

DEDICACES

Je dédie ce travail

A Dieu le Tout puissant, le miséricordieux, le clément pour le souffle de vie qu'il renouvelle en nous. Tout ce que nous faisons doit concourir à la gloire de Dieu.

A mon père Elisé GOÏTA

Tu n'as ménagé aucun sacrifice pour mon éducation et celle de mes frères et sœurs. Tu nous as enseigné la culture du travail bien fait et de servir toujours même sans reconnaissance en retour.

Trouve ici par ce présent travail ma pleine reconnaissance pour tous les sacrifices consentis.

A ma mère Fatoumata DIALLO

Femme de vertu en parfaite communion avec notre papa, ton dévouement et ton amour pour mes frères, mes sœurs et moi sont sans pareil.

Par la grâce du Tout puissant tes efforts ne sont pas restés vains. Trouve ici l'exaucement de tes prières de tous les jours.

Puisse le Tout Puissant t'accorde une meilleure santé et longue vie à côté de tes enfants et petit enfants.

A ma tendre et chère épouse Me GOÏTA Moussoumady SISSOKO

Ton respect ton dévouement et ton amour pour toute ma famille et moi sont sans pareil.

Que le bon Dieu nous bénisse d'avantage et qu'il nous garde durant toute notre vie.

A feu Docteur Dramane S GOÏTA : Médecin spécialiste en anesthésie réanimation au CHU du Point G

Merci et encore merci pour tout. Que Dieu te donne de vivre éternellement dans son paradis.

REMERCIEMENTS

Remerciements

A toute ma famille

Pour tout l'entretien dont j'ai fait l'objet depuis mon enfance jusqu'à maintenant. Je sais ce dévouement agréable à Dieu et je le prie de me donner de faire de même aux enfants qu'il m'aura confiés.

Au Professeur Guinto Cheick O et Au Professeur Titulaire Youssoufa MAÏGA :

Merci de m'avoir fait confiance en m'accordant ce travail. Merci pour votre disponibilité qui n'a jamais failli. Encore merci pour l'amour du travail bien fait que vous m'avez enseigné à travers toutes les interventions. Vous constituez déjà pour moi et sans aucun doute pour les autres jeunes de la profession une excellente référence.

Dr Seybou Hassan DIALLO

Merci pour votre disponibilité constante et vos encouragements aux tournants difficiles de l'élaboration de ce travail.

Le personnel enseignant de la FMOS

A tout le personnel enseignant pour tous les efforts consentis dans l'amélioration de la qualité de la formation.

A mes oncles le Général Beguélè SIORO le Colonel Mamadou Dembélé et Emmanuel GOÏTA

Merci pour votre soutien tout au long de ma formation universitaire.

A Mme SANGHO Dr Fanta SANGHO

Merci pour votre assistance et vos précieux conseils.

A tous mes amis :

Dr Amara KONATE, Diarra abdoulaye DOUMBIA, Ahamadou Touré , Moussa Bamba, Issa KONE, Mamady CAMARA, Dr Eunice Myriam Dokem Kamdem, Dr Saharou DOUCOURE, Dr Fatouma HAIDARA, Dr Idrissa TRAORE, Dr Aly DIAKITE,

A mes collègues : Dr Ibrahima L TRAORE, Dr Boubacar M KEITA, Dr Adama KONE, Dr Awa Coulibaly, Dr Mariam DAOU, Dr Hassan Diallo, Dr Lassana SAMAKE, Dr Mamadou SACKO, Dr Abdoulaye YALCOUYE, Dr Maïmouna TOGO, Dr Diakalia COULIBALY

A tout le service de neurologie des CHU du Point G et du Gabriel TOURE

Dr Salimata Diallo, Dr Guida Landouré, Dr Djimdé, Dr Toumani Coulibaly, Dr Thomas Coulibaly, Dr Adama Sissoko, Mme BAGAYOKO Doussou, Dr Awa COULIBALY, Dr Mariam Daou et aux infirmiers et infirmières

Pour l'encadrement et l'esprit de travail en équipe que j'ai fortement apprécié.

A toutes les communautés Malienne, Nigérienne, Ivoirienne, Burkinabais, Sénégalaise, Mauritanienne, Camerounaise, Djiboutienne...) : nous savons que l'union Africaine n'est pas une utopie : la preuve, elle est devant vous, un Bénino-Nigérian naturalisé Nigérien qui s'épanouit aujourd'hui dans la peau d'un Malien (ici je suis vraiment chez moi).

A notre maître et président du jury

Professeur Cheick Oumar GUINTO

- Professeur titulaire en Neurologie à la FMOS
- Maître de conférences en neurologie
- Responsable de l'enseignement de la Neurologie à la FMOS
- Praticien hospitalier au CHU du Point G
- Chef de service de Neurologie au CHU du Point G
- Coordinateur du DES de Neurologie au Mali
- Président de la société de Neurologie au Mali
- Secrétaire général de la Société Malienne de Neurosciences

Cher maître,

Vous nous faites un grand honneur et un immense plaisir en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples préoccupations.

Vous nous avez marqués dès notre arrivée à la faculté par vos qualités pédagogiques à transmettre vos connaissances, votre humeur constamment joviale, et votre disponibilité. Votre simplicité et votre grande humilité sont des qualités qui font de vous un maître envié de tous.

Nous vous prions de trouver ici cher maître, le témoignage de notre profonde gratitude et de nos sincères remerciements.

A NOTRE MAITRE ET MEMBRE DU JURY

Docteur Diallo Salimata

- Neurologue et Praticienne hospitalière au CHU Gabriel Toure.
- Membre de la Société Malienne de Neurologie
- Membre de la Société Malienne de Neurosciences
- Membre du consortium H3Africa

Cher Maitre,

Nous sommes très reconnaissants pour le grand honneur que vous nous faites en acceptant de siéger comme membre de ce jury.

Votre amour pour le travail bien fait, votre disponibilité parfaites et vos immenses qualités humaines nous ont particulièrement séduits.

Veillez trouver cher maitre, dans cette mémoire notre respectueuse sympathie et notre haute considération.

A NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTEUR

Docteur Diallo Seydou Hassane

- Maître assistant à la FMOS
- Praticien hospitalier dans le service de neurologie du C.H.U. Gabriel Toure.
- Titulaire d'un D.E.S. de neurologie de l'université Félix Houphouët Boigny.
- Titulaire d'un diplôme de formation médicale spécialisée de neurologie université Paris XII.
- Titulaire d'un D.U. de céphalée et migraine.

Cher Maitre,

Nous sommes très reconnaissants pour le grand honneur que vous nous faites en acceptant de diriger ce travail.

Votre amour pour le travail bien fait, votre disponibilité parfaites et vos immenses qualités humaines nous ont particulièrement séduits.

Veillez trouver cher maitre, dans cette thèse notre respectueuse sympathie et notre haute considération.

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE,

Professeur Titulaire Youssoufa Maïga

- Chef de Service de Neurologie au CHU GT,
- Maître de conférences agrégé en neurologie,
- Maître assistant à la FMOS,
- Formateur de l'académie Européenne de l'Epilepsie (EUREPA),
- Membre de la Société Africaine de Neurosciences (PAANS),
- Secrétaire général de la Ligue Malienne Contre l'Epilepsie (LMCE),
- Membre de l'académie des 1000 de la Ligue Internationale de lutte contre l'épilepsie,
- Membre de la société Française de neurologie.

Cher maître, c'est un grand honneur que vous nous avez fait à nous acceptant dans votre service et de nous confier ce travail.

Votre rigueur scientifique, votre raisonnement scientifique, vos qualités humaines et votre souci du travail bien fait, font de vous un espoir certain de la Neurologie au Mali.

En peu de temps vous nous avez appris à travailler avec méthode et efficacité.

Ce travail est le fruit du suivi sans relâche dont vous faites preuve à notre égard.

Veillez trouver ici l'assurance de notre profonde gratitude et de notre profond respect.

Liste des sigles et abréviations

- OMS : Organisation Mondiale de la Santé
- Dollars US: Dollars United State (dollar American)
- ARS Agence régionale de santé
- AINS : anti-inflammatoires non stéroïdiens
- NGF : Nerve Growth Factor ou Facteur de croissance des nerfs
- ATP: Adenosine –Triphosphate
- CGRP: Calcitonin Genereleted peptide
- COX : cyclooxygénase
- SRD : subnucleus reticularis dorsalis
- SGPA : substance grise péri-aqueducale
- DLF : funiculus dorsolatéral
- TEP tomographie à émission de positons
- PAG : substance grise péri-aqueducale
- RVM : rostro-ventromédial
- AME : Aide médicale d'état
- BEP : Brevet d'enseignement professionnel
- BEPC : Brevet d'études du premier cycle
- BIUM Bibliothèque interuniversitaire de santé
- CAP : Certificat d'aptitude professionnelle
- CISMef : Catalogue et index des sites médicaux francophones
- CHU : Centre hospitalier universitaire
- CMU : Couverture maladie universelle
- CMU-C : Couverture maladie universelle complémentaire
- DRASS : Direction régionale des affaires sanitaires et sociales
- IASP: International Association for Study of Pain
- INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques
- IRDES : Institut de recherche et de documentation en économie de la santé

Miviludes : Mission interministérielle de vigilance et de lutte contre les dérives sectaires

MCA : Médecine complémentaire et alternative

NCCAM : National center for complementary and alternative medicine

NSN : Nombre de sujets nécessaire

SUDOC : Système universitaire de documentation

SMIG : Salaire Minimum Interprofessionnel Garanti

INTRODUCTION

I. Introduction :

Hippocrate et la médecine religieuse des temples d'Esculape, théorie des quatre humeurs et mécanisme de Descartes, controverse entre organicisme et vitalisme du XIX^{ème} siècle :

L'histoire des idées médicales a empreinté de nombreux débats. Et s'il est un sujet actuel qui déclenche souvent un débat passionné, voire passionnel, c'est bien celui des Médecines Complémentaires et Alternatives (MCA, CAM en anglais).

L'OMS [1] pose ouvertement la question de leur existence et de leur intégration dans les systèmes de soins nationaux dans son rapport Stratégie pour la médecine traditionnelle pour 2002-2005. La liste est longue pour désigner ces thérapeutiques qui sont parfois bien éloignées de la pratique médicale officielle, remettant en cause le paradigme scientifique actuel. Elles ont été définies par le National Center for Complementary and Alternative Médecine (NCCAM) comme « étant un groupe de systèmes médicaux et de santé, de pratiques et de produits divers qui ne sont actuellement pas considérés comme faisant partie de la médecine conventionnelle » [2]. Malgré ou grâce à ce contexte passionnel, le recours aux MCA connaît ces dernières décennies un essor important dans les pays économiquement développés. Les MCA prennent de plus en plus de place dans notre société, et surtout auprès de nos patients.

Dans la population générale française, cet engouement socioculturel a été peu étudié et uniquement dans le milieu urbain. Deux thèses françaises ont estimé la prévalence de ce recours à 42% en région parisienne [39] et 66% en région Rhône-Alpes [40]. Le médecin traitant, formé ou non à la question, informé ou non, aurait donc un patient sur deux ayant recours aux MCA.

Au Mali, aucune étude n'a portée sur les pathologies neurologiques intégrant les médecines complémentaires et alternatives, d'où l'intérêt de notre étude.

OBJECTIFS

II. Objectifs :

Objectif Général :

- Evaluer l'influence de pratiques traditionnelles sur la prise en charge des pathologies neurologiques dans le CHU Gabriel Touré au MALI

Objectifs Spécifiques :

- 1- Déterminer l'ampleur des pratiques traditionnelles chez les patients souffrant de pathologies neurologiques.
- 2- Déterminer l'impact de niveau socio-économique sur l'adhésion aux pratiques traditionnelles
- 3- Déterminer le coût et l'influence des pratiques traditionnelles sur la prise en charge des pathologies neurologiques.

GÉNÉRALITÉS

III. Généralités :

A. Physiologie et physiopathologie de la douleur

1. Définition et classification

La douleur a été définie par l'IASP (International Association for Study of Pain) comme « une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle ou décrite en des termes évoquant une telle lésion ». Cette définition laisse entrevoir la difficulté à décrire simplement l'expérience douloureuse pourtant si commune, mais complexe à la fois. Woolf propose de classer la douleur en trois grands types : la douleur nociceptive, la douleur inflammatoire et la douleur pathologique, neuropathique ou dysfonctionnelle (Woolf, 2010) [3].

- **La douleur nociceptive** est en rapport direct avec une stimulation nociceptive et permet de protéger l'individu d'un processus délétère pour son intégrité. La douleur nociceptive se présente comme une expérience à éviter immédiatement et lorsqu'elle est engagée, accapare l'attention du sujet et ses ressources. La douleur inflammatoire est également secondaire à une lésion tissulaire, mais en accompagne aussi les suites, c'est à dire la pérennisation ou la cicatrisation de la lésion. En situation de douleur inflammatoire, la zone lésée est mise en retrait et ainsi protégée, ce qui permet d'éviter une aggravation de la lésion et de favoriser la cicatrisation.

- **La douleur inflammatoire**, qui résulte d'une inflammation locale et met aussi en jeu le système immunitaire, peut se prolonger dans le temps. Parmi ses causes figurent les pathologies inflammatoires et rhumatismales.

- **La douleur aiguë** est un processus physiologique remplissant d'abord une fonction d'alarme: avertir le sujet qu'un stimulus dit «nociceptif» menace son intégrité physique. Le terme nociceptif, introduit par Sherrington au début du siècle, caractérise un stimulus qui entraîne la mise en jeu de mécanismes de

défense visant à sauvegarder cette intégrité: localisation et mesure de l'intensité du stimulus (caractère sensori-discriminatif), composante affective, cognitive (modification de l'attention, anticipation, mémorisation), réactions motrices, verbales, végétatives (tachycardie, hypertension, etc.). Mais comme toutes autres fonctions de l'organisme, ce système peut subir des dérèglements. Un excès de nociception ou une lésion neurologique sur les voies nociceptives entraîne des modifications plus ou moins réversibles du système nociceptif. Au cours du temps, le symptôme initial « douleur aiguë » se transforme; les mécanismes biochimiques et électro-physiologiques évoluent continuellement. Après plusieurs mois d'évolution, il peut passer à la chronicité du fait de facteurs neurophysiologiques, psychologiques, comportementaux et sociaux. Il est difficile de savoir ce qui caractérise le mieux un stimulus susceptible de déclencher une douleur aiguë mais une forte intensité semble un caractère commun, que ce soit une brûlure, une piqûre, un pincement. L'application de certaines substances, dites algogènes déclenche aussi des douleurs. En présence de processus inflammatoires, un stimulus mécanique de très faible intensité peut être source de réactions douloureuses intenses (à la suite d'un « coup de soleil » par exemple). Les phénomènes d'allodynie (douleur produite par un stimulus non nociceptif) et d'hyperalgésie (sensibilité accrue à un stimulus nociceptif) font bien entendu partie du champ d'étude de la physiologie de la perception douloureuse (Hardy JD, 1967[4] ; Lamotte RH, 1994[5] ; Willis W 1992)[6]. Les données de la biologie moléculaire ont considérablement enrichi nos connaissances sur les mécanismes consécutifs à des stimulations douloureuses, notamment l'inflammation périphérique et les phénomènes de sensibilisation périphérique et centrale. Les mécanismes de transduction concernent la transformation d'une énergie thermique électrique ou chimique en un potentiel de récepteur qui secondairement se propage; ils étaient jusqu'à maintenant inconnus. La description de certains récepteurs comme les récepteurs vanilloïdes sensibles à la chaleur permet d'entrevoir les régulations de cette transduction.

2. Mécanismes périphériques de la douleur:

a. De la périphérie à la moelle

Contrairement aux systèmes sensoriels auditif ou visuel, il n'existe pas de cellule réceptrice spécialisée dans la nociception. Les messages nociceptifs sont générés au niveau des terminaisons libres de fibres sensibles A δ et C, par des mécanismes de transduction (transformation d'une énergie en potentiel de récepteur) multiples et adaptables en fonction du type et de la durée de la stimulation.

