nathalie Godart, de l'IMM, qui est secrétaire également du groupe de travail national des professionnels de santé sur cette problématique, l'association AFDAS-TCA. Soutenant notre projet, elle nous a permis de le diffuser dans son service de l'IMM, mais également au sein de l'AFDAS TCA ainsi que sur le réseau TCA-transilien. Elle nous a également fourni une liste d'associations regroupant des intervenants professionnels à contacter que nous avons pu compléter par la suite via l'annuaire des associations trouvé sur internet.

Nous avons donc également contacté par mail, ainsi que sur les réseaux sociaux, les associations suivantes : SOS ANOR, AUTREMENT, LA NOTE BLEUE, VAINCRE ANOREXIE BOULIMIE, ENFINE, SOLIDARITÉ ANOREXIE BOULEMIE, TCA SOLEIL, ENDAT, SABRINA TCA92.

Enfin, le questionnaire a été envoyé par courrier aux professionnels de santé trouvés via les pages jaunes d'Ile-de-France. 100 exemplaires ont été ainsi envoyés. L'échantillon est donc présenté sous forme d'échantillonnage aléatoire.

### **II.4. CONCEPTION DU QUESTIONNAIRE**

#### **II.4.1. MODE DE PASSATION**

La première diffusion envisagée était par courrier postal, les 100 premiers questionnaires ont donc été envoyés par ce biais, mais cela s'est avéré trop

couteux et fastidieux, avec aucun retour.

Il est donc apparu clairement que la diffusion via internet serait plus judicieuse, tant par la possibilité de réponses, que par la quantité de personnes touchées, et que par sa gratuité. De plus le traitement des données en serait simplifié.

Le questionnaire est donc numérique, en auto-administration.

#### II. 4. 2. MODE D'EXPLOITATION

Pour la conception du questionnaire, le plus simple était d'utiliser le site internet « *evalandgo* », outil facile et gratuit d'utilisation. Il permet la diffusion du questionnaire par simple envoi de liens internet, le traitement des données, ainsi que la vision sur les statistiques, jour après jour, et l'établissement de rapports. C'est un support électronique avec un traitement immédiat.

#### II. 4. 3. CHOIX DES QUESTIONS

Les cinq premières questions sont destinées à la rencontre avec le répondant car bien qu'anonyme, il est intéressant de se faire une idée du sondé.

Puis les questions envisagées sont des questions de fait, qui appellent alors des réponses précises; des questions dites fermées, avec un choix simple, « oui » ou « non » quelques fois nuancées d'un item « parfois », dans le but d'optimiser l'exploitation des réponses.

Des questions d'opinion, plus précises, formulant la/les réponse(s) pour le répondant, formules entre lesquelles il doit choisir. Elles permettent via l'item « autre » d'élargir le champ de réponses afin de lui permettre de donner son avis personnel.

Une question quantitative sur la connaissance de l'ostéopathie du sondé est également proposée.

#### II. 4. 4. ETUDE DES QUESTIONS

Les questions 1 à 5 permettent de faire connaissance avec le sondé. Mise en relation avec les questions suivantes, plus axées sur ses connaissances de l'ostéopathie, elles permettent de mettre en lumière un éventuel lien entre son cadre professionnel ou personnel, et sa vision de l'intérêt de la pratique de l'ostéopathie dans le milieu des T.C.A.

La question 6 quantifie quant à elle la connaissance générale du sondé sur l'ostéopathie. C'est la première question de fait. Associée à la question 7, elle permet de savoir si l'ostéopathie est une thérapeutique connue personnellement du sondé, ou si sa connaissance est purement théorique.

Les questions 8 à 10 concernent l'élargissement de la problématique au champ d'action thérapeutique des ostéopathes dans la prise en charge de l'anorexie mentale. Elles permettent de savoir si les professionnels de santé collaborent avec des ostéopathes sur cette problématique, et de déterminer les motifs de consultations les plus fréquemment rencontrés, pour lesquels il est possible selon le sondé d'avoir recours au traitement ostéopathique.

Les questions 11 à 13 permettent de mettre en évidence les troubles fonctionnels intestinaux que présentent les patientes anorexiques des sondés, ainsi que d'envisager l'efficacité des traitements non ostéopathiques mis en place pour les soulager.

Enfin les questions 14 à 19 cherchent à mettre en lumière la connaissance de la pratique de l'ostéopathie viscérale par le corps médical, leur avis quant à la collaboration avec des ostéopathes sur la problématique de l'anorexie mentale, ainsi que leurs attentes sur les conditions de cette éventuelle collaboration.

## **II. 5. PRESENTATION DU QUESTIONNAIRE A L'ECHANTILLON**

Voir annexe 5

Afin d'obtenir le plus grand nombre de réponses, il convenait d'envoyer un message d'introduction aux futurs sondés, en leur précisant que l'envoi était sur recommandation du Dr Nathalie Godart, que le questionnaire serait rapide à remplir. Egalement nous souhaitons les remercier de prendre de leur temps pour répondre à ce questionnaire.

## **II. 6. TAUX DE REPONSES AU QUESTIONNAIRE**

La période d'envoi du questionnaire et de récolte de réponses s'est déroulée sur deux mois : de début mars à fin avril. Sur les 100 courriers papiers envoyés, aucune réponse ne nous est parvenue. On constate donc un taux de réponse de 0% par ce mode de passation.

Un nombre important de mail a été envoyé à toutes les structures précédemment nommées, avec une relance mi-mars et une relance début avril. Le questionnaire a également été publié sur les pages Facebook des associations précédemment citées.

25 réponses au total ont été enregistrées, ce qui correspond à un taux assez faible de réponse. Bien que les calculs ne puissent être faits, la quantité d'intervenants professionnels médicaux ou paramédicaux n'étant pas détaillée dans les groupes Facebook ou sur certains sites d'association.

Nous expliquons toutefois le faible taux de réponse par le manque de temps et d'intérêt pour le sujet des répondants médecins. Néanmoins, il semblerait qu'un nombre plus important de membre du corps paramédical ait répondu au questionnaire, peut être car le sujet les intéresse davantage ?