Les fibres A δ de calibre fin (2-5 μ m), sont faiblement myélinisées avec une vitesse de conduction de 4 à 40 m/s. Les fibres C, de calibre très fin (0,3-3 μ m), sont dépourvues de myéline et sont à conduction lente (inférieure à 2 m/s). La peau est l'une des structures possédant la plus forte densité d'innervation avec en moyenne 200 terminaisons libres par cm² dont une majorité de fibres C de type polymodal (répondant à des stimulations thermique, mécanique, chimique et électrique). Les muscles, les articulations et les viscères contiennent aussi des récepteurs polymodaux A δ et C mais leur caractère spécifiquement nociceptif n'est pas démontré; certaines fibres jouant un rôle dans l'adaptation circulatoire ou respiratoire au cours de l'exercice musculaire. En dehors d'une inflammation, les viscères semblent insensibles aux stimulations mécaniques ou thermiques et les fibres C viscérales ne sont pas spécifiques de la nociception mais participent à de multiples régulations. Par exemple, certaines fibres pleurales ou pulmonaires sont activées par des substances irritantes et seraient impliquées dans la survenue d'une dyspnée. A cette classification résultant d'une approche histologique et psychophysique, s'ajoute aujourd'hui celle d'une approche neurochimique; on différencie en effet les fibres C en deux groupes: le groupe des fibres qui synthétisent des peptides dites « peptidergiques » en opposition aux « fibres non peptidergiques ». (Hunt SP, 1985[7] ; Cao YQ, 1998)[8]. Les peptides en question sont ceux connus depuis de nombreuses années comme

impliqués dans la transmission spinale des messages nociceptifs: la substance P et le CGRP (calcitonine gene-related peptide). Les fibres peptidergiques expriment le récepteur au NGF (nerve growth factor) ; les autres sont sensibles à un autre facteur de croissance nerveuse, le GDNF (glial derived neurotrophic factor). Les nocicepteurs modulent leur réponse en fonction de l'intensité et de la durée de la stimulation, par des mécanismes adaptatifs très précis. A l'inverse du phénomène de « fatigue », la sensibilisation des fibres se manifeste après répétition d'un même stimulus nociceptif par une diminution du seuil d'activation, une augmentation des réponses et l'apparition d'une activité spontanée. Par exemple, on connaît des récepteurs articulaires « silencieux » à l'état normal qui, en présence d'une inflammation, répondent aux mouvements (nociceptifs ou non) de l'articulation. De tels récepteurs sont probablement mis en jeu dans l'allodynie et l'hyperalgésie

- **Médiateurs et récepteurs biochimiques périphériques**

La bradykinine, la sérotonine, les ions potassium et l'hydrogène sont classiquement des substances algogènes qui «activent» les nocicepteurs.⁸⁻¹⁰ La production d'acide lactique est à l'origine des douleurs rencontrées au cours de l'ischémie ou d'exercices musculaires.

Les mastocystes libèrent de l'histamine, substance habituellement prurigineuse, qui devient douloureuse à concentration élevée. L'agrégation plaquettaire est source de sérotonine. L'ATP est présent à des concentrations milli molaires dans toutes les cellules de l'organisme. Il est libéré au cours de processus actifs (libération vésiculaire) lors de stimulations douloureuses ou passivement lors d'une lyse cellulaire. Les plaquettes étant riches en ATP, leur agrégation provoque aussi une libération importante de ce neurotransmetteur. La substance P (SP) se trouve en particulière abondance dans les fibres fines périphériques et intervient dans la transmission des messages nociceptifs vers les neurones

spinaux. Cependant ce peptide joue aussi un rôle essentiel dans les mécanismes périphériques de la nociception. (Dray A, 1994[9] ; Le Bars D 1998)[10].

Figure 1 : Rappels sur les principales caractéristiques des neurones somatosensoriels Primaires (taille, caractère myélinisé ou non et fonctions).

<p>Fibres $\alpha\alpha$ et $\alpha\beta$:</p> <p>Gros diamètre Myélinisées Proprioception, sensibilité tactile non nociceptive</p> <hr/>
<p>Fibres $\alpha\delta$:</p> <p>Diamètre moyen Faiblement myélinisées Nociception (mécanique, thermique, chimique)</p> <hr/>
<p>Fibres C :</p> <p>Faible diamètre Non myélinisées Température non nociceptive Démangeaisons Caresses Nociception (mécanique, thermique, chimique)</p>

Les terminaisons libres des nocicepteurs libèrent des agents vasodilatateurs capables d'augmenter la perméabilité vasculaire et, par conséquent, la fuite plasmatique. Après stimulation nociceptive, l'influx nerveux se propage non

seulement vers la moelle mais aussi de façon antidromique, vers les autres terminaisons libres de la même fibre qui vont à leur tour libérer des peptides dont la substance P ou le CGRP ; il en résulte une vasodilatation, une dégranulation des mastocytes. Cette inflammation neurogène est à l'origine de l'amplification «en tache d'huile» de l'hyperalgésie connue sous le nom de réflexe d'axones.

Le peptide associé au gène de la calcitonine (CGRP), la sérotonine et la neurokinine A, participent aussi à ces processus. Somatostatine, galanine, peptide vasoactif (VIP) jouent des rôles encore obscurs. L'ensemble de ces réactions dépend des conditions physico-chimiques locales qui sont modulées par le système sympathique. Après lésion nerveuse périphérique, les nocicepteurs C développent une autre forme de sensibilisation, associée à une libération accrue de noradrénaline à partir des terminaisons sympathiques. L'ATP est aussi un co-neurotransmetteur de la noradrénaline dans les neurones du système sympathique. Ceci pourrait faire le lien entre douleur entretenue par le sympathique et stimulation de récepteurs aux purines par libération d'ATP ; d'où la notion de couplage anormal entre efférences sympathiques et neurones afférents primaires. (Bland-Ward PA, 2000[11]; Hamilton SG, 2000[12]; Burnstock G, 2001)[13]. Les prostaglandines et probablement les leucotriènes sont peu algogènes mais jouent un rôle essentiel puisqu'elles sensibilisent les récepteurs à l'action d'autres substances. (Marnett LJ, 1999[14]; Kress M, 1999)[15].

Ces phénomènes de sensibilisation, c'est-à-dire d'abaissement du seuil d'activation des nocicepteurs, participent à l'hyperalgésie primaire observés dans les états inflammatoires. C'est d'ailleurs dans leur action sur la synthèse des prostaglandines qu'il faut rechercher l'explication principale de l'action antalgique des anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS). Les macrophages libèrent des neurotrophines (NGF) et les cytokines qui déclenchent la cascade de

l'inflammation; l'activation de la phospholipase A2 provoque la libération à partir des phospholipides membranaires d'un précurseur: l'acide arachidonique, à l'origine de la formation de thromboxane, de prostacycline et de prostaglandines. L'aspirine et ses dérivés inhibent la cyclooxygénase (COX), responsable de cette dernière étape. Les études de clonage et de séquençage de la cyclooxygénase ont permis d'identifier deux iso-enzymes, dénommées COX-1 et COX-2 dont le rôle fonctionnel est différent. La COX-1 est une enzyme constitutive de la cellule; elle est exprimée dans la plupart des tissus (plaquettes, muqueuse gastrique, endothélium vasculaire, etc.) et contribue à l'homéostasie cellulaire. L'aspirine et les AINS non sélectifs inhibent la COX-1. La COX-2 est une enzyme adaptative, dont la synthèse peut notamment être induite dans les cellules exposées à des agents pro-inflammatoires – cytokines, mitogènes, endotoxines –. Son inhibition est à l'origine des effets anti-inflammatoires et probablement des effets antalgiques des AINS. La présence de COX-2 dans certaines aires cérébrales permet aussi d'expliquer certains effets centraux des AINS.

- **Mécanismes spinaux de la nociception**

Les synapses situées dans la corne dorsale de la moelle épinière constituent le premier relais entre les neurones sensoriels primaires, périphériques, et les neurones spinaux, centraux. Il s'agit donc du premier relais du système nerveux central impliqué dans la douleur. Outre les terminaisons des afférences primaires, les cornes dorsales sont constituées de neurones intrinsèques à la moelle, de neurones de projection vers des centres supra-segmentaires et des axones des voies de contrôle descendantes. Une étroite correspondance entre l'organisation anatomique et l'organisation fonctionnelle ainsi que des critères cytologiques caractéristiques, ont permis de décrire une division laminaire de

ses cornes dorsales en six couches d'abord, chez le chat (Rexed, 1952), puis de l'étendre à d'autres espèces avec une division en dix couches. La plus grande partie des neurones nociceptifs se situe dans les couches superficielles de la moelle épinière où ils reçoivent des afférences directes ou indirectes des fibres C et A δ .

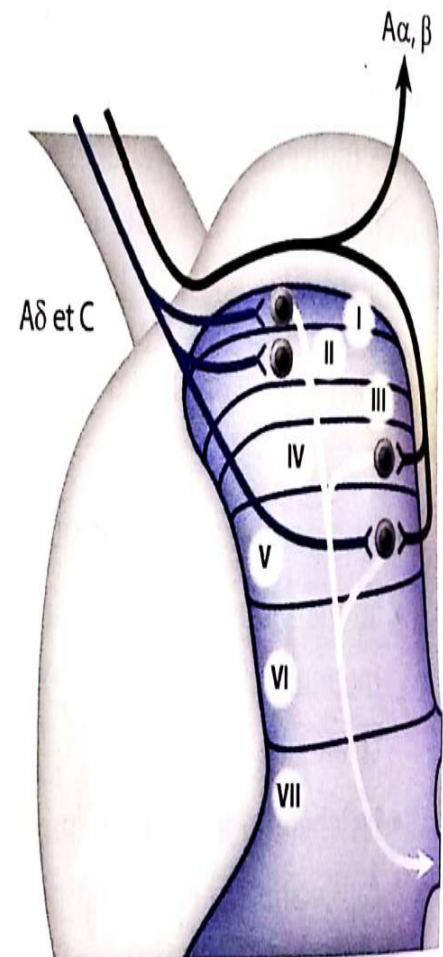
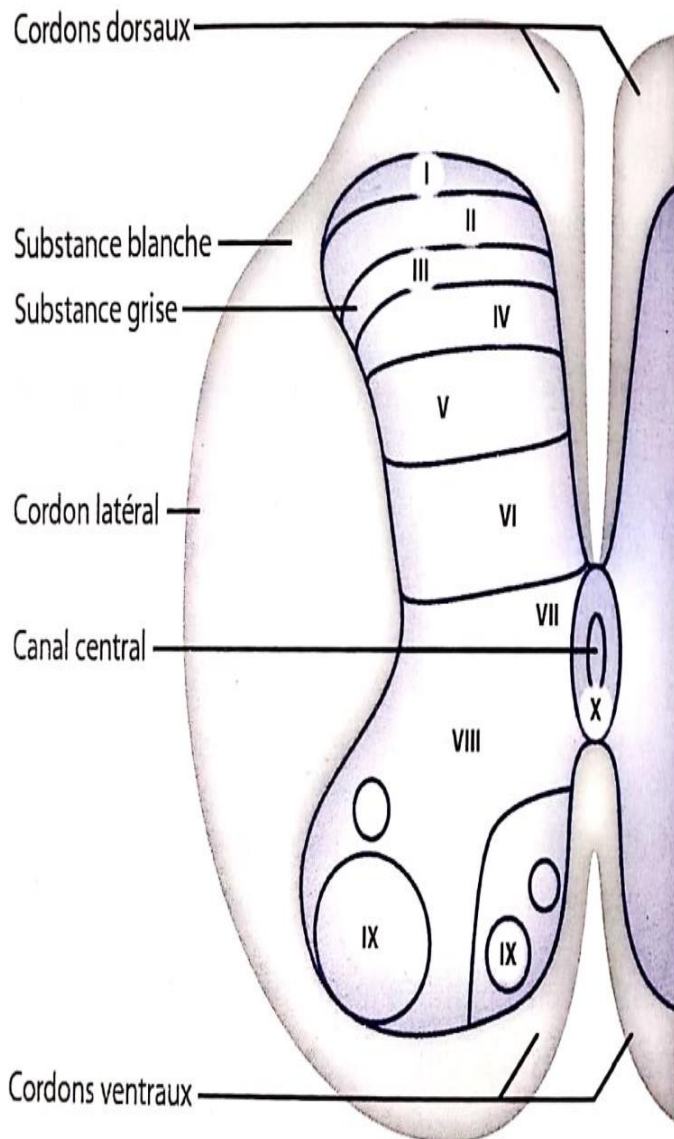
- La couche I (couche marginale) contient des neurones nociceptifs, la plupart répondant de façon exclusive à des stimulations nociceptives, appelés neurones nociceptifs spécifiques. D'autres répondent de façon graduée aux stimulations nociceptives comme aux stimulations non-nociceptives. Ce sont les neurones à convergence (ou WDR pour wide dynamic range neurons).

- La couche II, substance gélatineuse, comprend essentiellement des interneurons (excitateurs ou inhibiteurs) qui répondent de façon exclusive, ou non, aux stimulations nociceptives.

- Les couches III et IV contiennent des neurones non-nociceptifs qui reçoivent des afférences des collatérales des fibres A β (tactiles), répondant à une organisation topographique très précise.

- La couche V comprend surtout des neurones à convergence qui reçoivent des entrées monosynaptiques des fibres A β et A δ . Ils reçoivent également des entrées cutanées.

Figure 2 : Division laminaire de la corne dorsale de la moelle épinière.



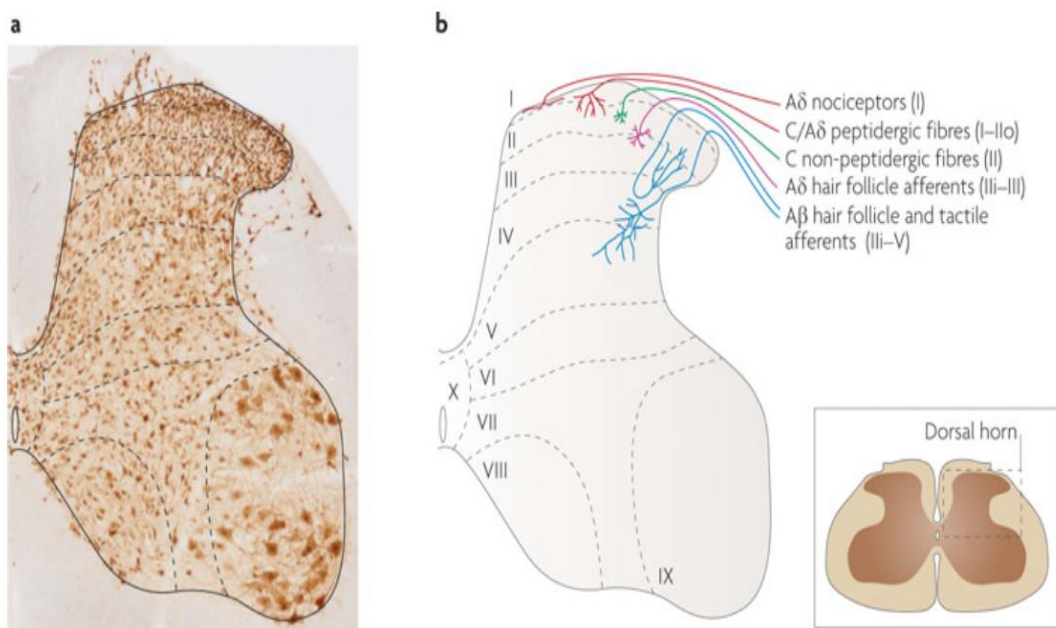
I et II : A δ et C : +++
 IV : A α , β : +++
 V : A δ et C : + ; A α , β : +

Après leur trajet dans les nerfs périphériques, la majeure partie des fibres afférentes primaires gagnent le système nerveux central par les racines rachidiennes postérieures (ou leur équivalent au niveau du nerf trijumeau pour la face). Les corps cellulaires sont localisés dans les ganglions rachidiens. A l'entrée dans la moelle, les fibres afférentes de gros calibre, non nociceptives, gagnent les colonnes dorsales pour se terminer à la jonction cervico-bulbaire d'où ils activent le système lemniscal. Les fibres fines A δ et C s'étalent sur un à six segments dans la substance blanche dorso-latérale pour se terminer dans les couches superficielles (I et II) de la corne dorsale; cette diffusion sur plusieurs étages réduit la « netteté » du message douloureux en le mélangeant à d'autres informations non nociceptives et issues d'autres territoires. L'information est ensuite divulguée soit vers le cerveau (neurones ascendants), soit vers d'autres étages de la moelle ou vers la partie antérieure de la moelle qui contient les motoneurones commandant les activités réflexes (exemple: retirer sa main d'un endroit brûlant, etc.). Dans la moelle, les fibres périphériques font synapses avec deux types de neurone:

1. Les neurones nociceptifs dits non spécifiques, encore appelés neurone à convergence, ou encore neurone à large gamme réceptive (wide dynamic range ou WDR) car ils répondent aussi à des stimulations non nociceptives. Ils sont situés dans les couches profondes de la corne dorsale de la moelle (couche V). Leur fréquence de décharge et la durée d'émission des signaux codent l'intensité de la stimulation. Des fibres afférentes primaires, provenant de territoires cutané ou viscéral peuvent faire synapse avec un même neurone de projection. Cette convergence viscéro-somatique sert de base physiologique à l'explication des douleurs projetées: une stimulation d'origine viscérale sera intégrée au niveau des centres supérieurs comme provenant d'un territoire cutané (exemple: douleur dans l'épaule droite de la colique hépatique).