## **II. 7. TEST DU QUESTIONNAIRE**

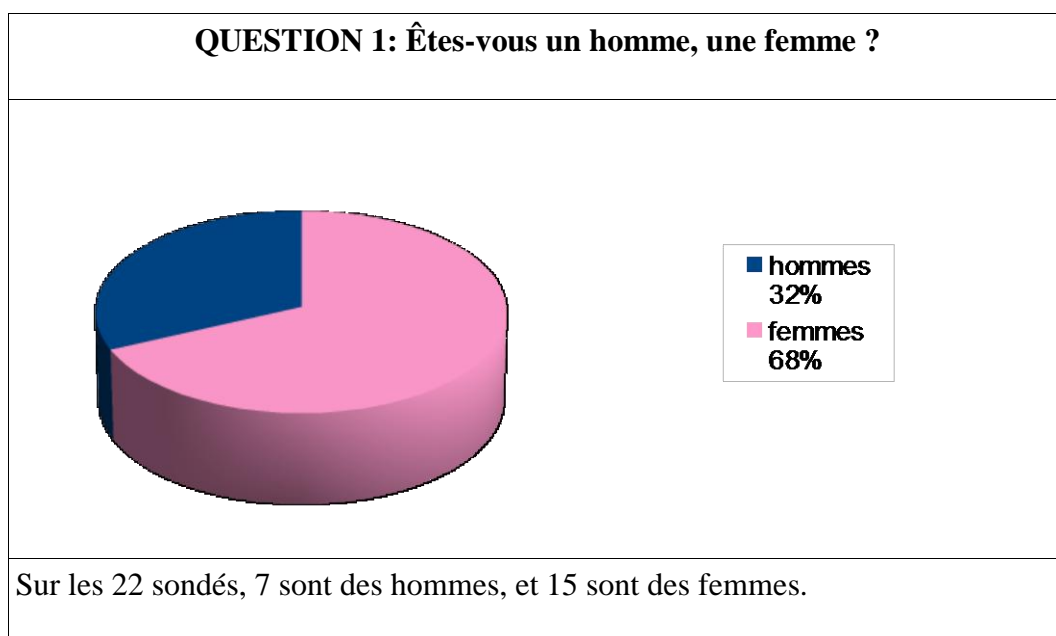
Avant l'envoi définitif par courrier, puis par mail, le questionnaire a été testé par un médecin généraliste, une psychologue, une psychomotricienne et une assistante sociale de ma connaissance. Leurs réponses ne figurent pas dans les résultats.

## ***RESULTATS***

### III. RESULTATS

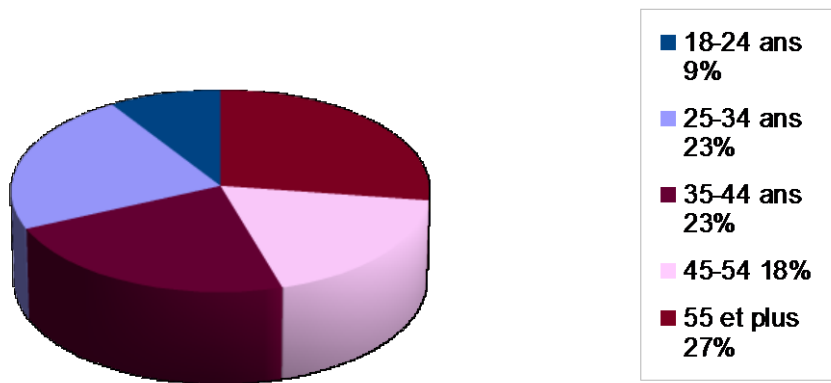
Suite à la distribution du questionnaire, nous avons reçu 25 réponses. Toutefois, 3 seront inexploitable car les spécialités ne correspondent pas aux critères d'inclusion : un parent d'adolescent anorexique, un président d'association, parent également, ainsi qu'une sondée ayant notifié dans la case spécialité «aide aux personnes souffrant de TCA et à leur entourage- [www.partage-et-ecoute.com](http://www.partage-et-ecoute.com) », dont la spécialité est inconnue.

Le rapport final ne comprend donc pas leurs réponses, qui fait donc état de 22 réponses.



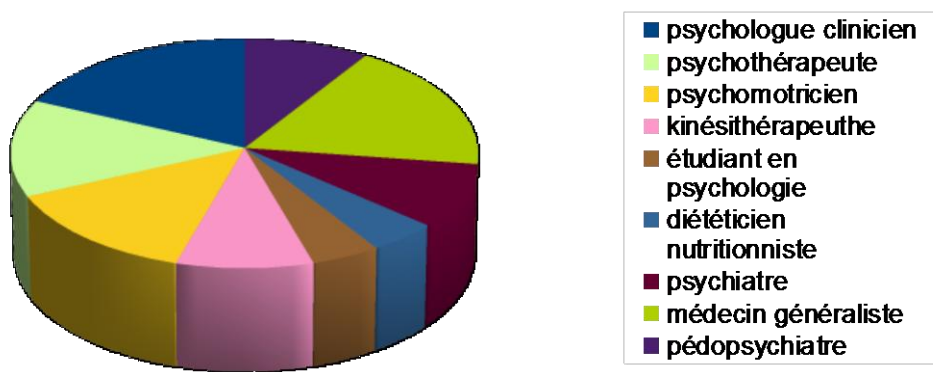


**QUESTION 2: Quelle est votre classe d'âge ?**



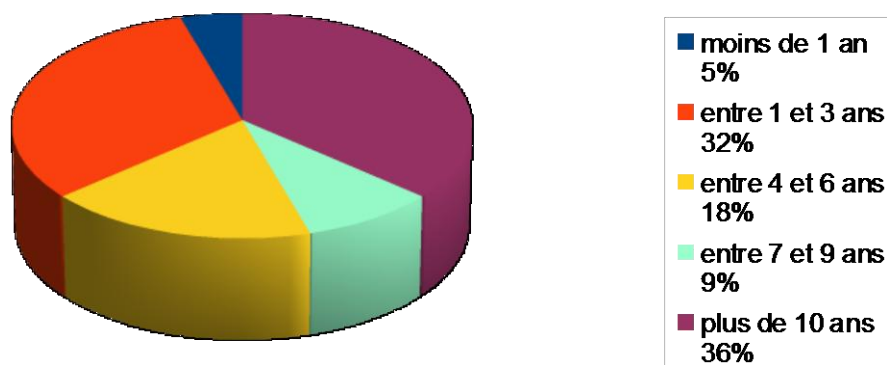
Les classes d'âges représentées par les sondés sont assez variées; 2 sondés ont entre 18 et 24 ans. 5 d'entre eux ont entre 25 et 34 ans. 5 également ont entre 35 et 44 ans. 4 répondants ont entre 45 et 54 ans. Les 6 derniers ont 55 ans ou plus.

**QUESTION 3: Quelle est votre spécialité ?**



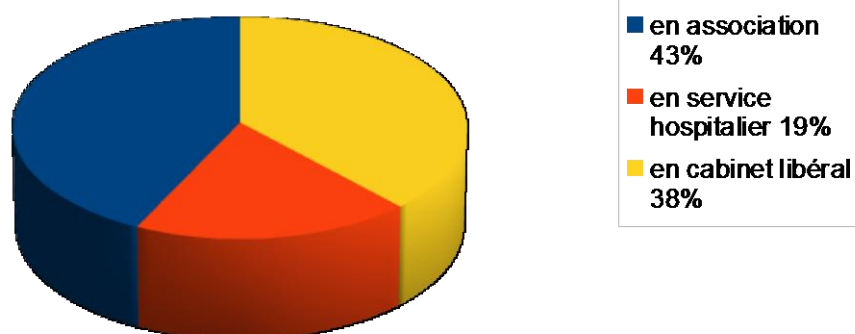
Les spécialités des répondants sont également diverses : 4 psychologues cliniciens, 4 médecins généralistes, 3 psychomotriciens, 3 psychothérapeutes, 2 pédopsychiatres, 2 psychiatres, 2 kinésithérapeutes, 1 diététicien nutritionniste, 1 étudiant en psychologie. Notons que les sondés issus du monde paramédical sont plus nombreux, avec un nombre de 14, contre 8 médecins.

**QUESTION 4: Depuis combien de temps exercez-vous auprès de patientes anorexiques ?**



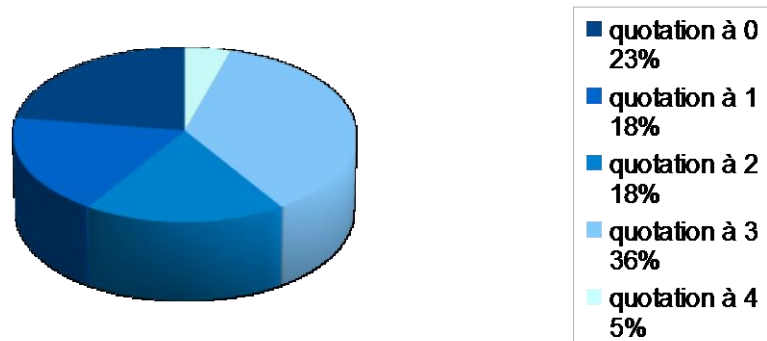
1 seul des sondés exerce depuis moins de 1 an. 7 d'entre eux exercent auprès des anorexiques depuis plus de 1 an et moins de 3 ans. 4 sondés précisent entre 4 et 6 ans. 2 d'entre eux estiment entre 7 et 9 ans leur temps auprès des patientes anorexiques. 8 des répondants exercent en TCA depuis plus de 10 ans.

**QUESTION 5 : Dans quelle structure les prenez-vous en charge ?**



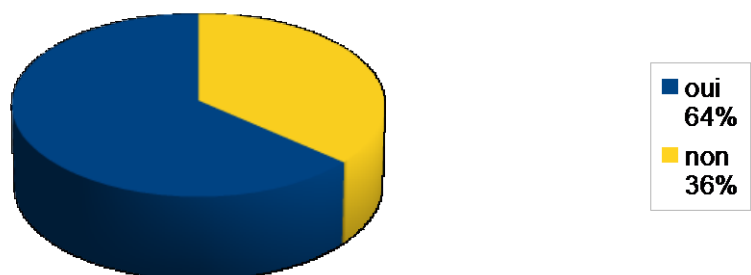
8 des répondants prennent en charge les patientes en cabinet libéral, 4 en services hospitaliers, 9 par le biais des associations. Notons que seulement 21 des sondés se sont exprimés.

**QUESTION 6 : Si vous deviez quantifier votre connaissance de l'ostéopathie sur une échelle de 0 à 5, 0 étant " je ne connais absolument pas " et 5 étant "je connais parfaitement bien" ?**



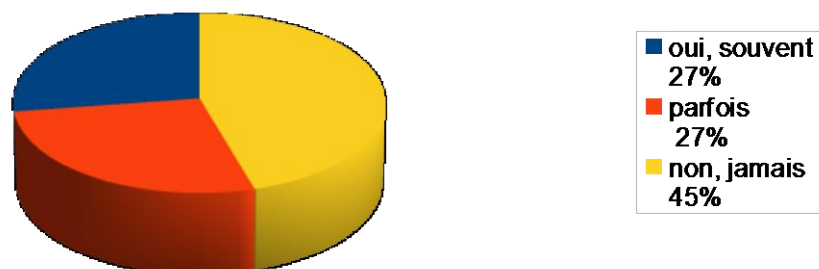
5 des sondés cotent leur connaissance sur cette échelle à 0. 4 d'entre eux l'estiment 1. Pour 4 des sondés, elle est à 2. 8 d'entre eux la placent à 3. 1 seul la positionne à 4, et aucun à 5.

**QUESTION 7 : Avez-vous, vous-même, déjà consulté un ostéopathe ?**



14 des sondés ont déjà consulté un ostéopathe, pour 8 qui ne l'ont jamais fait.

**QUESTION 8 : Orientez-vous vos patientes, en général, vers un ostéopathe ?**



6 des répondants envoient souvent leurs patientes vers un ostéopathe, 6 le font parfois, et 10 des répondants ne le font jamais.

**QUESTION 9: Si oui, pour quels troubles ?**

Etant une question ouverte, voici la liste des réponses obtenues :

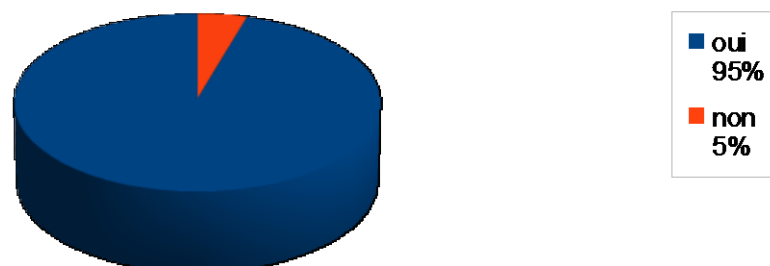
- 3) travail avec le corps pour aider au ressenti dans la plupart des cas, sinon pour des douleurs.
- 4) dorsalgie
- 5) troubles digestifs ou douleurs
- 6) douleurs, difficultés émotionnelles
- 7) douleurs ou bilan ostéopathique général
- 8) douleurs ou bilan
- 9) douleurs et troubles fonctionnels intestinaux
- 10) troubles somato-émotionnels, troubles structurels
- 11) douleur du rachis
- 12) algies, principalement
- 13) travail sur le rapport au corps

**QUESTION 10: Si non, pourquoi ?**

Etant une question ouverte, voici la liste des réponses obtenues :

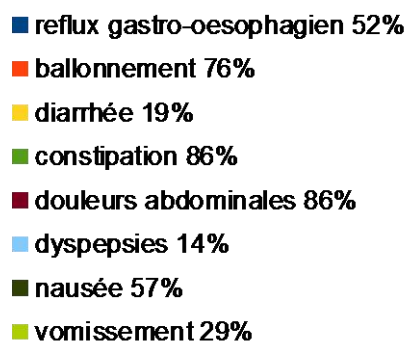
- 4) méconnaissance
- 5) méconnaissance de l'ostéopathie
- 6) orientation vers kinésithérapeutes et psychomotriciens spécialisés en TCA
- 7) pas de demande, peu de connaissances
- 8) comme je travaille avec les familles ou avec des patientes lors des permanences téléphoniques, je n'ai jamais eu l'occasion de pouvoir les orienter vers des ostéopathes
- 9) méconnaissance
- 10) peu de notion sur l'ostéopathie
- 11) méconnaissance, manque de confiance
- 12) méconnaissance
- 13) dangerosité des techniques ostéopathiques, fragilité des patientes.

**QUESTION 11 : Vos patientes présentent-elles des troubles fonctionnels intestinaux ?**



21 des sondés confirment que leurs patientes présentent des troubles fonctionnels intestinaux, pour 1 seul qui l'infirme.

**QUESTION 12 : Si oui, lesquels ?**



Pour 16 d'entre eux, elles présentent également des ballonnements.