2. Les neurones nociceptifs spécifiques ne répondant qu'à des stimulations mécaniques ou thermiques intenses. Ils sont localisés en plus grand nombre dans les couches les plus superficielles de la moelle (couches I et II). Ces neurones expliquent le rapprochement entre des sensations thermiques et douloureuses, deux sensations importantes pour l'homéostasie.

Figure 3. Représentation schématique des connexions entre les différentes catégories de fibres afférentes primaires (fibres A α - β , A δ et C) et les différentes classes de neurones en fonction de leur répartition dans les différentes couches définies par Rexed dans la corne dorsale de la moelle épinière.



Nature Reviews | Neuroscience

D'après Todd AJ (2010) Neuronal circuitry for pain processing in the dorsal horn. Nat Rev Neurosci 11(12):823-36

b. De la moelle au cerveau

La majeure partie des fibres ascendantes croisent la ligne médiane au niveau médullaire et gagnent dans le quadrant antérolatéral controlatéral qui comprend les faisceaux spinoréticulaires et spinothalamiques. Cette disposition anatomique explique les analgésies consécutives à une cordotomie antérolatérale, encore quelquefois indiquées en douleur du cancer. D'autres voies anatomiques sont décrites: récemment, l'accent a été mis sur l'implication des colonnes dorsales dans la transmission de la douleur viscérale. Les neurones nociceptifs se projettent principalement vers trois sites: la formation réticulée, le mésencéphale et le thalamus latéral. Le faisceau spinothalamique rassemble des neurones dont la majorité répond à des stimulations nociceptives. Les neurones issus de la corne postérieure se projettent sur le thalamus latéral. Les neurones issus de la corne antérieure se terminent dans les régions médianes du thalamus. Le faisceau spinoréculaire a pour cible les noyaux gigantocellulaire et réticulaire latéral et une région très caudale, dénommée subnucleus reticularis dorsalis, (SRD). La mise en évidence des fibres ascendantes se projetant à la fois aux niveaux réticulaire et thalamique est une preuve anatomique supplémentaire de l'importance et de la complémentarité de ces deux structures. Au niveau du mésencéphale, les projections intéressent surtout la substance grise péri-aqueducule (SGPA) et l'aire parabrachiale (située dans la région dorso-latérale du pont). D'autres faisceaux ascendants empruntant les colonnes dorsales ou le funiculus dorsolatéral (DLF) complexifient ces données et font office de réseau de suppléance.

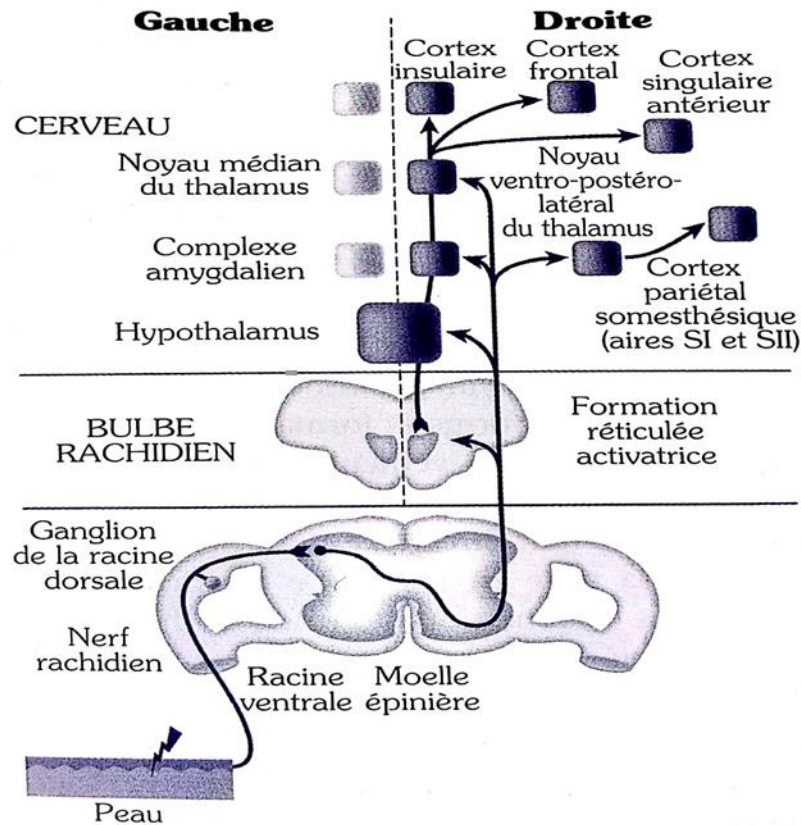
3. Structures cérébrales impliquées dans la nociception

La multiplicité des faisceaux ascendants rend difficile l'étude du devenir des messages nociceptifs dans le cerveau. Malgré les progrès de la neuro-anatomie qui ont permis de mieux décrire ces structures et leurs connexions, il est encore

prématuré de proposer un schéma général d'organisation des voies nociceptives à l'étage supraspinal. La formation réticulée bulbaire correspond à une zone de contrôle et d'interaction de multiples systèmes: la vigilance, la respiration, la motricité, la régulation cardiovasculaire et la nociception. Ainsi, les neurones du noyau gigantocellulaire qui répondent aux stimulations nociceptives pourraient participer à la mise en alerte des systèmes de défense contre l'agression nociceptive. Par ailleurs, des fibres descendantes bulbospinales sont issues de ce noyau et participent à une régulation médullaire via une boucle spinobulbospinale. Enfin, ce noyau est en connexion avec la formation réticulée mésencéphalique impliquée dans les régulations veille/sommeil, et avec les structures médianes du thalamus. Le subnucleus réticularis dorsalis (SRD), situé très bas dans le bulbe à proximité de la jonction cervicobulbaire contient des neurones excités par des stimulus spécifiquement nociceptifs. Ce noyau est en connexion avec le tronc cérébral (noyau gigantocellulaire, aire parabrachiale), le thalamus, et la moelle par des fibres qui redescendent vers l'ensemble des segments médullaires via le funiculus dorsolatéral de la moelle. C'est une véritable plaque tournante de la nociception, jouant un rôle déterminant dans la régulation de ces messages. Des neurones de la formation réticulée mésencéphalique répondent, parfois de façon exclusive, à des stimulations nociceptives. Les informations nociceptives de l'aire parabrachiale (pont) sont transmises vers l'amygdale et vers l'hypothalamus. Ces neurones pourraient intervenir dans les réactions émotionnelles (peur, mémorisation de l'atteinte nociceptive), comportementales (fuites, immobilisation, défense, attaque) et neuro-endocriniennes (libération des hormones de stress) liées à la douleur. Le thalamus est un lieu de convergence de multiples voies nociceptives directes ou indirectes. Les neurones du complexe noyau ventropostérolatéral (ou ventrobasal), en codant les caractéristiques des stimulations (intensité, durée, localisation), participent à la composante sensori-discriminative de la douleur. Ils sont sensibles à de très faibles doses de morphine. Le rôle des autres régions

du thalamus est plus énigmatique (élaboration de réactions motrices ou émotionnelles liées à la nociception). Les neurones thalamiques se projettent massivement sur le cortex somesthésique primaire. Les techniques d'imagerie médicale chez l'homme (tomographie à émission de positons (TEP) et IRM fonctionnelle) confirment les données électrophysiologiques et neurologiques: de nombreuses aires corticales reçoivent les messages douloureux: cortex somatosensoriel primaire (S1) et secondaire (S2), cortex cingulaire et insulaire. La voie incluant thalamus médian, lobe frontal et système limbique correspond à la composante affective de la sensation douloureuse. Au terme de ces très brèves considérations anatomiques, il est clair que les voies de conduction des messages nociceptifs sont multiples et qu'il n'existe pas de centre spécialisé de la douleur.

Figure 4. Schéma d'ensemble permettant de visualiser les voies et structures impliquées dans l'élaboration de la douleur.



4. Mécanisme de contrôle de la douleur

a. Théorie du Gate---control

La théorie du *gate-control* formulée par Melzack et Wall [16] fait intervenir des interactions entre les entrées non nociceptives (A beta), et les entrées nociceptives (A delta, C) par l'intermédiaire d'interneurones des cornes dorsales. En effet, les fibres non nociceptives sont capables via les interneurones de la couche II d'inhiber le transfert des messages nociceptifs (« fermeture de la porte »). Inversement, les fibres nociceptives sont capables d'inhiber ces mêmes interneurones inhibiteurs, favorisant alors le transfert de l'information nociceptive (« ouverture de la porte ») (Melzack et Wall, 1965)[16]. Les mécanismes de l'analgésie liée au *gate-control* ne s'exercent que dans une région du corps correspondant aux métamères vers lesquels convergent les fibres nociceptives et non-nociceptives mises en jeu.

Figure 5. Schéma de la « théorie du portillon » (*Gate Control Theory*), tel que proposé par Melzack et Wall en 1965[16].

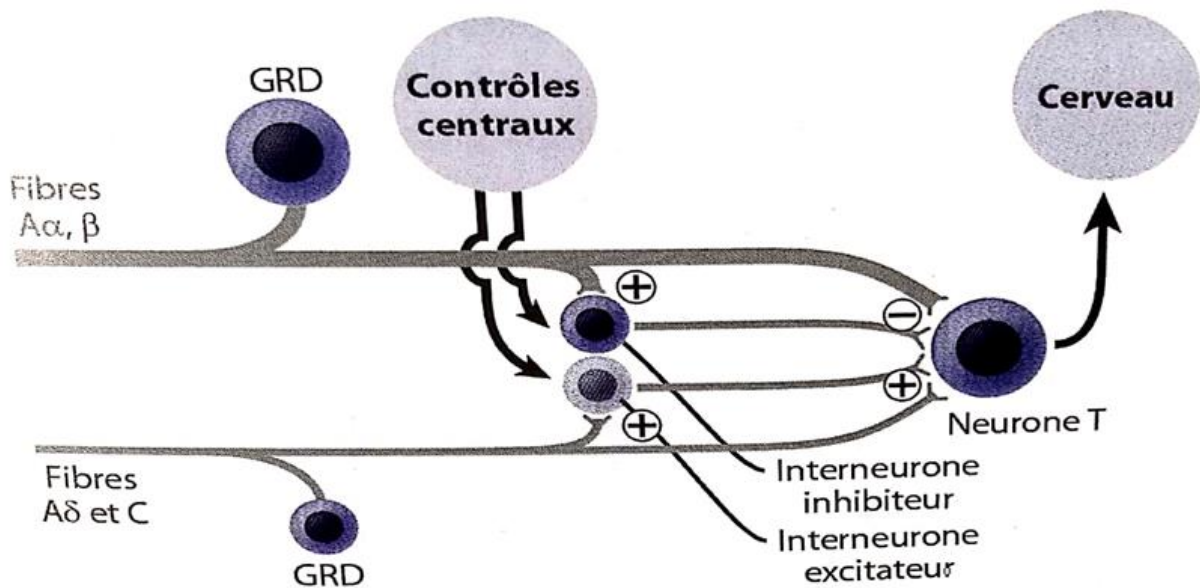
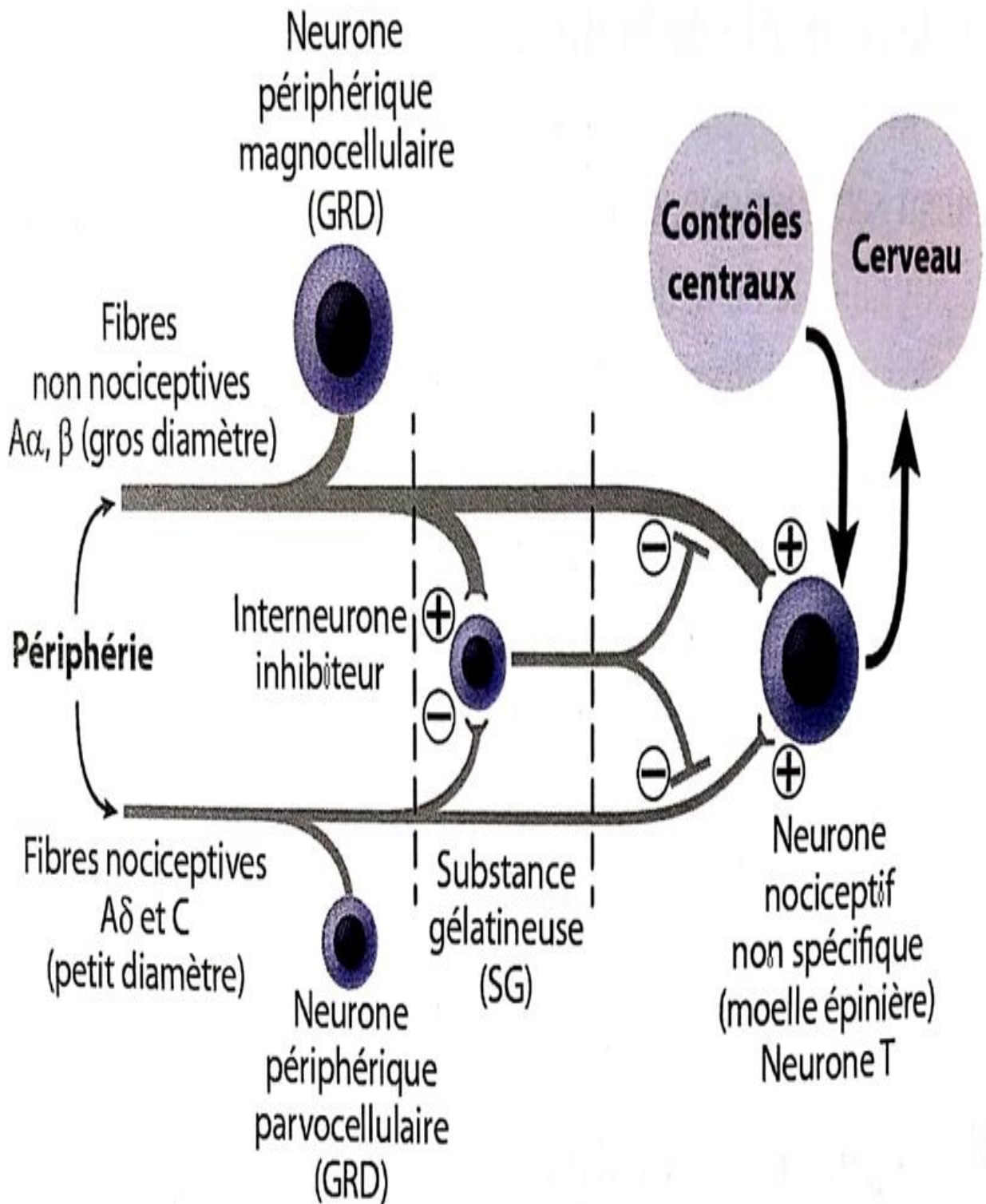