12 des sondés évoquent des nausées,

11 parlent de reflux gastro-œsophagiens,

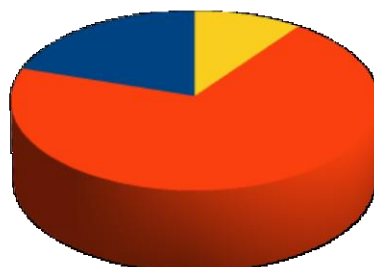
pour 6 d'entre eux, elles présentent des vomissements,

pour 4, elles souffrent de diarrhées,

pour 3 répondants elles ont des dyspepsies.

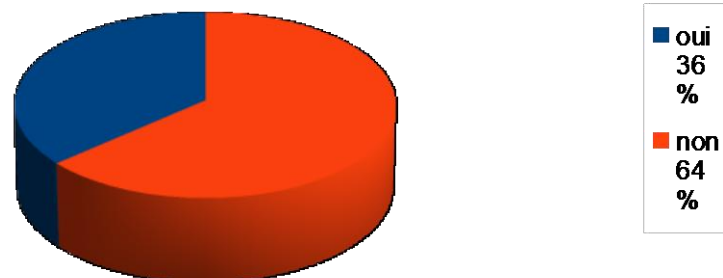
A noter que sur cette question seulement 21 des sondés ont donné leur avis.

**QUESTION 13 : Si oui, les traitements médicamenteux mis en place sont-ils efficaces ?**



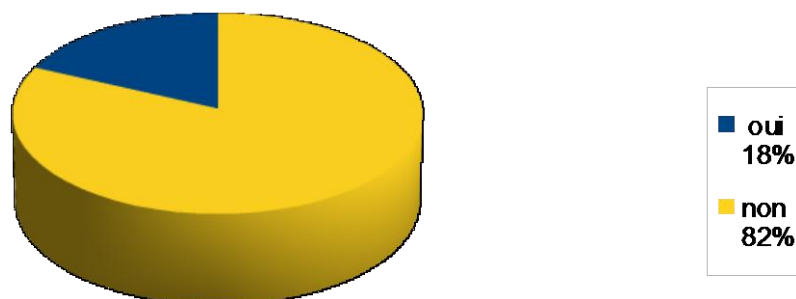
Pour 14 des répondants, les traitements sont parfois efficaces, alors que pour 4 autres ils le sont souvent, et pour 2 sondés, ils ne le sont jamais.

**QUESTION 14 : Savez-vous qu'il existe des techniques viscérales, en ostéopathie, dédiées aux troubles fonctionnels intestinaux ?**



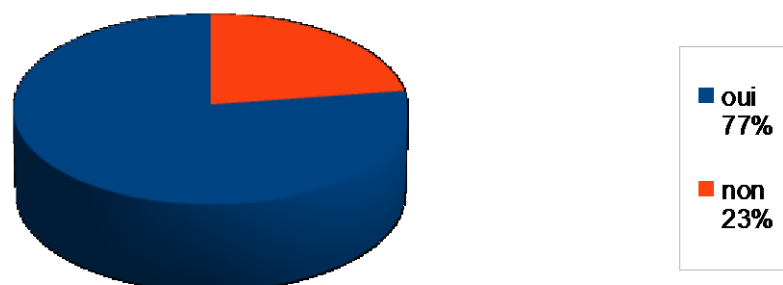
14 des sondés n'ont pas connaissance de la pratique viscérale ostéopathique, pour 8 qui la connaissent.

**QUESTION 15 : Savez-vous que des études mettent en avant leur efficacité par rapport aux traitements médicamenteux sur les troubles fonctionnels intestinaux ?**



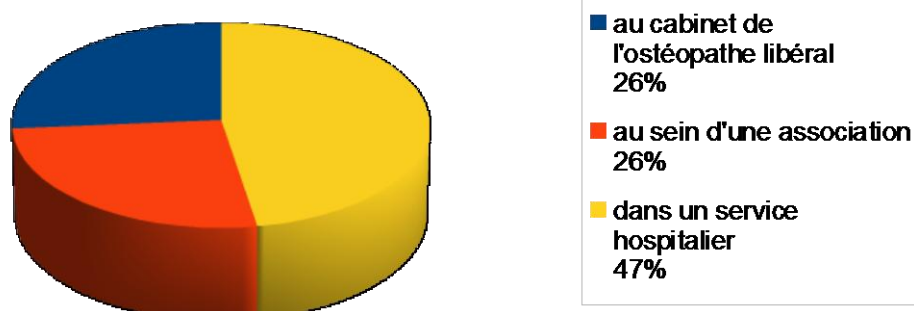
Seulement 4 des répondants ont connaissance des études sur le traitement ostéopathique des troubles fonctionnels intestinaux, contre 18 qui ne le connaissent pas.

**QUESTION 16 : A la lumière de ces études, si vous y aviez accès, et de façon plus globale, si on vous informait d'avantage des indications/ intérêts de l'ostéopathie et de son efficacité, enverriez-vous davantage vos patientes vers un ostéopathe pratiquant ces techniques ?**



5 des sondés n'enverraient pas leur patientes, 17 le feraient.

**QUESTION 17: Si oui, préféreriez-vous ?**



5 des sondés préfèrent en libéral, 5 également en association, et 9 en service hospitalier. Notons que seulement 19 répondants ont donné leur avis.

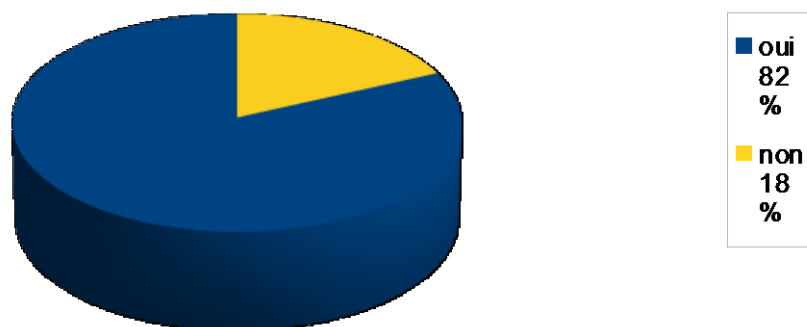


**QUESTION 18: Si non, pourquoi ?**

Etant une question ouverte, voici la liste des réponses obtenues :

- l'orientation pour les thérapies est très liée à l'hypermécialisation en TCA et non spécifiquement aux différentes spécialités paramédicales.
- Manque de compréhension globale des TCA chez les ostéopathes, manque de spécialisation
- pratiques dangereuses, non efficacité prouvée, fragilité des patients
- les traitements mis en place fonctionnent bien

**QUESTION 19 : Pensez-vous enfin, que l'ostéopathie à sa place dans la prise en charge des patientes anorexiques, au même titre que les psychomotriciens, les kinésithérapeutes, et autres thérapies dites « manuelles » ?**



18 des sondés pensent que oui, 4 pensent que non.

## ***DISCUSSION***

## **IV. DISCUSSION**

### **IV. 1. DIFFICULTÉS RENCONTRÉES**

Lors de la conceptualisation de ce travail, l'été dernier, l'objectif était d'en faire une étude clinique. Malheureusement, pour un étudiant en ostéopathie, il n'est pas facile de s'insérer dans un parcours de soin médical, même si celui-ci est largement pluridisciplinaire.