Figure 6. Réinterprétation et actualisation du schéma du *Gate Control* par Wall

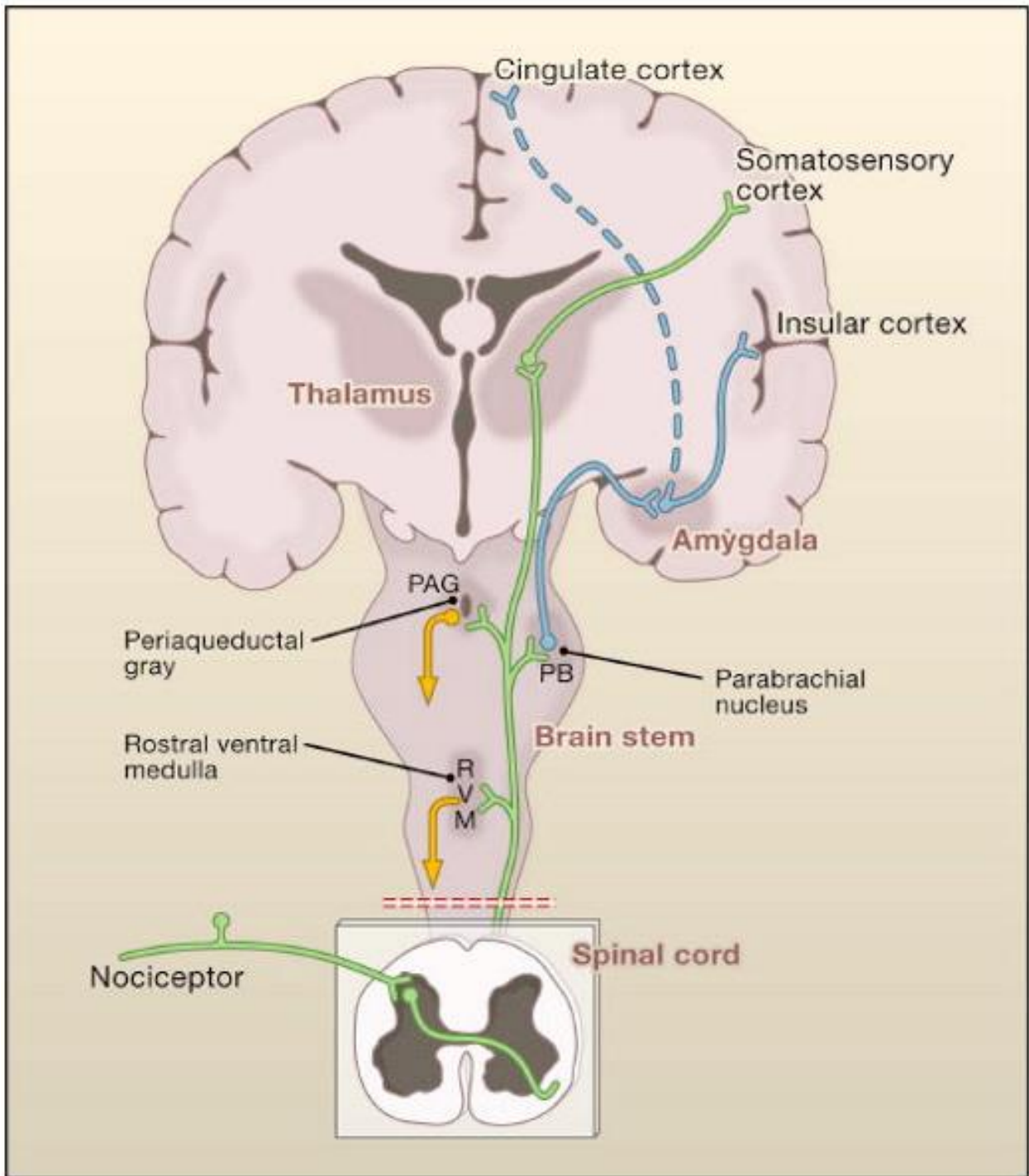


Le système substance grise péri-aqueducale/ bulbe rostro-ventro-médial

Des projections séparées, pro- et anti-nociceptives, issues du bulbe rostro-ventromédial (Fields et al, 2006)[17] permettent un contrôle bidirectionnel sur la transmission nociceptive dans les cornes dorsales. Les lobes frontaux et l'amygdale projettent directement ou via l'hypothalamus sur la substance grise péri-aqueducale. Cette dernière contrôle à son tour l'activité des neurones nociceptifs des cornes dorsales impliqués dans la transmission des messages nociceptifs vers les centres supérieurs, par l'intermédiaire de relais situés dans le bulbe rostro-ventro-médial et dans le tegmentum pontique dorsolatéral. Le bulbe rostro-ventro-médial contient des neurones de projections sérotoninergiques et non-sérotoninergiques (Halliday et al., 1994)(18). Le tegmentum pontique dorsolatéral fournit l'innervation noradrénergique des cornes dorsales (Aston-Jones et al., 1994)[19] (**Figure 6**).

Ces projections descendantes, par un jeu d'inhibitions et d'excitations, directes et indirectes (interneurones), via libération de sérotonine et noradrénaline, modulent la transmission nociceptive dans les cornes dorsales (Fields et al., 2006)[17]. Ce système substance grise péri-aqueducale / bulbe rostro-ventro-médial est le principal substrat de l'action analgésique des opiacés.

Figure 7 : Voies de la nociception (Basbaum AI, 2009)[20]



Principales voies ascendantes :

Les afférents primaires nociceptifs (nocicepteurs) assurent l'encodage initial des informations nociceptives en périphérie et leur transfert vers le premier relais central, dans les cornes dorsales de la moelle épinière. Après traitement, l'information est transmise aux centres supérieurs par des neurones de projection dont le corps cellulaire est situé dans les cornes dorsales. Un sous-ensemble de ces neurones de projection transmet les informations au cortex somatosensoriel via le thalamus, permettant le traitement de la composante sensori - discriminative de l'information (localisation et intensité du stimulus douloureux). D'autres neurones de projection engagent le cortex cingulaire et le cortex insulaire via des connexions dans le tronc cérébral (noyau para brachial) et l'amygdale, contribuant à la composante affective de l'expérience douloureuse.

Principaux contrôles descendants :

Les relais majeurs des voies descendantes de modulation de la douleur se situent dans la substance grise péri-aqueducale (PAG) et dans le bulbe rostro-ventromédial (RVM). Des régions du lobe frontal et de l'amygdale projettent directement sur la PAG et indirectement via l'hypothalamus. La PAG contrôle les neurones spinaux nociceptifs via différents relais dans la RVM et tegmentum pontin dorso-latéral.

5. La douleur neuropathique : (Yan Lefèvre, 2013)[21]

Une part importante des travaux sur la douleur chronique a été réalisée sur le modèle de douleur neuropathique, ce qui a permis de révéler le rôle de la glie dans la douleur chronique. C'est pourquoi un modèle de douleur neuropathique a été utilisé dans ce travail, à titre de modèle de référence (Kim et Chung, 1992). En clinique humaine la douleur neuropathique figure parmi les plus intenses, les plus invalidantes et les plus difficiles à traiter.

Des modèles de douleur neuropathique ont été développés chez l'animal, principalement les rongeurs dont le rat et la souris, afin d'approcher les conditions de telles douleurs chez l'humain.

Les principaux modèles étudiés sont des modèles de lésion nerveuse périphérique, des modèles de stimulation téτανique du nerf sciatique, des modèles par atteinte toxique ou métabolique. La lésion nerveuse est obtenue par résection du nerf, par constriction, par ligature d'un tronc nerveux, d'un nerf spinal ou d'une racine à son émergence (le plus souvent lombaire).

En résultent une hyperalgésie et une allodynie débordant la zone de la lésion, voire controlatérales en miroir (Watkins et Maier, 2003).

Dans le modèle de douleur neuropathique induite par stimulation du nerf sciatique, on provoque une potentialisation à long terme des réponses évoquées par l'activation des fibres C dans les cornes dorsales de la moelle, en stimulant électriquement de façon téτανique le nerf sciatique. Il en résulte une allodynie mécanique bilatérale et prolongée.

B. Etat des lieux sur les médecines alternatives et complémentaires :

I. L'ampleur du phénomène?

Les modifications sanitaires et sociales accomplies dans le monde ont conduit les Etats à modifier leur politique en matière de santé. Parallèlement, l'engouement des populations occidentales à l'égard de soins non conventionnels, ainsi que leur place centrale dans les pays aux cultures plus traditionnelles, traduit un mouvement international au cœur d'un débat scientifique et politique. C'est dans ce contexte que l'on assiste à une politique internationale en faveur de l'intégration des Médecines Non Conventionnelles (MNC). Impulsées par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS)[1], cette

dynamique (2002 ; 2013), souligne l'évolution conceptuelle du soin, de l'accompagnement et, plus largement, de la santé.

Ainsi l'OMS distingue actuellement trois systèmes politiques en vigueur. Un système dit « intégratif » dans lequel les MNC sont officiellement reconnues et intégrées dans l'ensemble des domaines de l'offre de soins (ex. : Chine, Vietnam). Un système dit « inclusif » au sein duquel les MNC sont reconnues sans pour autant être pleinement intégrées dans les différents aspects de l'offre de soins et/ou de la réglementation (ex. : Canada, Royaume-Uni). Et un système dit « tolérant » essentiellement centré sur la médecine occidentale officielle tout en acceptant certaines pratiques non conventionnelles (ex. : France). En outre, la législation dans le domaine varie d'un état à l'autre traduisant les contextes singuliers de chaque pays, qu'ils soient d'ordre historique, culturel, scientifique, etc.

Par ailleurs, en matière d'encadrement des MCA, il importe de distinguer les politiques de santé afférentes aux « pays développés » de celles que l'on retrouve dans les « pays en voie développement ». Pour les pays occidentaux, la « médecine scientifique » constitue ainsi le modèle de référence au sein duquel on observe la résurgence de pratiques de soins non conventionnels. Dans ce contexte, les « médecines complémentaires » font alors référence à des pratiques de soins différentes, importées et dissociées de la démarche médicale officielle. Généralement considérées comme des méthodes de soins plus saines, elles sont utilisées de façon croissante par les Occidentaux mais ne sont pas pour autant pleinement intégrées au système dominant. Au contraire, pour les pays en voie de développement, la « médecine traditionnelle » est souvent au cœur de l'approche du soin tandis qu'ils accèdent parfois difficilement aux avancées médicales modernes.

Pour saisir le sens de ce mouvement en occident, il convient de le mettre en perspective avec l'histoire de la dite conventionnelle. Les évolutions scientifiques issues des pays développés ont mené à l'instauration du système médical occidental, réduisant peu à peu la place et la légitimité des méthodes traditionnelles. Et pour cause, la médecine occidentale et moderne est une médecine compétente et performante. Elle a notamment montré sa capacité à traité des maladies rénales, la transplantation pour les pathologies cardiaques ou encore le greffes dans le cadre de cancers, sont autant d'illustrations permettant d'attester de l'efficacité de notre médecine. A mesure des connaissances scientifiques et médicales, nous avons alors réduit les pratiques de soins dédiées aux maladies jadis aiguë afin de nous inscrire dans l'accompagnement de pathologies essentiellement chroniques. Toutefois, la limite de la plupart des modèles médicaux occidentaux, si efficaces pour rendre les maladies incurables, réside dans leurs difficultés à faire face aux conséquences de ces maladies, telles que la douleur, la fatigue et d'autres symptômes fonctionnels. C'est dans ce contexte que les soins non conventionnels ont fait leur (ré) apparition et que l'on assiste à un mouvement croissant de leur utilisation en Occident.

Ainsi, le succès de la médecine moderne a paradoxalement crée une demande envers des soins complémentaires dont les objectifs sont généralement centrés sur la prise en charge des effets secondaires induits par les maladies chroniques. Et c'est là qu'il existe effectivement une place pour des approches complémentaires capables de soulager des souffrances qui ne sont pas toujours pleinement accompagnées ou au cœur des préoccupations dans centres médicaux modernes. Généralement envisagées comme des soins personnalisés et complémentaires à la médecine conventionnelle, le recours à ces pratiques peut être considéré comme l'expression de nouvelles attentes en matière de santé et de prise en charge. Ce qui dans le passé était approché comme « alternative » aux soins médicaux, devient de nos jours « un complément »

recherché par les populations et, par ailleurs, très utile à la médecine occidentale. C'est sans doute l'une des raisons pour laquelle on observe cette tentative d'approche plus intégrées en combinant, plus ou moins, ces deux démarches de soins. Par exemple, aux Etats-Unis, l'acupuncture se développe de façon croissante à l'hôpital, notamment dans les services d'oncologie et dans les centres de médecine intégrative (Rosenthal et Doherty-Gilman, 2011). Cette dynamique d'inclusion des MCA nous montre que la médecine conventionnelle est globalement respectueuse des soins plus traditionnels. Sur le plan politique, les réflexions. Centrées sur des approches de soins plus intégratives indiquent la volonté d'accompagner ce mouvement. Enfin, sur le plan scientifique, le processus d'évaluation des MCA soulève l'importance de ne pas opposer catégoriquement ces deux systèmes de soins. D'autant que les études sérieuses et rigoureuses dans le domaine permettent de mieux délimiter ce champ et d'identifier peu à peu les pratiques susceptibles d'avoir leur place dans le système de soins dit moderne. A cet égard, l'efficacité de certaines MCA mais également l'absence d'effets secondaires indésirables font de leur intégration, un système de prestation de soins nécessairement plus performant.

Plutôt que de les ignorer, identifier les pratiques potentiellement thérapeutiques constitue un enjeu crucial en vue de favoriser l'intégration de soins bénéfiques et sécuritaires. De plus, s'inscrire dans une démarche plus intégrative permet de réduire le nombre de risque en considérant notamment que les méthodes intégrées soient scientifiquement évaluées et juridiquement encadrées. L'assurance de formations qualifiantes et reconnues permet, par exemple, de réduire considérablement le risque d'une approche charlatanesque pouvant conduire le patient à abandonner des traitements médicamenteux vitaux. A ce titre, une approche internationale plus intégrative renforcerait la sécurité des soins tout en garantissant leur qualité. Quoi qu'il en soit, intégrer des soins

complémentaires au cœur de la médecine scientifique constitue un atout évident pour le système de santé.

Dans une autre perspective, il convient de rappeler que la médecine dite « non conventionnelle » demeure une référence pour de nombreux pays en voie de développement. L’Afrique, l’Asie, l’Amérique latine ou encore la Chine sont encore fortement imprégnées de la médecine traditionnelle en raison de leur contexte historique et culturel (OMS, 2002)[1]. Par exemple, en Inde et au Brésil, l’homéopathie est la deuxième médecine la plus utilisée et reconnue par le système de santé officiel. Pour de nombreuse population, ce type de soins représente donc l’unique source d’accompagnement sans laquelle ces personnes ne bénéficieraient que de peu ou pas de prise en charge. En d’autres termes, l’accès aux pratiques de soins modernes reste limité pour de nombreuse population nécessitant une réflexion quant à l’articulation possible entre ces deux systèmes « conventionnel/non conventionnel ». Dans ce type de contexte, il serait alors intéressant d’envisager un système plus intégré dans lequel la médecine de haute technologie serait davantage disponible pour traiter les personnes gravement malades tandis que les ressources traditionnelles locales pourraient être utilisées pour des troubles médicaux mineurs. En cela, recruter et former des praticiens non conventionnels capables de soulager les « maux du quotidien » de ces populations, semble une piste sanitaire et sociale à considérer. Il faut pouvoir garder à l’esprit que les médecines traditionnelles deviennent parfois, à mesure de connaissance, des pratiques de soins conventionnelles. Ce constat nous indique la pertinence de ne pas séparer catégoriquement ces deux systèmes et de considérer certaines méthodes anciennes avec du sérieux. Rappelons, par exemple, que certains agents chimiothérapeutes actuellement utilisés dans le traitement du cancer du sein proviennent d’un arbre Pacifique. De même que les techniques védiques ont exploré les cycles de sommeil diurne bien avant l’essor de la médecine du sommeil en Occident. Et que les recommandations diététiques et de modes de vie qui en sont issues sont de nos

jours appliqués dans l'approche médicale moderne. Dès lors, l'intérêt croissant des populations à l'égard de ces pratiques et la politique mondiale qui en découle traduisent un vaste mouvement sociétal.

Pour autant et comme le soulevait déjà en 2002 le rapport de l'OMS, les politiques dans ce domaine restent à développer afin de créer les dispositifs réglementaires et juridiques nécessaires pour encourager de bonnes pratiques, assurer un accès équitable ou encore garantir l'innocuité et l'efficacité de ces thérapeutiques, politiques ou encore économiques imposent de poursuivre la réflexion et d'explorer plus en avant ce phénomène international.

II. COMMENT INTERPRETER L'ESSOR DES MCA ?

L'essor des MCA révèle une véritable mutation dans l'approche du soin par une grande partie de notre société. Une mutation allant au-delà de la pratique et des choix de telle ou telle thérapie, car elle peut transformer la relation soignant/soigné, la relation des individus aux institutions de la santé, le rapport qu'entretient chaque patient à sa maladie. Signalons dans un premier temps qu'il n'y a pas de facteur unique d'explication pour cette dynamique sociale mais la pluralité de leviers. Les uns répondent à des évolutions globales touchant la société dans son ensemble et influençant les représentations et les imaginaires, tandis que d'autres proviennent de causes endogènes liées à la recherche de solutions de soins plus efficaces, moins invasives et douloureuses.

Le XX^e siècle a été marqué par un consensus dominant autour de la nécessité de l'innovation technologique et de son rôle moteur pour la nourrir. Si des auteurs ont développé une pensée critique de la modernité et des mythes du progrès (Illich et al...) [22] dès les années 1960, force est de constater que leur écho sont longtemps restés cantonnés à des sphères intellectuelles limitées, sans irriguer les imaginaires collectifs. Mais avec les mutations économiques que l'Occident connaît depuis le milieu des années 1970 et l'apparition d'un

chômage de masse, la destruction d'emploi par l'introduction de nouvelles technologies de production et la percée foudroyante du numérique, les représentations et l'adhésion à la modernité capitaliste sont remises en cause.