En cabinet libéral, il manquait justement cet environnement au contact de professions de toute sorte, ce qui ne rentrait donc pas dans les questionnements soulevés dans ce travail.

En association, les retours étaient plutôt positifs. Cependant logistiquement il n'était pas possible d'accéder aux patientes par manque de structure adaptée. Et il n'était pas possible de les faire venir à la clinique de l'école. Se posait également le problème de l'encadrement, les patientes étant mineures, les parents devaient donner leur consentement, et rester pendant la consultation, ce qui n'était pas réalisable.

En service hospitalier aussi, plusieurs problèmes sont apparus : le même problème d'encadrement notamment, les ostéopathes étant absents des services spécialisés en T.C.A, aucune supervision ne pouvait être effectuée sur ce travail. Ensuite un problème d'emploi du temps ; les stagiaires dans le système médical sont sélectionnés au printemps, et commencent leurs stages dès la fin de l'année scolaire donc au début de l'été. Si une convention de stage avait pu être établie entre l'IDO et un service hospitalier, la période ne correspondait pas.

Enfin, une grande frilosité nous a été signifiée, tout d'abord sur l'ostéopathie en général. Au vu des entretiens téléphoniques, ainsi que des échanges de mails qui forment le début de ce travail, une méconnaissance criante et un manque d'intérêt pour l'ostéopathie caractérise le monde médical. Ensuite sur

le manque d'expérience en TCA que nous avons. D'autant plus que les patientes sont des mineures, pour lesquelles un consentement doit être signifié par le chef de service dans lequel elles sont prises en charge.

Suite à cela, nous avons pris le parti de créer un questionnaire, afin de prendre le contrepied de ces différentes difficultés. Son but premier est de nous permettre d'entrer en contact avec les praticiens de santé encadrant les patientes anorexiques, pour ouvrir ensuite des possibilités d'étude clinique.

Le problème finalement s'est déplacé, car il nous fallait maintenant obtenir des réponses au questionnaire, et étonnamment, le système médical français semble particulièrement fermé lorsque que l'on commence à mentionner les termes de mémoire de fin d'études en ostéopathie. Pourtant il paraît évident que ce genre de travail offre une possibilité de reconnaissance à notre corps de métier.

Nous avons alors pris la pleine mesure de ce clivage entre le monde de la santé français, et l'ostéopathie, évoqué plus haut. Les ostéopathes ne « sont pas des professionnels de santé » comme certains médecins contactés nous l'on rappelé. D'autres professionnels par contre heureusement ont pris la peine et le temps de remplir ce questionnaire. Nous avons toutefois noté qu'ils étaient plus nombreux issus du monde paramédical. N'ayant reçu qu'un faible taux de réponses, ces données ne sont scientifiquement pas acceptables, cependant elles nous permettent de mettre tout de même en lumière certaines informations. Nous allons donc analyser les résultats précédemment obtenus.

## **IV. 2. ANALYSE DES RESULTATS**

Si l'on reprend les résultats, la première donnée intéressante est que les deux tiers des sondés sont des femmes. Sachant que cette pathologie s'exprime très largement majoritairement chez le sexe féminin, et qui plus est, que 20% des femmes sont touchées par un comportement restrictif au cours de leur vie, on comprend aisément que les femmes praticiens soient plus nombreuses à se spécialiser dans ce milieu.

Nous avons posé la question de l'âge, dans le questionnaire mais les données recueillies ne sont pas significatives. Tout au plus une plus légère majorité des sondés ont 55 ans et plus. Si on met en lien ces résultats avec ceux de la question 4, on se rend compte que c'est surtout l'hyperspécialisation en T.C.A qui explique ce fait. En effet il existe des formations post-graduées sur le sujet, ouvertes aux médecins, ainsi qu'aux professions paramédicales. Dans le trio de tête des pathologies chroniques des adolescentes, nous tenons à rappeler que l'on retrouve l'obésité et l'anorexie mentale.

La question 3 pose la question de la spécialité du sondé. On observe une majorité de répondant appartenant au monde paramédical. Par contre, une grande disparité dans les spécialités des répondants, est significative. La prise en charge de cette pathologie est donc largement pluridisciplinaire dans les faits. Aux spécialités des sondés on peut d'ailleurs rajouter encore d'autres acteurs: gastro-entérologues, ergothérapeutes, éducateurs spécialisés, assistantes sociales, art thérapeutes etc. On voit même dans les associations des membres actifs n'appartenant pas au monde de la santé. Nous pensons notamment aux trois réponses non retenues, les sondés étant parents de patientes. Le statut particulier des ostéopathes ne poserait donc pas de problème, du moins dans le cadre des structures de prise en charge associatives. Peut-être donc que la porte d'entrée pour l'ostéopathie dans le monde des T.C.A, se trouve dans les associations. De plus, si l'on met en lien les données de la question 5, on se rend compte que c'est l'association qui est le plus choisie comme structure d'encadrement. Puis vient le cabinet libéral, et enfin le service hospitalier. Bien sûr, ces données sont à nuancer, le questionnaire ayant été envoyé à davantage de structures associatives. Nous concluons donc que l'ostéopathe a le choix du cabinet libéral ou de l'association, pour prendre en charge des patientes anorexiques.

La question 6 met en lumière une méconnaissance certaine de cette discipline par le monde de la santé. Pourtant ils sont presque deux tiers des sondés à avoir déjà eu le bénéfice d'une consultation. Si on met en lien ces données avec celles des questions suivantes, on se rend compte que c'est précisément cette

méconnaissance qui est en grande partie responsable de leur non-collaboration avec des ostéopathes. Ils ne renvoient pas vers un ostéopathe, tout simplement parce qu'ils ne connaissent pas les champs d'action de l'ostéopathie. Pire encore, l'ostéopathie viscérale leur est très largement inconnue (questions 14 et 15) et pourtant ils sont 77% à affirmer qu'ils renverraient leurs patientes à des ostéopathes la pratiquant, s'ils en avaient connaissance (question 16).

Nous notons toutefois, que 54% des sondés, renvoient leur patientes, vers un ostéopathe, même s'ils ne sont que 27% à le faire souvent. Questionnés sur les raisons de cette collaboration, trois sont ressorties; la première étant l'apparition de douleurs non spécifiées chez les patientes, la seconde un essai de travail sur le rapport au corps des sujets, la troisième une recherche d'amélioration des troubles fonctionnels intestinaux. Cette dernière donnée est enthousiasmante, dans la mesure où elle confirme une des hypothèses de ce mémoire. Justement qu'en est-il chez les patientes de nos interrogés ?

Les questions 11, 12, et 13 traitent des troubles fonctionnels intestinaux retrouvés chez les anorexiques. A ce sujet, les données sont très significatives. 95% des sondés affirment que leurs patientes en présentent. A contrario, ils ne sont que 20% à confirmer que les traitements médicamenteux mis en place afin de les soulager fonctionnent bien. Il y a donc là un réel problème, car comme nous l'avons vu précédemment, c'est précisément l'inconfort digestif des patientes qui chronicise la pathologie, la rendant dangereuse, voire mortelle. C'est également un des aspects de la pathologie qui laisse des traces, car comme nous l'avons évoqué, même guéries, certaines patientes gardent des séquelles digestives tout au long de leur vie.