Dans un second temps, l'émergence d'une inquiétude écologique, la médiatisation de la possibilité d'une finitude du monde, l'anthropocène et la survenue de catastrophes au retentissement mondialiste comme l'explosion de la centrale nucléaire de Fukushima en 2011, ont favorisé la réception de discours critiques, voir catastrophistes. L'introduction du « principe de précaution » dans la constitution du début des années 2000 symbolise bien ce retournement culturel. Or cette insécurité scientifique, au sens de l'expérience d'un inconfort vis-à-vis du tout technologique et de la course à l'innovation, a été largement alimentée par la multiplication de « scandales », jaillissant dans la sphère de la santé (effets pouvant se révéler désastreux de certains médicaments, implants mammaire...). Aussi, la suspicion apparaît toujours plus marquée pour le monde du médicament, d'autant que les laboratoires pharmaceutiques souffrent d'un déficit d'image et d'un procès d'intention dans lequel la recherche est souvent perçue comme « immorale » et centrée sur le « profit ». La médiatisation d'un scandale de santé publique, l'attention croissante portée aux effets délétères « du médicament », la popularisation des risques iatrogènes ou encore la demande sociale pour une qualité de vie toujours plus haute, sont autant de facteurs contribuant à décrédibiliser, aux yeux d'une partie grandissante de la population, la médecine classique.

Par ailleurs dans l'imaginaire de nombreux utilisateurs et défenseurs des MCA, la notion de « pratique naturelle » est particulièrement valorisée. Ces médecines douces échappent aux manipulations chimiques et apparaissent comme dépourvues d'effets négatifs, « c'est naturel, cela ne peut donc pas faire de mal, même si cela ne faisait pas du bien ». Les pratiques relaxantes de plus en plus populaires telles que la méditation, le yoga ou encore la sophrologie, les produits

à base de plantes mais également les huiles essentielles dégagent toutes ce même parfum dans l'esprit du temps tourné vers la valorisation de la nature.

Le recours à des médecines non conventionnelles peut également s'analyser sous l'angle d'une politique du patient, d'une démarche de (ré) prise de pouvoir sur l'institution. Il exprime alors une attitude de contestation à l'égard de notre médecine dont la position de « toute puissance » est remise en cause par les malades : « ... ces pratiques sont porteuses d'une signification sociale, celle des dysfonctionnements et limites de l'institution médicale. » (Bégot, 2010)[23]

Sur le plan psychologique, le recours aux MCA traduit notamment une recherche de contrôle et d'autonomie : « le recours à la médecine complémentaire devient un moyen d'exercer un contrôle sur la maladie... » (Suissa, 2017, p.272) [24]. En effet, depuis une dizaine d'années, le processus d'implication du patient dans le soin, l'écoute de ses attentes et désirs prend de l'ampleur : « La tendance actuelle est de placer le patient en position de sujet de la démarche thérapeutique et non plus d'objet subissant une thérapie » (Soum-Pouyalet, 2006) [25]. Il est possible de situer le démarrage de cette dynamique avec la mobilisation des porteurs du VIH et de leur soutien au début des années 1980. Plus exactement, la « Déclaration de Denver » de 1983, exigeant que la recherche, comme la pratique du soin, ne soit jamais réalisée « sans les premiers concernés », marque le point de départ d'un long processus vers une relation plus équilibrée et plus humaine entre soignants, soignés et proches. Dans la déclaration, les signataires contestent le terme de « victime » impliquant la défaite, mais également celui de « patient » induisant la passivité, et se réclament d'être des « personnes atteintes du sida ». dans cette optique, choisir de ne pas passer par les fourches caudines de la médecine classique, choisir sa propre pratique, décider en conscience si tel ou tel soin vaut la peine d'être tenté, sont autant de manifestations par le patient se son libre arbitre et de sa capacité à exercer sa citoyenneté.

Toutefois, cette nouvelle dynamique suscite des appréhensions légitimes, sans doute car elle interroge l'articulation entre deux systèmes conceptuellement antagonistes ou du moins très différents.

Sur un plan épistémologique, les Médecines Complémentaires et Alternatives (MCA) ne sont effectivement pas conformes au modèle biomédical puisqu'elles s'appuient sur « ... des paradigmes de santé et de guérison jugés 'hors norme' dans les pays développés » (Pélissier-Simard et Xhignesse, 2008)[26]. Certains chercheurs évoquent à raison une « cassure épistémologique » entre ces deux formes de médecines, conventionnelle et non conventionnelle, cette dernière obéissant à « ...une méthode propre et originale, totalement indépendante de la logique biomédicale » (Berghmans et Tarquino, 2009, p.20)[27].

Dans cette perspective, la tendance actuelle consiste à opposer deux systèmes en le considérant comme des approches de soins concurrentes. La première dite « scientifique » et fondée sur des preuves nous renvoie à une médecine objectivante, techniciste, reposant sur des faits, des statistiques. La seconde, dit « non conventionnelle » et fondée sur des valeurs, est associée à un système de croyances qui lui est propre.

S'il est évident qu'il existe des différences conceptuelles entre « médecine officielle » et « MCA », cette opposition bipolaire conduit au cloisonnement parfois excessif des approches et de l'individu. Une médecine serait ainsi dédiée à la guérison, segmentée, centrée sur le corps et l'organe malade. Et une autre serait d'avantage destinée à la prévention, à partir d'une approche holistique, centrée sur la personne et son histoire. Par conséquent, la médecine conventionnelle devient peu à peu l'archétype d'une « médecine dure » et délétère tandis que la médecine non conventionnelle constitue le symbole d'une « médecine douce » dénuée d'effets secondaires. Evidemment, la situation est bien plus complexe et il convient de s'extraire de cette vision simpliste selon

laquelle se confrontent une médecine « efficace mais déshumanisante » et une médecine « inefficace mais profondément humaine » !

Il est évident que notre médecine évolue dans le sens d'une approche plus humaine, s'attachant à repositionner «la personne» au centre de l'accompagnement.

Par ailleurs, les objectifs visés par ces deux systèmes (conventionnel et non conventionnel) ne sont en réalité pas si hermétiques : ils peuvent tout à fait se rejoindre, ce qui rend d'ailleurs la nature des rapports entretenus bien plus complexes. D'autant plus que la « médecine non conventionnelle » ne constitue pas une approche « uniforme », mais plutôt un ensemble varié de pratiques plus ou moins éloignées de l'approche médicale et, de fait, plus ou moins acceptées par la médecine conventionnelle...

D'un point de vue conceptuel et philosophique avant tout, en questionnant notamment le sens même du soin et de l'accompagnement dispensés auprès des malades. D'un point de vue institutionnel ensuite, en définissant plus clairement la place qu'il convient ou non d'accorder aux approches non médicamenteuses dans nos centres de santé. Et enfin, d'un point de vue éthique, en considérant les réflexions et les problématiques plurielles associées aux MCA telles que le rôle des acteurs de santé ayant investi ce champ.

Les médecines Non Conventionnelles font effectivement l'objet d'une adhésion pour les malades, car elles « ... ne séparent pas le psychisme du somatique, le relationnel du spirituel » (Derey, 2003, p. 13) [28]. Dans cette optique, la médecine non conventionnelle révèle avant tout la demande d'une approche plus holistique de l'accompagnement en opposition à la segmentation des soins perçus en institution médicale. Alimentés par la volonté de partager leur vécu expérientiel, à travers ces recours, les patients sont en quête d'un espace d'échange, d'écoute et de soutien, souvent identifié comme insuffisant, voire

inexistant dans notre système de soins. Plus largement, ce type d'orientations répond au besoin individuel d'être considéré dans son expertise singulière de la maladie. En ce sens, la dynamique de collaboration articulant la relation aux praticiens hétérodoxes constitue une attente tacite centrale auprès des malades réfractaires à toute forme de soumission : aux médecins, aux rapports paternalistes, aux contraintes liées aux traitements, etc.

III. Comment comprendre les MCA au sein des systèmes de santé ?

Les médecines complémentaires et alternatives n'existent que dans leur relation à une médecine conventionnelle, désignée aussi d'officielle, d'académique, de scientifique, de biomédicale ou d'orthodoxe. Elles sont proposées par leurs producteurs de soins et utilisées par leurs utilisateurs dans un large spectre de fonctions qui vont de la prévention des risques de maladie à des formes thérapeutiques, en passant par l'entretien de la santé et du bien-être, ou encore par le confort et le support des malades. Dorénavant, elles font donc partie des systèmes de santé, de façon officielle, mais aussi officieuse, informelle, voire illégale. Toutefois, si leur légitimité sociale est croissante, voire parfois plébiscitée, leurs places et leurs fonctions dans le système de santé sont à l'heure actuelle très discutées, voire très controversées.

Depuis les années 1980, de spécialistes en sciences humaines et sociales mais également des médecins suivent l'émergence et l'évolution de la place de ces médecines dans les systèmes de santé. Les anthropologues tout d'abord, puis les historiens de la médecine, les sociologues, les géographes ou les spécialistes de la santé publique, analysent depuis les années 1970 la coexistence de différents systèmes de soins sur un même espace territorial (aire culturelle, espace national ou régional, par exemple) comme un pluralisme médical consistant à une

multiplicité d'offres thérapeutiques et de soins construits sur des paradigmes, des doctrines ou des pratiques différentes.

Une réalité complexe : une pluralité thérapeutique à comprendre

Définir ces autres médecines par leur nom a été au centre de nombreux répertoires – créés par une diversité de sources (OMS, magazines de santé, praticiens de ces autres médecines, sites d'information médicales, etc.) – dont certains sont actuellement accessibles en ligne et disponibles au plus grand nombre. Nous procédons ici à une synthèse non exhaustive de ces propositions.

La visibilité la plus significative de ces autres médecines est constituée par la pratique de systèmes médicaux distincts et professionnalisés. Désignées comme « médecines majeures » par la sociologue Française Bouchayer (1986)[29], ces médecines possèdent toute une histoire et des paradigmes bien spécifiques comme l'ostéopathie, l'acupuncture, l'homéopathie, la naturopathie, la phytothérapie, les médecines manuelles, ou encore les médecines traditionnelles. Elles sont ainsi issues de traditions médicales savantes différentes comme la Médecine Traditionnelle Chinoise (MTC), la médecine ayurvédique, ou la médecine anthroposophique.

IV. Quelles sont leurs impacts sur le système sanitaire conventionnel?

Bénéfices

De façon générale, l'étude des bénéfices induit par les MCA est naturellement associée aux approches de soins complémentaires, c'est-à-dire aux approches non opposées aux méthodes déployées par la médecine conventionnelle.

Ainsi, il convient avant tout de distinguer les études portant sur des pratiques qui entretiennent un lien étroit avec notre système de soins, telles que les MCA actuellement légalisées, de celles dont l'intégration fait davantage références à une politique de tolérance.

Cette première distinction n'est pas hermétique en considérant notamment que les pratiques juridiquement encadrées s'appuient généralement sur un socle de savoir distinct de notre médecine. Se distinguant par nature de notre médecine, les MCA ne s'y opposent pas pour autant, et c'est bien dans cette perspective que la notion de « bénéfiques pour la santé » prend tout son sens. Tel que le signifient Lazarus A. et Delahaye (2007), dès lors où des pratiques de soins restaurent, protègent ou améliorent la santé, il s'agit là d'une même médecine.

Sur un plan scientifique, il est d'ores et déjà intéressant de souligner que, quelle que soit la pratique complémentaire évaluée. La plupart des études ont pu mettre en lumière une variété de bénéfices sur la santé qu'il convient de communiquer. Par exemple, les études portant sur la méditation de pleine conscience, le yoga, l'hypnose, le tai-chi-chuan, l'acupuncture ou encore le qi-gong, ont de façon générale, quelle que soit la méthode complémentaire étudiée, celle-ci impacterait simultanément sur une variété de symptômes. A titre d'illustration, une revue de la question met en avant les bénéfices de la pratique du yoga sur le bien-être physique et émotionnel des patients atteints de cancer (Bower et *al.*, 2005). L'analyse des résultats suggère l'efficacité de cette pratique sur le stress, les troubles du sommeil et de l'humeur et, plus largement sur la détresse émotionnelle. Les auteurs envisagent alors le yoga comme une méthode de soutien complémentaire efficace mais soulèvent l'importance de poursuivre ce type d'études pour confirmer ces bénéfices et en comprendre les mécanismes.

Par ailleurs, il est également intéressant de constater que des méthodes hétéroclites aux approches fondamentalement distinctes peuvent impacter des symptômes identiques. L'acupuncture, l'hypnose ou encore l'homéopathie constituent sans aucun doute des pratiques de nature très différente pour les quelles une action positive sur les états de fatigue et les troubles du sommeil a été identifiée. Ce constat est particulièrement interpellant, car il suggère que les bénéfices ne sont pas nécessairement induits par le type et la nature de la MCA.

Par conséquent, certains auteurs s'inscrivent dans une démarche d'évaluation différente en s'attachant à explorer l'efficacité d'un ensemble hétérogène de pratiques complémentaires. Principalement identifiées aux Etats-Unis, ce type d'approches nous renvoie à l'évaluation des programmes de « médecine intégrative » incluant des pratiques très différentes les unes des autres (ex. : massages, musicothérapie, acupuncture, activité physique, etc.).

L'intérêt de ces études est d'avoir pu mettre en évidence l'impact positif d'un ensemble hétéroclite d'interventions sur une variété de symptômes tels que la douleur, l'anxiété ou, plus largement sur la qualité de vie des malades. A titre d'illustration, une revue de la littérature (Cassileth et Keefe, 2010) examine l'impact de la médecine intégrative sur la douleur des patients atteints de cancer.

Evidemment, le fait d'utiliser une MCA plutôt qu'une dans un cadre spécifique peut être pertinent au regard des situations cliniques caractéristiques. Par exemple, l'utilisation de l'hypnose auprès de l'enfant douloureux prend tout son sens en considérant que cette pratique fasse appel aux capacités imaginatives et visualisation chez les enfants qui ne souffrent pas des inhibitions fréquentes chez les adultes. Le recours aux métaphores produit quasi instantanées chez les enfants qui vivent l'image et la sensation évoquée en « temps réel ». Ils se plongent aisément dans l'histoire ou le conte raconté par l'hypnotiseur en s'abandonnant pleinement et librement aux suggestions thérapeutiques. Dans une perspective analogue, le taï-chi-chuan est parfois proposé aux patients souffrant de diabète de type 2 et de problème de poids. Dans ce contexte, la pratique du taï-chi-chuan constitue un moyen efficace pour inviter les malades à se mobiliser davantage dans le cadre d'une « activité plaisir ». On sait effectivement à quel point un style de vie sédentaire constitue un enjeu majeur de santé publique contre les risques associés aux pathologies coronariennes ou d'apparition du diabète (type 2). De ce point de vue, la pratique du taï-chi-chuan

par une population non active, comme cela est souvent le cas chez ce type de patients, ne peut qu'apporter une plus-value à la prise en charge médicale.

Pour autant, le fait que les MCA soient efficaces quelles que soient leur méthode (ex : yoga, hypnose, homéopathie) et leur approche (ex : toucher, alimentation, psychocorporelle, etc.) questionne naturellement les principes actifs associés dont les pistes explicatives sont actuellement diverses et indéterminés. Les théories sont effectivement nombreuses et manquent de consensus. Par exemple, en ce qui concerne acupuncture, les analyses dénotent de nombreuses rivalités entre ceux qui estiment qu'elle a une efficacité propre, ceux qui se demandent s'il est bien raisonnable d'évoquer la notion même d'efficacité ou ceux encore qui envisagent l'efficacité à travers un effet placebo. Au-delà des spécialités liées à chaque pratique, de façon générale, les bénéfices observés sont souvent interprétés par le prisme des processus psychologiques identifiés (ex : effet placebo, dimension relationnelles, spirituelles, etc.). En effet, pour surmonter les situations difficiles, en particulier celles impliquant la santé, chaque personne utilise des stratégies (cognitives et comportementales) spécifiques, visant à réduire sa souffrance, en accord avec ses propres croyances, valeurs et représentations. En ce sens, les facteurs liés aux processus psychologiques tels que les croyances, l'espoir de guérison ou encore la foi du patient, sont alors envisagés comme mécanisme impliqués dans l'amélioration de la santé.

V. QUELLES METHODES ENTRETIENNENT UN LIEN ETROIT AVEC le SYSTEME DE SOINS CONVENTIONNEL ?

1. L'acupuncture

En quoi consiste cette pratique ?

L'acupuncture est issue de la Médecine Traditionnelle Chinoise (MTC). Les notions de base de la MTC sont complexes. D'après la MTC, tout phénomène naturel est régi par l'énergie, désignée le Qi, souffle essentiel qui circule dans les 12 méridiens principaux du corps. Le Qi est classé suivant deux principes opposés et complémentaires : Le yin et le yang. Le cycle de cinq éléments est envisagé comme un principe en mouvement et assurant l'homéostasie du vivant. Chaque élément (bois, feu, terre, métal et eau) est considéré comme étant en relation avec un organe, une direction dans l'espace, une saison, une émotion... La MTC définit la maladie comme l'expression d'une rupture d'équilibre, d'une dysharmonie. Elle postule que chaque personne est composée d'une prédominance énergétique propre dont les déséquilibres seraient liés aux faiblesses de son terrain. Le point d'acupuncture sollicité par acupuncture, moxa (chauffage du point), éveillerait alors chez la personne une potentialité et une transformation capables de la réharmoniser, de la recentrer en elle-même et en lien à l'univers (Kespi, 2002). Chaque point d'acupuncture se caractérise par son nom, sa localisation sur un des méridiens dont chacun est relié à un organe et à des attributs énergétiques. Le « diagnostic énergétique » est établi selon l'anamnèse, l'interrogatoire, l'observation, l'examen des pouls et de la langue. Le traitement d'acupuncture vise à équilibrer son énergie. Le choix des points est fait selon le diagnostic énergétique personnalisé et souvent standardisé selon la symptomatologie. Le patient est allongé et détendu. Les aiguilles, 5 à 12 en général, stériles à usage unique, de section inférieure ou égale à 0,3 mm, sont

introduites à l'aplomb du point et jusqu'à une profondeur souvent inférieure à 1cm. Elles sont laissées en place 20 minutes en général.

Dans quels contextes cette pratique est-elle utilisée/dispensée ?

Dans le contexte médical, les indications de l'acupuncture sont nombreuses. En occident, elle est généralement dispensée dans les situations pour lesquelles la médecine conventionnelle est en défaut : soit parce que les traitements sont inefficaces, soit parce qu'ils induisent des effets secondaires. Un grand nombre d'indications sont validées : douleurs liées aux troubles musculo-squelettiques (adulte, personnes âgées, femme enceinte), douleurs somatiques du cancer, traumatisme aigu (contusion, entorse), nausées et vomissements (postopératoire, post-chimiothérapie, de la grossesse), dépendances (tabac, alcool, drogues, médicament), troubles anxio-dépressifs, énurésie de l'enfant, récupération après un accident vasculaire cérébral, paralysie faciale, céphalées de tension, dysménorrhée... (Felten A., 2012 ; Couillot M. F., 2013).

L'acupuncture est également indiquée pour le Zona, les maladies dermatologiques (eczéma, psoriasis), les allergies respiratoires (rhinite, asthme), les troubles fonctionnels digestifs (reflux, ballonnements, constipation, etc.) (Maire B., 2005). Pour les situations difficiles, impliquant notamment des traitements agressifs, des pathologies chroniques invalidantes ou encore des soins palliatifs, l'acupuncture détient une fonction essentielle dans l'accompagnement des malades. Dans cette optique, elle s'inscrit pleinement dans le cadre des médecines intégratives.

Dans le contexte préventif, une séance d'acupuncture trimestrielle, à la période transitoire entre deux saisons, est favorable à l'équilibre énergétique. Une fatigue passagère ou une épreuve difficile telle que le deuil, représentent également des situations pour lesquelles une séance d'acupuncture permet de restaurer le sens du bien-être (Parent F., 2017).

Quels sont les bénéfices et/ou les risques liés à cette pratique ?

L'acupuncture est une méthode de soins qui a montré ses bénéfices cliniques impactant favorablement la qualité de vie des personnes. Elle a démontré son action thérapeutique aussi bien dans le cadre de pathologies bénignes que dans le cas de maladies graves, chroniques ou encore de situations palliatives. Plus typiquement, elle contribue à diminuer les souffrances et favorise par extension un état de « mieux-être ». En outre, l'acupuncture a un effet global sur le patient : elle peut être efficace sur ses manifestations physiques, mais également sur son équilibre psychique. Ses bénéfices peuvent se manifester dès la première séance, ou après quelques séances et s'amplifier ensuite (Ernst E., 2011). Par ailleurs, la pratique de l'acupuncture entre des mains expertes est sûre et bénéfique pour les malades.

A titre d'illustration, des études récentes, réalisées selon les règles rigoureuses de la « médecine fondée sur les preuves », valident le bénéfice de l'acupuncture tant sur les neuropathies que sur les douleurs musculaires liées à l'hormonothérapie chez les femmes atteintes d'un cancer du sein (Bao T., 2018 ; Hershman D. L., 2018).

Comme pour tout acte de soins, des incidents mineurs peuvent se manifester. Ainsi, dans 7% des cas, on observe certains effets indésirables tels que l'apparition de gouttes de sang ou d'un hématome au retrait de l'aiguille, une fatigue transitoire, une sensation d'étourdissement ou de nausées en se relevant et, plus rarement, un malaise vagal. Un accident sérieux se produit exceptionnellement, dans 0,002% des cas. Les contre-indications sont également très rares. Elles peuvent être physiques (ex. : maladie hémorragique non traitée) ou psychiques (ex. : crainte majeure des aiguilles). Le risque évitable encouru par un patient traité par un praticien en médecine chinoise non averti, est de laisser évoluer une affection grave qui aurait été diagnostiquée et traitée par la

médecine conventionnelle. Il s'agit là de la conception de « médecine alternative » de l'acupuncture.

2. Ostéopathie

Dans quels contextes cette pratique est-elle utilisée/dispensée ?

Les troubles fonctionnels constituent un phénomène complexe échappant aux modèles classiques, c'est-à-dire que la détermination de sa cause est inaccessible aux raisonnements logiques. La douleur est à la fois symptôme et « maladie » sans que l'on puisse identifier une lésion d'un organe comme cause de cette douleur par des examens paramédicaux (imageries, examen sanguin, etc.). En ce sens, la capacité de l'ostéopathe à caractériser la douleur afin d'en déduire la procédure thérapeutique adéquate est primordiale. Appuyé par une approche systémique et anatomo-fonctionnelle, l'ostéopathe est capable de prendre en charge efficacement les troubles fonctionnels et d'œuvrer comme un véritable navigateur de soins dans le cadre des troubles fonctionnels aigus ou chroniques. Ses procédures thérapeutiques tiennent naturellement compte des indications, contre-indications, risques et bénéfices pour le patient lorsque ces informations sont connues et établies.

Quels sont les bénéfices et/ou les risques liés à cette pratique ?

De nombreuses études soulèvent les effets positifs de l'ostéopathie sur les troubles fonctionnels musculo-squelettiques. Par ailleurs, elles concluent régulièrement à la supériorité clinique des manipulations articulaires sur les autres techniques. Une partie des actes de thérapie manuelle est reconnue opportune sur les douleurs et les contractures musculaires et, par conséquent, sur l'amélioration de la mobilité. Il peut en découler une amélioration des coordinations motrices et des représentations corporelles.

Les actes ostéopathiques pratiqués sur les systèmes crânio-facial et digestifs montrent une efficacité aléatoire et rarement durable. Néanmoins, leur faible niveau de contre-indication les rend intéressants sur des troubles fonctionnels chroniques. La réalisation de ces techniques peut être judicieusement complétée par des conseils adaptés aux caractéristiques du trouble fonctionnel.

3. Chiropraxie

En quoi consiste cette pratique ?

Le mot « chiropraxie » provient du grec Kheir, désignant la main Et Practicitus signifiant l'action de faire. La chiropraxie est une profession du domaine de la santé, ne prescrivant pas de médicament et proposant une prise en charge conservatrice. Le chiropracteur diagnostique, prévient et prend en charge les troubles neuromusculo-squelettiques (TMS) de l'appareil locomoteur (rachis et membres) ainsi que leurs conséquences. Il dispose d'un large éventail de techniques thérapeutiques comme les manipulations ou les mobilisations articulaires, mais aussi le travail sur les tissus musculo-tendineux. La manipulation vertébrale, également appelée ajustement, est un mouvement de force, rapide et de faible amplitude, appliqué sur une articulation par le chiropracteur. A la différence de la manipulation, la mobilisation n'est pas une manœuvre forcée et ne comporte pas de mouvement d'accélération. La mobilisation s'adresse à une ou plusieurs articulations consécutives pour solliciter leur mobilité dans les limites de la physiologie articulaire. Le travail des tissus mous combine des techniques musculaires réflexes, des étirements, des contractions/relâchements ou des frictions ligamentaires. Le chiropracteur peut aussi utiliser des techniques de contention, de strapping ainsi que l'application du chaud et froid, la physiothérapie, l'électrothérapie, les ondes de choc, associées à des exercices et des conseils relatifs à l'activité physique, à l'hygiène vertébrale ou encore à la posture.

Dans quels contextes cette pratique est-elle utilisée/dispensée ?

Le chiropracteur est un thérapeute de première intention que le patient peut consulter directement sans visite préalable chez un médecin.

La chiropraxie s'adresse à toute la population générale, aussi bien aux enfants, femmes enceintes, personnes âgées, sportifs, etc. Les affections prises en charge par les chiropracteurs touchent principalement le rachis. Le plus souvent, ces affections sont de survenue progressive. A cela s'ajoutent des éléments psychosociaux ou comportementaux influençant l'état de santé du patient (ex. : stress, gestes répétitifs, sédentarité, mauvaise hygiène alimentaire). Les motifs de consultation les plus souvent rencontrés concernent les lombalgies, cervicalgies, maux de tête, douleurs articulaires, tendinites. La prise en charge chiropratique permet d'améliorer la mobilité et de réduire l'intensité des douleurs, la fréquence et la durée des épisodes douloureux, l'incapacité.

Quels sont les bénéfices et/ou les risques liés à cette pratique ?

Toute prise en charge en chiropraxie implique en amont de procéder à une évaluation clinique permettant la mise en œuvre d'un traitement sécuritaire et adapté aux besoins du patient, gage préliminaire de la qualité des soins dispensés. Les bénéfices des traitements par manipulations et/ou mobilisations sont maintenant très bien documentés par la science pour les TMS et sont reconnus comme aussi efficaces que les traitements usuels, avec des risques très faibles. Une diminution de l'intensité douloureuse, de la durée et de la fréquence des épisodes douloureux ainsi qu'une amélioration de la qualité de vie sont retrouvées chez les patients. A noter que les TMS sont, dans la majorité des cas, des affections bénignes avec une évolution spontanée. De plus, les chiropracteurs exercent dans le respect des recommandations de bonnes pratiques établies par la Haute Autorité de Santé.

Dans une logique d'optimisation des effets thérapeutiques, il est recommandé au patient de rester actif, de continuer à mobiliser son dos et de participer à sa prise en charge. Le programme de soin est basé sur une décision partagée entre le patient et le chiropracteur. Le patient est pleinement informé des objectifs thérapeutiques et de la durée prévisionnelle de ses soins. Dans l'intérêt du patient, le chiropracteur collabore également avec les autres professionnels de santé s'inscrivant dans un modèle biopsychosocial communément accepté dans la prise en charge des TMS. Concernant les risques, il importe de rappeler que tout acte de soins présente une dimension bénéfices/risques tributaire de l'évaluation du patient et des techniques utilisées par le thérapeute.

La manipulation vertébrale ou articulaire, par exemple, peut entraîner des troubles bénins passagers qui vont de l'inconfort à des douleurs modérées pouvant durer de quelques heures à quelques jours. Dans de très rare cas, une aggravation de la lésion avec une fracture vertébrale ou costale, une sciatique compliquée, voire une névralgie cervico-brachiale ont pu être rapportées. De façon très exceptionnelle, des cas d'accidents vasculaires cérébraux (AVC) ont été signalés mais aucun fait scientifique ne permet d'établir un lien de causalité entre AVC et soins chiropratiques. En outre, ce constat est probablement dû à l'apparition de symptômes inconfortables préliminaires à l'AVC (maux de tête et douleurs cervicales intenses) conduisant les patients à consulter un chiropracteur ou un médecin.

4. Homéopathie

En quoi consiste cette pratique ?

L'homéopathie est une thérapeutique utilisant des médicaments à dose infinitésimale, choisis selon le principe de similitude, en se basant sur la globalité des réactions individuelles du patient face à la maladie (Bagot, 2018).

Définie comme une méthode thérapeutique médicale, seuls les médecins, dentistes, sages-femmes, vétérinaires et pharmaciens sont autorisés à prescrire de l'homéopathie dans leur champ de compétence. Tout autre prescripteur tomberait sous le coup de l'exercice illégal de la médecine. Cette médicalisation de l'homéopathie est destinée à protéger les patients du risque de retard au diagnostic et de perte de chance. Il convient donc d'insister sur l'importance de consulter un médecin spécialiste en homéopathie, garant d'un accompagnement adapté et d'éviter ainsi les orientations vers des pseudo-praticiens issus de formations non médicales.

Dans quels contextes cette pratique est-elle utilisée/dispensée ?

Le médecin homéopathe applique les recommandations de bonne pratique médicale. Il connaît les indications et les limites des différentes options thérapeutiques. Les meilleures indications de l'homéopathie sont les pathologies bénignes et fonctionnelles, aiguës ou chroniques, notamment les troubles musculo-squelettiques, anxio-dépressifs, du sommeil et les infections des voies aériennes supérieures.

L'homéopathie stimule le processus de retour du pathologique vers le physiologique et réduit la durée des symptômes invalidants. Elle représente une alternative ou une complémentarité thérapeutique possible dénuée d'iatrogénicité. Ce qui en fait une thérapeutique de choix pour les femmes enceintes, les enfants et les personnes âgées. Dans les pathologies bénignes chroniques, l'homéopathie permet la réduction, voire l'arrêt de la prise des médicaments conventionnels (Sharples, Van Haselen, Fisher, 2003).

Quels sont les bénéfices et/ou les risques liés à cette pratique ?

Une étude de cohorte effectuée en Allemagne auprès de patients présentant des pathologies chroniques bénignes a montré que la qualité de vie a été améliorée et la gravité de la maladie a diminué de manière significative pendant les 24

mois de prise en charge homéopathique après inclusion (Witt, Lüdtke, Baur et al, 2005). Cependant, dans les pathologies graves, l'homéopathie ne peut être utilisée qu'en complément des traitements conventionnels. En 2019, par exemple, une douzaine de centres de cancérologie proposent une consultation de soin de support homéopathique.

L'expérience et le niveau de satisfaction des patients soulignent l'intérêt de cette thérapeutique complémentaire et intégrative. En diminuant les effets secondaires, l'homéopathie permet d'améliorer la qualité de vie et, par voie de conséquence, l'observance des traitements anticancéreux (Bagot, 2018).

Le risque principal serait son mauvais usage. Dans le cadre d'une pathologie grave, la prescription exclusive alors qu'un traitement médical conventionnel est nécessaire serait une faute professionnelle. Ceci s'applique d'ailleurs à toutes les médecines complémentaires. Le second risque est le surinvestissement des patients pour cette thérapeutique. L'homéopathie à ses limites que le médecin doit savoir expliquer et respecter. Enfin, la confrontation du médecin homéopathe au patient en refus de soins curatifs standard se tournant vers lui avec confiance est une opportunité de lui rappeler qu'il n'existe pas de traitement alternatif du cancer ou de toute autre pathologie grave. En outre, le médecin homéopathe peut accompagner le patient vers l'acceptation de ses soins conventionnels, la prise en charge homéopathique étant toujours possible.

Les travaux de recherche fondamentale utilisant l'étude des temps de relaxation en résonance magnétique nucléaire commencent à lever un voile sur les propriétés physico-chimiques du médicament homéopathique : « Les hautes dilutions contiennent des nanostructures aqueuses formées par nucléation de nano bulles produites lors de la dynamisation autour de la molécule de soluté qui s'accroissent à chaque dilution/dynamisation » (Démangeât, 2015).

Si, comme tout médicament, l'homéopathie possède un effet placebo, de la même façon, son action thérapeutique ne peut être réduite à ce processus.

En effet, cinq des sept méta-analyses, effectuées sur des essais cliniques randomisés en double aveugle contre placebo, montrent une action supérieure de l'homéopathie. C'est dans la méta-analyse où le traitement homéopathique a été individualisé avant randomisation que les résultats sont les plus probants. De nombreux essais confirment ainsi la supériorité de l'homéopathie versus le placebo (Mathie, Lloyd, Legg et al, 2014). Reste la question du mode d'action qui est encore à découvrir. L'hypothèse d'interaction des nanoparticules avec les récepteurs olfactifs, présents sur tous les tissus organiques, est actuellement un des axes de recherche le plus abouti (Courtens, Démangeât, Ben abdallâh, 2018). En attendant d'autres confirmations, nous devons nous contenter de l'hypothèse d'une thérapeutique dite « informationnelle » et du constat de son efficacité, confirmée par l'expérience clinique, les études randomisées et l'adhésion grandissantes des patients.

C. La douleur chronique au Mali : les Pathologies

1. Neuropathies douloureuses toxiques iatrogènes au Mali [30]

Malgré les possibilités d'une prise en charge spécifique efficace (chimiothérapie et vaccination préventive), la tuberculose ne cesse de progresser. D'après l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS)[1], son incidence annuelle est passée de 7,3 millions de cas en 1996 à 8,8 millions de cas en 2002. En l'absence d'évolution notable, on prévoit 10 millions de cas en 2025. En outre, l'avènement de la pandémie du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) a eu un impact amplificateur sur la problématique de la tuberculose.