Nous avons voulu avec la question 12 détailler avec les répondants les troubles fonctionnels digestifs présentés par leurs patientes. Là encore, les résultats sont très significatifs : 86% d'entre eux évoquent des douleurs abdominales et une constipation. Ils sont encore 76% à mentionner des ballonnements. Et justement ces trois symptômes font tous partie des critères d'inclusion des études précédemment citées. Mieux encore, on s'aperçoit que c'est

précisément sur ces deux premiers symptômes que l'ostéopathie s'avère la plus efficace. Toujours d'après ces études, elle aurait aussi des effets bénéfiques sur les ballonnements ainsi que très peu d'effets secondaires, ce qui en fait une thérapeutique toute indiquée pour les anorexiques. Ce qui valide donc une autre des hypothèses de ce travail.

Mais les troubles digestifs des patientes ne s'arrêtent pas là. 57% des interrogés parlent de nausée, 52% de reflux gastro-œsophagien, 29% de vomissement, et 19% de diarrhée, ce que nous mettons en lien avec les formes mixtes d'anorexie-boulimie, où les sujets ont tendance à user et abuser de laxatifs en tout genre, afin de provoquer des purges.

Maintenant que l'intérêt de l'ostéopathie a été démontré dans la prise en charge des patientes anorexiques, nous demandons aux sondés dans la question 17 quelle structure serait la plus apte à dispenser cette thérapeutique. Ils sont 9 à répondre que la structure la plus adaptée est le service hospitalier. Cependant cela pose plusieurs problèmes. Premièrement l'ostéopathie n'est toujours pas reconnue comme profession de santé. Ce n'est malheureusement qu'un titre, bien que la législation soit en train d'évoluer. Il existe cependant certains domaines, où les ostéopathes trouvent leur place : les services de maternité et périnatalité. Mais dans ce cas il s'agit d'un service indépendant de l'hôpital, les parents s'auto-finançant les consultations. L'ostéopathe « loue » alors simplement un box à l'hôpital. Cependant, cet accord entre ostéopathes et monde hospitalier n'est pas adapté à la prise en charge d'une pathologie. Les patientes hospitalisées bénéficient d'une prise en charge globale, alors ajouter un praticien payant pose problème. Cependant ce propos est à nuancer étant donné que les hôpitaux de jour ou les maisons des adolescents font intervenir des thérapeutiques en tout genre. Il paraît cependant difficile de trouver un compromis avec le monde hospitalier pour l'instant.

Avec la question 18 nous avons essayé de mettre en lumière les éventuelles réticences à l'intervention des ostéopathes dans la prise en charge des anorexiques. Nous n'avons récolté que peu de réponses, qui mettent en avant le manque de

spécialisation en T.C.A de notre profession. Egalement la frilosité du monde médical vis avis de l'ostéopathie est mise en avant. Nous pouvons donc imaginer que tant que ces problématiques resteront en place l'ostéopathe a peu de chance d'accéder à ces patientes. Il paraît donc important de faire un travail sur la reconnaissance de l'ostéopathie dans ce milieu ainsi qu'une élaboration de spécialisation dans les TCA. Peut être ainsi notre profession sera demandée dans un milieu où elle paraît nécessaire.

Enfin notons toutefois qu'à la question 19, les sondés sont largement majoritaires à penser que l'ostéopathie a sa place dans la prise en charge des patientes anorexiques.



## ***CONCLUSION***

## CONCLUSION

Comme nous venons de le voir l'anorexie mentale est une pathologie complexe. Elle fait intervenir une multitude de praticiens dans le but d'essayer de palier la quantité de symptômes psychiques et physiques qu'elle provoque. Les ostéopathes ont éminemment leur place à prendre dans le parcours de soins des patientes, bien que pour des raisons logistiques exposées plus haut cela paraît difficile à mettre en place.

Le frein majeur à cette collaboration reste la méconnaissance certaine de l'ostéopathie dans le monde médical. Cependant comme nous l'avons vu le corps professionnel de la santé est prêt à inclure l'ostéopathie dans la prise en charge des anorexiques, lorsqu'il est informé des champs de compétences de l'ostéopathe.

D'autant plus que l'intérêt du traitement ostéopathique dans l'approche pluridisciplinaire de cette pathologie a été démontré dans ce travail. Son efficacité sur les troubles fonctionnels intestinaux, à commencer par la douleur abdominale ainsi que la constipation, n'étant plus à prouver.

Etant les deux symptômes digestifs retrouvés le plus fréquemment chez les patientes il paraît cohérent d'envisager l'ostéopathie comme thérapeutique. D'autant plus que les traitements médicamenteux mis en place ont une utilité plus que discutable.

De plus c'est une discipline qui apporte un certain nombre d'intérêts ; Peu d'effets secondaires, ce qui est intéressant, étant donné que les anorexiques sont relativement fragiles. Approche manuelle des patientes, mettant en jeu l'influence du toucher dans la relation soignant/soigné. L'anorexie mentale s'exprimant par le biais d'une distorsion du schéma corporel, le toucher thérapeutique ajouté par notre discipline dans leur parcours de soin jalonné de thérapies verbales, peut sans doute améliorer leur perception corporelle.

Il serait donc nécessaire de continuer ce travail par une étude clinique, afin de valider scientifiquement les hypothèses de ce travail. Les points importants afin de mener à bien cette étude nous semblent être :

- une insertion de l'ostéopathe en association ou en service hospitalier afin d'échanger avec les autres professionnels de santé spécialisés en T.C.A. C'est le point nous paraissant le plus difficile à mettre en place, mais les contacts effectués lors de ce travail pourront peut-être nous permettre d'accéder aux patientes.
- un nombre de patients important. Afin d'émettre des résultats scientifiquement validables, pour ouvrir le débat avec les membres du corps médical.
- un protocole ostéopathique simple à mettre en place. Nous pensons notamment à celui de Mr. Landini qui réunissait un travail sur le diaphragme et une grande manœuvre abdominale. Celui-ci nous paraît le plus judicieux dans la mesure où les résultats étaient les plus significatifs.

## ***ANNEXES***

## ANNEXES

### A. 1. CRITERES DE ROME III<sup>48</sup>

*Survenue :*

*-au moins 3j/mois au cours des 3 derniers mois*

*Caractérisation par au moins 2 des 3 critères suivants:*

*-amélioration avec la défécation*

*-survenue associée à une modification de la fréquence des selles*

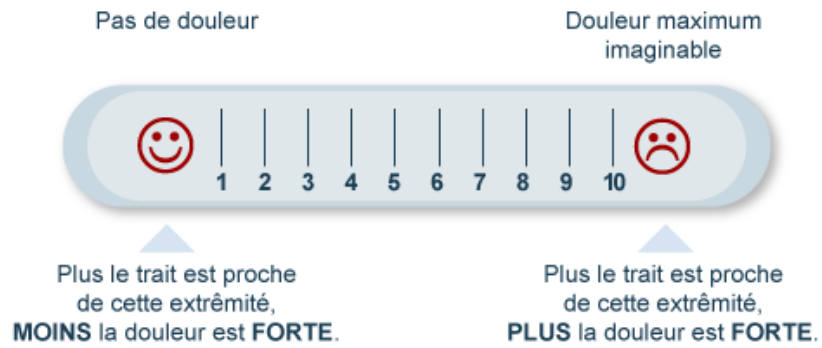
*-survenue associée à une modification de la forme des selles*

*Ces critères sont définis sur les 3 derniers mois pour des symptômes devant évoluer depuis plus de 6 mois.*

---

<sup>48</sup> T. Jeziorny, « Intérêt de la prise en charge ostéopathique dans le syndrome de l'intestin irritable », mémoire en vue de l'obtention du D.O FERO, IDO, Octobre 2014

## A.2. EXEMPLES D'ECHELLE D'EVA<sup>49</sup>



49. Site de l'institut UPSA de la Douleur, <http://www.institut-upsa-douleur.org>

### A.3. TECHNIQUE SUR LE DIAPHRAGME<sup>50</sup>

Patient en décubitus dorsal, genoux fléchis.

-Si dysfonction d'inspiration:

Praticien debout à hauteur du bassin du patient, s'oriente en direction céphalique. Le praticien place ses deux pouces sous les deux héli-coupoles diaphragmatiques du patient.

Lors de l'inspiration du patient il empêche l'héli-coupole en dysfonction de descendre à l'aide de son pouce.

-Si dysfonction d'expiration:

Praticien à la tête du sujet, orienté caudalement. Le praticien place ses deux mains sur le sternum du patient et lors de l'expiration va appuyer en arrière et en bas. Le praticien répète cela trois fois, lors de l'inspiration suivante le praticien exerce un recoil.

---

50. T. Jeziorny, « *Intérêt de la prise en charge ostéopathique dans le syndrome de l'intestin irritable* », mémoire en vue de l'obtention du D.O FERO, IDO, Octobre 2014

#### **A.4. TECHNIQUE DE GRANDE MANOEUVRE ABDOMINALE<sup>51</sup>**

Patient en décubitus dorsal, genoux fléchis

Praticien debout, à hauteur des épaules du patient, orienté caudalement.

Le praticien englobe la masse abdominale en prenant appui sur le bord supérieur du pubis.

-En cas de ptose, le praticien élève la masse abdominale sur un temps expiratoire et l'abaisse sur un temps inspiratoire.

-En cas d'hypertonie abdominale, le praticien élève la masse abdominale sur un temps inspiratoire et l'abaisse sur un temps expiratoire.

---

51. T. Jeziorny, « *Intérêt de la prise en charge ostéopathique dans le syndrome de l'intestin irritable* », mémoire en vue de l'obtention du D.O FERO, IDO, Octobre 2014



## **A.5. LETTRE, EMAIL ENVOYÉ**

*Bonjour,*

*Léa Balsalobre, je suis étudiante en ostéopathie en second cycle à l'Institut Dauphine d'Ostéopathie, à Paris.*

*Je vous contacte car je fais mon mémoire de fin d'études sur l'anorexie mentale, et j'aimerais savoir si éventuellement vous seriez intéressés.*

*J'ai déjà contacté un certain nombre de structures, comme la maison de Solenn, l'IMM, ou j'ai rencontré le Dr Nathalie Godart, qui me soutient dans mon projet, le groupe afdas tca, la maison des adolescents de l'hôpital Robert Debré et certaines associations.*

*J'aimerais, dans ce travail, savoir si le traitement ostéopathie a une place dans la prise en charge des patientes anorexiques. L'accès aux patientes pour une étude clinique n'étant malheureusement pas possible, malgré les nombreuses personnes contactées, j'ai décidé de créer un questionnaire à l'attention des professionnels et des étudiants du corps médical et paramédical encadrant ces patientes.*

*Serait-il possible que vous le fassiez remplir, par le plus grand nombre possible d'intervenants de votre association ? L'intérêt pour moi est d'avoir le plus d'avis de professionnels possible.*

*Le questionnaire est rapide et en ligne, je vous ai joint le lien.*

*<https://app.evalandgo.com/s/?id=JTlBayU5NWslOTY=&a=JTlBaSU5OGolOTc=>*

*Merci infiniment pour votre réponse, je reste à votre disposition pour toute information complémentaire.*

*Bien cordialement,*

*Léa Balsalobre*

## A. 6. QUESTIONNAIRE

1) Etes-vous un homme, une femme ?

- un homme
- une femme

2) Votre classe d'âge ?

- 18-24
- 25-34
- 35-44
- 45-54
- 55 et plus

3) Votre spécialité ?

4) Depuis combien de temps exercez-vous auprès de patientes anorexiques?

- Moins de 1 an
- Entre 1 et 3 ans
- Entre 4 et 6 ans
- Entre 7 et 9 ans
- Plus de 10 ans

5) Dans quelle structure les prenez-vous en charge ?

- En cabinet libéral
- En service hospitalier
- En associations
- Autre, précisez :

- 6) Si vous deviez quantifier votre connaissance de l'ostéopathie sur une échelle de 0 à 5, 0 étant « je ne connais absolument pas » et 5 étant « je connais parfaitement bien » ?

0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

- 7) Avez-vous, vous-même, déjà consulté un ostéopathe ?

- Oui
- Non

- 8) Orientez-vous vos patientes en général vers un ostéopathe ?

- Oui, souvent
- Parfois
- Non, jamais

- 9) Si oui, pour quels troubles ?

--

- 10) Si non, pourquoi ?

--

- 11) Vos patientes présentent-elles des troubles fonctionnels intestinaux ?

- Oui
- Non

- 12) Si oui, lesquels ?

- Reflux gastro-œsophagien
- Ballonnement
- Diarrhée
- Constipation

- Douleur abdominales
- Dyspepsies
- Nausée
- vomissements
- Autre, précisez :

13) Si oui, les traitements médicamenteux mis en place, sont-ils efficaces ?

- Oui, souvent
- Parfois
- Non, jamais

14) Savez-vous qu'il existe des techniques viscérales en ostéopathie dédiées aux troubles fonctionnels intestinaux ?

- Oui
- Non

15) Savez-vous que certaines études mettent en avant leur efficacité par rapport aux traitements médicamenteux sur les TFI ?

- Oui
- Non

16) A la lumière de ces études, si vous y aviez accès, et de façon plus globale si on vous informait davantage des indications/intérêts de l'ostéopathie et de son efficacité, vous enverrez davantage vos patientes vers un ostéopathe pratiquant ces techniques ?

- Oui
- Non

17) Si oui, préféreriez-vous ?

- Au cabinet de l'ostéopathe libéral

- au sein d'une association
- dans un service hospitalier

18) Si non, pourquoi ?

19) Pensez-vous enfin que l'ostéopathie à sa place dans la prise en charge des patientes anorexiques, au même titre que les psychomotriciens, les kinésithérapeutes, et autres thérapies dites « manuelles » ?