2. Douleur au cours de l'infection à VIH [6]

En 2012, l'ONUSIDA estimait à environ 34 millions le nombre de personnes vivant avec le VIH dans le monde en 2011, dont la très grande majorité (22,7 millions) en Afrique subsaharienne. La susceptibilité particulière du système nerveux au cours de l'infection à VIH est bien documentée et, cela, à toutes les phases de la maladie, depuis la primo-infection jusqu'à la phase SIDA.

Au Mali, la prévalence du VIH se situait respectivement, en 2003 et 2006, à 1,6% et 1,3% de la population générale. Conformément aux recommandations de l'ONUSIDA, le Mali a adopté une déclaration de politique nationale de lutte contre la maladie. Cette déclaration recommande d'assurer la gratuité des soins et des médicaments (ARV) à tous les malades sans distinction aucune, faisant du Mali le 3^{ème} pays africain à avoir pris cette décision après le Malawi et le Sénégal.

Le recours à la médecine parallèle (marabout, guérisseurs, tradithérapeutes) était retrouvé chez l'ensemble de nos patients.

3. Névralgie cervico-brachiale [32]

La Névralgie Cervico-Brachiale (NCB) est une pathologie locomotrice relativement fréquente dans la pratique courante, dont l'impact socio-économique et le coût médical sont importants. Peu de données existent sur cette pathologie en Afrique.

Le diagnostic a été strictement clinique et l'échelle DN4 (cf. supra) a permis de déterminer d'éventuelles caractéristiques neuropathies de cette névralgie. L'intensité de la douleur a été évaluée par l'échelle verbale simple (EVS). L'échelle concise de la douleur et l'échelle HAD ont permis d'étudier l'impact de la douleur sur la qualité de vie des patients.

4. La migraine au Mali [33]

La migraine est une maladie bénigne mais handicapante car elle peut altérer la qualité de vie des patients, perturber les relations affectives et retentir sur les activités scolaires et professionnelles.

Le diagnostic de migraine était retenu suivant les critères de l'International Headache Society (IHS) 2004 et le GRIM (Groupe de recherche sur la migraine).

La prévalence globale de la migraine en milieu scolaire à Gao était de 17,3% (IC95% : [14,6% à 20%]).

5. La lombalgie commune : aspects épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et socioéconomiques [34]

La lombalgie, trouble musculo-squelettique douloureux le plus fréquent devant les scapulalgies et les cervicalgies, est devenue un problème majeur de santé publique à travers le monde (35, 36) et la majorité des individus connaîtront au moins un épisode lombalgique durant leur vie (prévalence sur l'ensemble de la vie d'environ 85%), tandis que la prévalence de la lombalgie chronique est d'environ 25%, dont 11% présentent un handicap affectant significativement les activités de la vie quotidienne. La prévalence de la lombalgie augmente avec l'âge, elle est plus forte chez la femme (57%) et les deux tranches d'âge les plus touchées sont les 30-44 ans (7,7%) et les 55-64 ans (12,3%).

Son évolution vers la chronicité ne s'observe que dans moins de 10% des cas, mais elle est à l'origine de 85% des coûts directs ou indirects. La probabilité de la guérison de la lombalgie aiguë est de 90% à quinze jours, mais la récurrence est fréquente (40% après six mois d'évolution).

Les dépenses de santé engendrées par cette maladie sont plus élevées que les ressources allouées au sida, au cancer ou aux maladies cardio-vasculaires [37]. Si la prise en charge de cette pathologie est bien documentée dans les pays développés, avec des guidelines consensuelles [38], en dépit de son incidence, la lombalgie reste peu rapportée dans la littérature en Afrique, en général, et au Mali, en particulier.

METHODOLOGIE

Méthodologie :

1. Lieu et cadre d'étude : CHU Gabriel Touré, Service de Neurologie

Le District de Bamako est la capitale administrative et économique du Mali. Il est situé sur les rives du fleuve Niger en pleine zone soudanienne avec une superficie de 267 km². Il s'étend sur 22km d'Est en Ouest et 12km du nord au sud de part et d'autre du fleuve Niger.

Bamako jouit d'un climat tropical de type soudanais. Il existe des collines de part et d'autre du District. Sur l'une de ces collines se trouve la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie.

Notre étude s'est déroulée dans le Service de Neurologie du CHU Gabriel TOURE. Le CHU Gabriel TOURE est situé au centre de Bamako en commune III avec à l'Est le quartier Médine, à l'Ouest l'Ecole National d'Ingénieurs (ENI), au Nord la garnison de l'état-major de l'armée de terre et de la gendarmerie, au Sud le grand marché de Bamako.

Le service de Neurologie du CHU Gabriel TOURE est logé dans le même bâtiment que le service d'anesthésie et de réanimation qui est au rez-de-chaussée. Il est constitué d'une unité d'hospitalisation et d'une unité de consultation externe. Il est actuellement dirigé par un professeur titulaire de Neurologie assisté par un maître-assistant en Neurologie et trois neurologues praticiens hospitaliers. Les soins des patients sont sous la responsabilité d'un assistant médical qui est la major du service assisté par trois infirmiers et deux manœuvres

2. Type et période de l'étude :

Il s'agit d'une étude transversale prospective dont l'enquête s'est déroulée sur 3 mois

3. Population cible :

L'étude a été adressée à tout patient consultant dans le service de neurologie du CHU Gabriel Touré durant la période d'étude.

3. Echantillonnage :

L'échantillon a été de type exhaustif en enrôlant à l'étude durant la période d'étude toute la population cible disponible au cours de nos consultations.

NB : 186 patients

5. Critères d'inclusion :

A été inclus dans notre étude tous les patients qui viendront consulter pour une pathologie neurologique durant la période, volontaire et disponible à participer à l'étude sans distinction d'âge ou de sexe.

6. Critères de non inclusion :

Ne seront pas inclus à notre étude tout patient consultant ailleurs que dans notre structure d'étude, tout patient consultant dans notre structure d'étude pour autres pathologies non neurologiques et tout patient non volontaire et non disponible à répondre aux questions.

7. Procédure de collecte des données:

La collecte des données s'est faite à l'aide d'un questionnaire anonyme divisé en trois parties:

- Une première partie : sur les aspects sociodémographiques et professionnels des patients,
- Une deuxième partie : attitude face à leurs pathologies neurologiques,

- Une troisième partie : le jugement des patients envers la médecine traditionnelle,

8. Saisie et Analyse des données:

Les données recueillies seront saisies et analysées sur des programmes informatiques suivantes : SPSS version 22.0 pour Windows, Microsoft office Word 2016, Microsoft office Excel 2016. Les tests exacts de Fisher, de chi-carré de Pearson etc... Seront utilisés pour des comparaisons statistiques selon leur applicabilité, les valeurs de $p < 0,05$ seront considérés comme statistiquement significatif et Microsoft office power point.

9. Variables :

Age et sexe

Niveau d'éducation scolaire et L'emploi

Les pathologies neurologiques

La durée de l'évolution de la maladie

Le premier centre de recours

La fréquence des consultations chez les tradipraticiens

Le choix et Mode de découverte

Le traitement traditionnel

La durée du traitement

Le Coût, L'efficacité et La Raison

La possibilité de collaboration et Relation médecin-patient

10. Considérations éthiques et moral:

Avant l'inclusion à l'étude, nous avons expliqué et montré la fiche d'enquête aux patients leur demandant une collaboration dans le cadre de notre étude

Ceux qui ont accepté ont été informés sur les objectifs fixés par l'étude et le déroulement de l'enquête.

L'enquête a été réalisée avec l'autorisation de la commission d'éthique du CHU Gabriel Touré

L'étude a été expliquée de long en large aux patients afin d'obtenir un consentement éclairé. La collecte des données se fera de façon strictement anonyme. Aucune compensation (financière ou matérielle) ne sera prévue pour les participants.

RESULTATS

V. RESULTATS

A. SOCIO DEMOGRAPHIQUES

Tableau I : Répartitions des patients selon le sexe

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage %
Masculin	93	48,7	50,0
Féminin	93	48,7	50,0
Total	186	97,4	100,0

Aucun sexe n'est prédominant.

Tableau II : Répartition selon le consentement : mineur-majeur

Mineur- Majeur	Effectifs	Pourcentage %
majeur	159	85,5
mineur	27	14,5

Total	186	100,0
-------	-----	-------

Parmi les patients interrogés les majeurs représentaient 85,5%.

Tableau III : Répartition selon l'Etat civile

ETAT CIVILE	Effectif	Pourcentage%
Célibataire	45	24,2
Mariée	140	75,3
Veuf	1	0,5
Divorcé	0	0
TOTAL	186	100,0

Environ 75,3% des patients seraient mariés.

Tableau IV : Répartition selon le niveau d'éducation scolaire

Niveau D'éducation scolaire	Effectifs	Pourcentage %
aucun	33	17,7
primaire	41	22,0
secondaire	28	15,1
université	69	37,1
alphabétisé	2	1,1
medersa	13	7,0
Total	186	100,0

Le niveau d'éducation **universitaire** était majoritaire soit 37,3%.

Tableau V : Répartition selon l'emploi des patients

Emploi	Effectifs	Pourcentage %
ménagère	44	23,7
étudiant	4	2,2
emploi à plein temps	38	20,4
travail à la tâche	2	1,1
indépendant	36	19,4
agriculteur	5	2,7
inapte arrêt longue maladie	2	1,1
retraité	28	15,1
élève	22	11,8
autre: ne fais rien	5	2,7
Total	186	100,0

Les ménagères, les travailleurs à plein temps, les indépendant, les retraités et les élèves représentaient respectivement 23,7% ; 20,4% ; 19,4% ; 15,1% et 11,8%.

B- Les Pathologies neurologiques :

Tableau VI : Répartition selon les pathologies neurologiques

Pathologies	Effectifs	Pourcentage%
AVC	25	13,4
Neuropathie	6	3,2
Myopathie	2	1,1
Epilepsie	40	21,5
Céphalées	17	9,1
Pathologies neuro-dégénératifs	5	2,7
Névralgie Cervico Brachiale	10	5,4
Lombalgie	60	32,3
Syndrome fibromyalgique	13	7,0
Mouvement anormaux	3	1,6
Autres	5	2,7
TOTAL	186	100,0

La lombalgie et l'épilepsie représentaient respectivement 32,3% et 21,5%.

Tableau VII : Répartition selon la durée de l'évolution de la maladie

Durée	Effectifs	Pourcentage %
moins de 3 mois	1	0,5
4-6 mois	9	4,8
7 mois à 12 mois	16	8,6
13 mois à 18 mois	20	10,8
19 mois à 24 mois	13	7,0
25 mois à 36 mois	22	11,8
37 mois à 72 mois	31	16,7
73 mois à 120 mois	31	16,7
sup à 120 mois	43	23,1
Total	186	100,0

Supérieur à 120 mois représentait la durée de l'évolution des maladies soit 23,1%

Tableau VIII : Répartition selon le premier centre de recours des patients

premier centre de recours	Effectifs	Pourcentage %
CSREF	63	33,9
CSCOM	39	21,0
CHU	28	15,1
CLINIQUE	56	30,1
Total	186	100,0

Les CSREF et les cliniques représentaient respectivement 33,9% et 30%.

Tableau IX : Répartition selon la fréquence de la consultation chez les tradipraticiens

Consultation Tradipraticien	Effectifs	Pourcentage %
oui	138	74,2
non	48	25,8
Total	186	100,0

74,2% des patients ont effectués des consultations chez les tradipraticiens

Tableau X : Répartition selon le choix des tradipraticiens

Type	Effectifs	Pourcentage %
Marabout	56	46,6
Guérisseur	40	29,0
acupuncture	1	0,7
autre: (masseur)	41	29,7
Total	138	100,0

Les marabouts étaient les plus consultés soit 46,6% des tradipraticiens.

Tableau XI : Répartition selon le mode de découverte de la pratique non conventionnelle

Découverte	Effectifs	Pourcentage %
l'entourage familial	91	65,9
collègue	23	16,7
media	15	10,9
les amis	9	6,5
Total	138	100,0

L'entourage familial était la plus représentée soit 65,9%.

Tableau XII : Répartition selon le choix du traitement traditionnel

Type de Traitement	Effectifs	Pourcentage %
phytothérapie	30	21,7
Sèbin (gris-gris)	17	12,3

incantation	15	10,9
sacrifice	18	13,0
Fumigation (woussouli)	8	5,8
scarification	3	2,2
massage	46	33,3
autres	1	,7
Total	138	100,0

Le choix du massage était le plus représenté soit 33,3%.

C. Le jugement des patients

Tableau XII : Répartition selon la durée du traitement

Durée	Effectifs	Pourcentage %
inférieur à 1 an	101	73,2
entre 1 et 3 ans	18	13,0
entre 3 et 5 ans	6	4,3
supérieur à 5 ans	13	9,4
Total	138	100,0

73,2% représentait majoritairement la durée du traitement qui est moins d'un an.

Tableau XIII : Répartition selon le coût

Coût	Effectifs	Pourcentage %
------	-----------	---------------

inferieur au Smig	11	8,0
supérieur au Smig	36	26,1
2 fois le Smig	91	65,9
Total	138	100,0

2 fois le SMIG est le coût le plus majoritaire soit 65,9%.

SMIG : 40000fcfa

Tableau XIV : Répartition selon l'efficacité du traitement

Efficacité	Effectifs	Pourcentage %
Excellent	0	0
Bien	0	0
assez bien	9	6,5
passable	86	62,3
nul	43	31,2
Total	138	100,0

L'efficacité (passable) du traitement est la plus retrouvée soit 62,3%.

Tableau IVX : Répartition selon la consultation des tradipraticiens pour autre une pathologie

Autre pathologie	Effectifs	Pourcentage %
-------------------------	------------------	----------------------

oui	123	66,1
non	63	33,9
Total	186	100,0

Le taux de consultation pour une autre pathologie représentait 66,1%

Tableau XV : Répartitions des patients selon les raisons de leur consultation

Les arguments	Effectifs	Pourcentage %
Echec traitement médical	14	9,7
Complémentaire	24	16,6
Culture familiale de traitement traditionnel	107	73,8
Total	145	100,0

La **Culture familiale de traitement traditionnel** était l'argument majoritaire soit 73,8%.

Tableau XVI : Répartition selon la possibilité de collaboration avec les tradipraticiens

Possibilité de collaboration	Effectifs	Pourcentage %
oui	40	27,6
non	91	62,8
je ne sais pas	14	9,7
Total	145	100,0

62,8% des patients disaient qu'il n'y a pas de possibilité de collaboration entre la médecine conventionnelle et moderne.

Tableau XVII : Répartition selon la mise au courant du médecin par rapport aux traitements traditionnels

Informé le médecin	Effectifs	Pourcentage %
pas nécessaire	24	16,6
peur de la réaction du médecin	115	79,3
je ne sais pas qu'il fallait le dire	5	3,4
Autres	1	,7
Total	145	100,0

La majorité des patients affirmait avoir peur de la réaction des médecins soit 79,3%

COMMENTAIRES
ET

DISCUSSION

VI. Commentaires et discussion :

Cette étude sur les médecines complémentaires et alternatives est la première et la seule réalisée à ce jour au Mali et même en Afrique. Compte tenu de la fréquence de cette pratique dans notre pays une enquête de pratique s'imposait. Le choix du CHU Gabriel TOURE pour mener cette étude a été dicté par des considérations sociodémographiques et culturelles, car cette structure reste le premier niveau de contact des populations vu sa position géographique en plein centre ville de Bamako.

Cette approche nous a permis de faire l'état des lieux sur l'influence des pratiques traditionnelles sur la prise en charge des pathologies neurologiques dans le CHU Gabriel Touré.

Ainsi dans notre étude nous avons interrogé 186 patients tous consultés au CHU Gabriel TOURE.

Les motivations du recours à une MCA, sa place dans le parcours de soins de la population rurale et dans la relation médecin-patient ont été étudiées à l'aide des données du questionnaire.

Les résultats vont être discutés et comparés avec les données de la littérature nationale et internationale. L'objet de notre étude descriptive n'a pas eu pour but de discuter la validité scientifique de ces MCA.

1. Critique de l'étude

1.1. Sur les modalités de l'enquête

- Le mode idéal pour déterminer une prévalence demeure l'enquête exhaustive. Celle-ci est difficilement réalisable en termes de coût et de temps, d'autant plus dans le cadre de cette étude. Après concertation, une enquête par sondage fut retenue associant deux types de recueil.

- Le recueil des questionnaires fut réalisé par un seul enquêteur afin de limiter le biais de mesure.

Une étude qualitative serait sur ce point intéressante et complémentaire de notre travail.

Les garanties éthiques furent respectées. Une information claire sur le thème du sujet et son utilisation pour un travail de thèse fut donnée.