- Oui
- Non

## A.7. BIBLIOGRAPHIE

### A.7.1. OUVRAGES

1. J-P. Barral, P. Mercier, *Manipulations viscérales 1, deuxième édition*, Frison-Roche, 2001
2. J-P. Barral, P. Mercier, *Manipulations viscérales tome 2*, Frison-Roche, 1994
3. H. Bruch, *L'énigme de l'anorexie*, PUF, 1978
4. B. Brusset, *Psychopathologie de l'anorexie mentale*, Dunod, 2008
5. M. Corcos, *Le corps absent, Approche psychosomatique des troubles de conduites alimentaires, deuxième édition*, Dunod, 2010
6. M. Corcos, *Le corps insoumis, psychopathologie des troubles des conduites alimentaires*, Dunod, 2005
7. M. Eckert, *Le concept de globalité en ostéopathie*, de Boeck, 2012
8. C.G.Fairburn, *Cognitive Behavior Therapy and Eating Disorders*, Guilford Press, 2008
9. R. Fiametti, *le langage émotionnel du corps : l'approche somato-émotionnelle, chemin de libération*, Dervy, 2004
10. S. Freud, (1892-1895) *Etudes sur l'hystérie*, PUF, 1967
11. E. Hebgén, *Ostéopathie viscérale, principes et techniques*, Malo, 2005
12. A.C Masquelet (eds), *Cahiers du Centre Georges Canguilhem n°1 : Le corps relégué*, PUF, 2007
13. A. Passelecq, *Anorexie et boulimie, une clinique de l'extrême*, de Boeck, 2006
14. Société Américaine de Psychiatrie, *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, quatrième édition*, Masson, 2000
15. A.T. Still, *Philosophie de l'ostéopathie*, Sully, 2003
16. W.G. Sutherland, *Contributions of thought*, RudraPress, 1971-1998

### A.7.2. ARTICLES

17. P. Dechelotte, S. Grigioni, S. Fetissof, « Conséquences digestives de l'anorexie mentale », *Nutrition clinique et métabolisme*, vol.21-n°4, Elsevier-Masson, pages 166-171.
18. J-P. Guéguen, « L'anorexie mentale, une pathologie féminine », *la lettre de l'enfance et de l'adolescence*, Eres, n°51, 2003/1
19. N. Guéguen, M. Vion, « the effect of practitioner's touch on patient's medication compliance », *psychology, health and medicine*, 14(6), 2009,
20. Hippocrate, E. Littré, « Traité de l'officine du médecin », *Œuvres complètes d'Hippocrate*, Bailliere, 1841
21. P. Lamoureux (eds), La santé de l'homme, INPES, n°394, mars-avril 2008
22. G.Landini, « Etude des effets d'une technique viscérale globale ostéopathique sur les troubles fonctionnels intestinaux » *revue Osteo* n°78, Proédit, avril 2008
23. M. Selvini-Palazzoli, « Une approche systémique de l'anorexie mentale : nouvelles perspectives », *les langages du corps : la révolution systémique en psychosomatique*, ESF, 1996

### A.7.3. MEMOIRES

24. C. Bouscarle, *Approche comparée des pratiques viscérales ostéopathique et médicale*, mémoire en vue de l'obtention du D.O FERO, IDO, 2013
25. C. Davoust, *Ostéopathes et médecins généralistes: où en somme nous?* Mémoire de fin d'études en vue de l'obtention du D.O FERO, IDO, 2012
26. T.Jeziorny, « Intérêt de la prise en charge ostéopathique dans le syndrome de l'intestin irritable », mémoire en vue de l'obtention du D.O FERO, IDO, 2014
27. B. Provost, *Le bilan psychomoteur chez l'adolescente anorexique*, Mémoire en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Psychomotricité, institut de Formation en Psychomotricité, Juin 2012.

### A.7.3. SITES INTERNET

28. Site AFDAS-TCA, <http://www.anorexieboulimie-afdas.fr>
29. Site association Autrement, <http://www.anorexie-et-boulimie.fr/articles-112-anorexie-mentale-et-genetique.htm>
30. Site Entretiens Internationaux de Monaco, les thérapeutiques alternatives et complémentaires, <http://www.entretiens-internationaux.mc/guillaumef.htm>
31. Site HAS, [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-03/reco2clics\\_-\\_anorexie\\_mentale.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-03/reco2clics_-_anorexie_mentale.pdf)
32. Site INSERM, <http://www.inserm.fr/thematiques/neurosciences-sciences-cognitives-neurologie-psychiatrie/dossiers-d-information/anorexie-mentale>
33. Site Légifrance, <Http://www.legifrance.gouv.fr>
34. Site RFI, <Http://www.rfi.fr>
35. Site Association Française Formation Médicale Continue en hépato-gastro-entérologie, [fmcgastro.org](http://fmcgastro.org)
36. Sites SNFGE  
<http://www.snfge.org/content/evaluation-prospective-randomisee-dune-techniq>,  
[www.snfge.org/content/abrege-dhepato-gastro-enterologie](http://www.snfge.org/content/abrege-dhepato-gastro-enterologie)
37. Site de l'institut UPSA de la Douleur, <http://www.institut-upsa-douleur.org/Media/Default/Documents/IUDTHEQUE/PERIODIQUES/Iud/institut-upsa-douleur-periodique-lettre-iud-21.pdf>



## **A. 8. TABLE DES ABREVIATIONS**

INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

TCA : Troubles du Comportement Alimentaire

AFDAS-TCA : Association Française pour le Développement des Approches  
Spécialisées des Troubles du Comportement Alimentaire

HAS : Haute Autorité de Santé

RFI : Radio France International

DSM IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4E EDITION

SIDA : Syndrome d'Immunodéficience Acquise

MRP : Mécanisme Respiratoire Primaire

PUF : Presses Universitaire de France

INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé

TFI : Troubles Fonctionnels Intestinaux

SNFGE : Société Nationale Française de Gastro-Entérologie

ASM13 : Association de Santé Mentale du 13e arrondissement de Paris

MGEN : Mutuelle Générale Education Nationale

EVA : Echelle Visuelle Analogique

## **RESUME / ABSTRACT**

L'anorexie mentale, est une pathologie psychiatrique juvénile touchant majoritairement les adolescentes. Complexe, elle répercute violemment ses conséquences sur le corps et la psyché des patientes, entraînant ainsi une prise en charge pluridisciplinaire dont les ostéopathes sont pour l'instant presque totalement exclus. Pourtant le facteur clé de cette pathologie se présente sous la forme de troubles fonctionnels intestinaux, la chronicisant, et empêchant la renutrition. Les malades gardent souvent, même après guérison, des séquelles digestives altérant leur qualité de vie. Précisément, l'ostéopathie commence à faire ses preuves sur ces symptômes, par le biais des études qui fleurissent sur le sujet. L'intérêt de dispenser un soin ostéopathique à ces patientes paraît donc de prime abord évident. Les professionnels de santé entourant les malades ont tenté, au travers d'un questionnaire, de mettre en lumière les raisons de cette mise à l'écart des ostéopathes. Clairement le manque de connaissance de cette discipline est le frein majeur, car après avoir pris connaissance des champs de compétences de l'ostéopathie, ils sont prêts à l'intégrer dans le parcours de soin des patientes.