- Le caractère anonyme des questionnaires assurait la confidentialité des données

Dans la littérature française, les estimations du taux de recours aux MCA étaient de 42,6% [39] en région parisienne, auprès de patients consultant en médecine générale, 66,2% [40] en région Rhône-Alpes, auprès d'une population variée mais de faible représentativité

1. Données socio démographiques :

Environ 75,3% des patients seraient mariés ceci s'explique par le fait que la majorité de nos patients était des adultes.

Dans notre étude les ménagères étaient les plus représentées ceci est dû au fait que culturellement dans le pays en général et dans cette région en particulier, la population préfère inscrire les garçons à l'école, les filles étant souvent consignées aux activités ménagères.

37,3% de nos patients avaient un niveau d'éducation scolaire universitaire 17% seulement n'avait bénéficié d'aucune éducation scolaire.

En ce qui concerne le premier centre de recours des patients, les centres de santé (CSREF CSCOM CLINIQUE) revenaient en première position car ces structures restent le premier niveau de contact des populations aux de soins de santé.

Dans notre étude la majorité de nos patients soit 74,2% ont effectués des consultations chez les tradipraticiens ceci s'explique par une appartenance culturelle qui nous (africains) relie à ses tradipraticiens

Parmi ces tradipraticiens les marabouts étaient les plus sollicités soit 40,6% 65,9% de nos patients avaient connu ces tradipraticiens grâce à l'entourage familial.

Les traitements traditionnels les plus utilisés étaient les massages et la phytothérapie ceci s'explique par le fait que dans notre échantillon les patients douloureux étaient majoritaires.

Moins d'un an était la durée du traitement la plus longue avec ces tradipraticiens soit 73,2% ; ceci s'explique par le fait aussi, que la majorité des patients ayant consulté les tradipraticiens ont jugé non satisfaisant (passable) l'efficacité du traitement reçu soit 62,3%.

Sur le plan des dépenses, 2 fois le SMIG était le coût le plus majoritaire soit 65,9%.

Seulement 9,7% des patients disent avoir consulter les tradipraticiens pour cause d'échec à leur traitement médical.

Sur le plan de la collaboration 62,8% des patients pensent que cela n'est pas possible puisqu'ils n'ont pas les mêmes méthodes de travail.

Dans notre échantillon la majorité des patients ne disaient pas spontanément à leur médecin qu'ils ont bénéficié des traitements traditionnels par peur de la réaction des médecins soit 79,3%.

CONCLUSION

VII. CONCLUSION

A. CONCLUSION :

La pratique de la médecine non conventionnelle reste très fréquente au Mali

Les MCA prennent de plus en plus de place dans notre société et dans le parcours de soins des patients avec un impact socio-économique très élevé dans la vie des patients.

La moitié de la population y trouve une arme thérapeutique complémentaire à la médecine conventionnelle.

RECOMMENDATIONS

VIII : Recommandations :

- Renforcer la communication: médecin –patient
- Cesser de réprimander les choix thérapeutiques de nos patients
- Face à leurs attentes et à leurs choix thérapeutiques, il est indispensable que nous fassions nous-mêmes preuve d'ouverture.
- Associer de manière organisée la Médecine Conventiionnelle et la Médecine Complémentaire, avec pour objectif d'améliorer la qualité des soins et l'état de santé de nos chers patients.

BIBLIOGRAPHIES

VIII. BIBLIOGRAPHIE :

- 1.** Organisation Mondiale pour la Santé. Stratégie de l’OMS pour la Médecine Traditionnelle pour 2002-2005. OMS 2002. Disponible sur : En ligne : <http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/s2298f/s2298f.pdf>
- 2.** National Center of Complementary and Alternative Médecine. Site disponible sur : <http://nccam.nih.gov/Health/whatisacam/> consulté le 30 mai 2011.
- 3.** Woolf CJ. What is this thing called pain? J Clin Invest 2010; 120:3742-4
- 4.** Hardy JD, Wolff HG, Goodell H. Pain sensations and reactions. New York: Haffner, 1967.
- 5.** Lamotte RH. Mechanically evoked secondary hyperalgesia in the primate. In : Besson JM, Guilbaud G, Ollat H, eds. Peripheral neurons in nociception : physiopharmacological aspects. Paris: John Libbey eurotext, 1994 ; 13-22.
- 6.** Willis W. Hyperalgesia and allodynia. New York: Raven press, 1992, 1-11.
- 7.** Hunt SP, Rossi J. Peptide- and non-peptide-containing unmyelinated primary afferents, the parallel processing of nociceptive information. Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci 1985; 308: 283-9.
- 8.** Cao YQ, Mantyh PW, Carison EJ, Gillespie AM, Epstein CJ, Basbaum AI. Primary afferent tachykinins are required to experience moderate to intense pain. Nature 1998; 392: 390-4.
- 9.** Dray A. Chemical activation and sensitization of nociceptors. In : Besson JM, Guilbaud G, Ollat H, eds. Peripheral neurons in nociception : Physiopharmacological aspects. Paris: John Libbey eurotext, 1994; 49-70.
- 10.** Le Bars D. Serotonin and pain. In: Osborne NN, Hamon M, eds. Neuronal Sérotonine. Chichester: Wiley, 1988; 171-229.

- 11.** Bland-Ward PA, Humphrey PP. P2X receptors mediate ATP-induced primary nociceptive neuron activation. *J Auton Nerv Syst* 2000; 81: 146-51.
- 12.** Hamilton SG, McMahon SB. ATP as a peripheral mediator of pain. *J Auton Nerv Syst* 2000; 81: 187-94.
- 13.** Burnstock G. Purine-mediated signaling in pain and visceral perception. *Trends Pharmacol Sci* 2001; 22: 182-8.
- 14.** Marnett LJ, Kalgutkar AS. Cyclooxygenase 2 inhibitors: Discovery, selectivity and the future. *Trends Pharmacol Sci* 1999; 20: 465-9.
- 15.** Kress M, Zeilhofer HU. Capsaicin, protons and heat: New excitement about nociceptors. *Trends Pharmacol Sci* 1999; 20: 112-8.
- 16.** Melzack R, Wall PD [1965] Pain mechanisms: a new theory. *Science* 150(699):971-979
- 17.** Fields HL, Basbaum, A.I., Heinricher, M.M. [2006] Central nervous system mechanisms of pain modulation. In: McMahon S, Koltzenburg, M., editor. *Wall and Melzack's Textbook of Pain*, 5th Edition: Elsevier. pp. 125-143.
- 18.** Halliday G, Harding A, Paxinos G [1994] Serotonin and Tachykinin Systems. In: Paxinos G, editor. *The Rat Nervous System*: Academic Press.
- 19.** Aston-Jones G, Shipley, M.T., Grzanna, R [1994] the Locus Ceruleus, A5 and A7 Noradrenergic Cell Groups. In: Paxinos G, editor. *The Rat Nervous System*: Academic Press.
- 20.** Basbaum AI, Bautista DM, Scherrer G, Julius D [2009] Cellular and molecular mechanisms of pain. *Cell* 139(2):267-84
- 21.** Yan Le fevre. Rôle de la glie dans la douleur chronique d'origine cancéreuse chez le rat. Université Victor Bordeaux Segalen. Neurosciences, 2013. Français.

22. Illich Y. [1973], *La convivialité*, Paris, Seuil

23. Bégot A. C. [2010], *Médecine parallèle et cancer. Une étude sociologique*, Paris, L'Harmattan, coll. Logiques sociales.

24. Suissa V., « Médecine non conventionnelle et psycho-oncologie. Evaluation de l'impact des Médecines Complémentaires et Alternatives (MCA) chez les patients atteints de cancer » [Thèse de doctorat en psychologie clinique. Cognition, Langage et Interaction (CLI). Paris, France : Université Paris 8, 2017.

25. Soum-Pouyalet F. (2006). « Le risque émotionnel en cancérologie. Problématiques de la communication dans les rapports entre soignants et soignés », *Emotions, Corps et Santé : « Les politiques et l'intime »*.

26. Péliissier-Simard L. et Xhignesse M [2008], « Les approche complémentaire en en santé, comprendre pour bien conseiller », *le médecin du Québec*, vol. 43, n° 1.

27. Berghmans et Tarquinio C [2009], *Comprendre et pratiquer les nouvelles psychothérapies. Cohérence cardiaque, relaxation, méditation, hypnose, EMDR, taï-taï-chuan, qi gong*, Paris, Dunod.

28. Derey E. [2003], « Réflexions sur les Médecines Non Conventionnelles suivies de deux médecines énergétiques: la Médecine Traditionnelle Chinoise et la Trame », thèse pour le diplôme d'Etat de docteur en pharmacie. Université d'Angers, UFR des Sciences Pharmaceutiques et d'Ingénierie de la Santé, Faculté de Pharmacie. En ligne: <http://www.la-trame.com/data/TheseTrame.pdf>

29. Bouchayer, Françoise. 1986 « La nébuleuse des autres médecines. Essais de cartographie ». *Etudes* 365 (10) : 317-30.

- 30.** Maiga Y, Toloba Y, N'Belesso P, Danièle R, Sissoko Y, Illiassou S, Maiga MY, Traoré HA. Douleur neuropathique au cours du traitement antituberculeux chez les patients VIH négatifs dans le Service de Pneumo-physiologie du Point G à Bamako (MALI, Afrique de l'Ouest). *Med Santé trop* 2012 ; 22 (3) : 312-6
- 31.** Maiga Y, Diakité S, Cissoko Y, Diallo F, Kaioulou HA, Maiga A, Toloba Y, Maiga MY, Carmant L and Traoré HA. Neuropathic Pain in HIV / AIDS Patients on Antiretroviral Therapy and Followed as Outpatients in Bamako, Mali. *J Pain Relief* 2014; S3: 004.
- 32.** Maiga Y, Fara AA, Sogoba Y, Diango D, Diakité S, Diallo M, Hadiza AK, Diallo G, Traoré HA. Etude longitudinale de la névralgie cervico-brachiale dans le service de neurologie du CHU Gabriel Touré, Bamako (Mali). *The Pan African Medical Journal* 2013; 16: 46.
- 33.** Maiga Y, Boubacar S, Kanikomo D, Cissoko Y , Diakité S, Cissoko L ,Testa J, Diagana M , Mohamed AA, Traoré HA .La migraine en milieu scolaire à Gao au Mali. *Afr J Neurol Sci* 2011, 30 (2) : 49-55.
- 34.** Zakaria Mamadou. Etude de la lombalgie en consultation neurologique du CHU Gabriel Touré de Bamako. These de médecine 2013. These 13-M-154.
- 35.** Merskey H. Pain terms: a list with definitions and a note on usage. *Pain* 1979; 6: 249-52.
- 36.** Le Breton D. Anthropologie de la douleur. Editions Métailié, Paris, 1995, pp 8-108.
- 37.** Koes BW, Van Tulder MW, Thomas S. Diagnostic and treatment of low back pain. *BMJ* 2006; (332): 1430-4.
- 38.** Balagué F, Mannion A, Pellisé F, Cedraschi C. Non specific low back pain. *The Lancet* 2012; 379(9814):482-91
- 39.** Mayer-Lévy C. Recours aux Médecines Complémentaires et Alternatives parmi les patients de Médecine Générale à Paris. Th. Méd. : Paris 5, 2010.

40. Geesen M. Le recours des patients aux médecines non conventionnelles en région Rhône-Alpes – Etude quantitative descriptive transversale par questionnaire de 373 patients. Th. Méd. : Lyon 1, 2011.

Fiche Signalétique

Nom: Goïta

Prénom: Sekouba

Titre de la thèse:

INFLUENCE DES PRATIQUES TRADITIONNELLES SUR LA
PRISE EN CHARGE DES PATHOLOGIES NEUROLOGIQUES
DANS LE SERVICE DE NEUROLOGIE DU CHU GABRIEL
TOURE AU MALI

Année Universitaire : 2019-2020

Ville de Soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la FMOS

Secteur d'intérêt : Neurologie, Santé publique.

- Résumé :

Notre étude avait pour objectif d'évaluer l'influence de pratiques traditionnelles sur la prise en charge des pathologies neurologiques dans le CHU Gabriel Touré au MALI

Il s'agissait d'une étude transversale et prospective.

Au cours de cette étude 186 patients dans le CHU Gabriel Touré du service de Neurologie ont été interrogés.

Parmi les patients interrogés 2/3 consultaient les tradipraticiens.

65,9% de nos patients avaient connu ces tradipraticiens grâce à l'entourage familial.

Les traitements traditionnels les plus utilisés étaient les massages et la phytothérapie.

Seulement 9,7% des patients disent avoir consulter les tradipraticiens pour cause d'échec à leur traitement médical.

Sur le plan de la collaboration 62,8% des patients pensent que cela est impossible puisqu'ils n'ont pas les mêmes méthodes de travail.

Dans notre échantillon la majorité des patients ne disaient pas spontanément à leur médecin qu'ils ont bénéficié des traitements traditionnels par peur de la réaction des médecins soit 79,3%.

Parmi les patients interrogés les majeurs représentaient 85,5%.

.

Mots clés : Influence, Homéopathie, Chiropraxie, MCA, Mali, SMIG, Tradipraticiens

QUESTIONNAIRES

Influence des Pratiques traditionnelles sur la Prise en charge des pathologies neurologiques dans le service de neurologie du CHU Gabriel Touré au MALI

Les questions sont répondues par le patient lui-même

ID:

Date :

Nom et Prénom de l'enquêteur :

Fonction de l'enquêteur :

Consentement du patient : majeur/ assentiment du mineur

Oui :

Non :

Consentement du tuteur du mineur :

Oui :

Non :

Langues parlées :

Français :

Anglais :

Bambara :

Autres :

I. Centre de recrutement :

- CHU Gabriel Touré :

II. Données socio démographiques :

Le sexe :

Masculin

Féminin

Âge : années (l'âge sera estimé si la date de naissance est inconnue)

Ethnie :

Bambara :

Senoufo :

Peulh :

Malinké :

Sarakolé :

Mianka :

Sonrhāï :

Bobo :

Dogon :

AUTRES :

Nationalité :

Maliennne :

Autres pays africains :

Européen :

Autres (à préciser) :

Si Maliennne, préciser la région d'origine :

Kayes :

Koulikoro :

Sikasso :

Ségou :

Mopti :

Tombouctou :

Gao :

Kidal :

district de Bamako :

Religion :

Musulmane :

Chrétienne :

Animisme :

Aucun :

AUTRE (à préciser) :

Etat Civil :

célibataire

Marié

veuf

divorcé

Niveau d'éducation :

Aucun :

Primaire :

Secondaire :

Université :

Alphabétisé :

Medersa :

Type d'emploi si chômeur ou retraité moins de 6mois indiquer le dernier emploi

ménagère

Etudiant

Emploi à
plein temps
(salarie)

Travail à la
tache

Indépendant
(informel)

Agriculteur

Recherche
d'un
emploi- n'a
jamais
travaillé

Au
chômage
(depuis
plus de 6
mois)

Inapte ;
arrêt
longue
maladie

Retraité

Elève

Autre :
préciser

Pathologies Neurologiques :

AVC

Neuropathie

Myopathie

Epilepsie

Pathologies Infectieuses

Pathologies neuro-dégénératives

Douleur

Névralgie Cervico Brachiale

Lombalgie

Fibromyalgie

Mouvements anormaux

Autres : (à préciser)

Durée de l'évolution de la maladie

Moins de 3 mois

4 mois - 6 mois

7 mois – 12 mois

13 mois – 18 mois

19 mois - 24 mois

25 mois – 36 mois

37 mois – 72 mois

73 mois – 120 mois

Sup à 120 mois

Quelle a été votre premier recours pour cette maladie :

- Centre de santé de référence :
- CSCOM :
- CHU :
- Clinique

Pour cette maladie : juste pour notre information et pour voir les possibilités de travailler avec les autres thérapeutiques de notre pays, merci de nous dire si vous consulter même un peu un thérapeute autre qu'un médecin :

Oui :

Non :

Si Oui préciser

Un guérisseur :

Un marabout :

Acupuncture :

Devin :

Pasteur :

AUTRE (à préciser) :

Comment avez-vous découvert votre thérapeute traditionnel :

- Media (télé- radio- journaux) :
- Collègues
- L'entourage familial :
- Les amis :
- Autres (à préciser) :

Si oui dans le cadre du traitement traditionnel qu'avez-vous reçu

- Phytothérapie :
- Sèbin (gris-gris) :
- Incantation :
- Sacrifice :
- Fumigation (woussouli) :
- Acupuncture :
- Scarification :
- Massage :
- Autres :

Selon vous pourquoi vous et les autres malades ne disent pas spontanément à leur médecin les traitements traditionnels qu'ils sont entrain de faire à leur médecin.

- Ce n'est pas nécessaire :
- peur de la réaction du médecin :
- Je ne savais pas qu'il fallait le dire :
- AUTRE :