



HOLISTÉA
ÉCOLES EUROPÉENNES D'OSTÉOPATHIE

PORTFOLIO

Portefeuille de compétences

Présenté par :

Martin FAUCONNET

A **HOLISTÉA** Cergy-Munich

Le 14 Juin 2018

Auteur :

Martin FAUCONNET

3 rue Jean Broutin 78700 Conflans-Ste-Honorine

fauconnet.martin@gmail.com

06.62.80.72.39

Signature :

L'ensemble des informations contenues dans ce document est vérifié et validé
par la direction pédagogique de l'établissement.

Et est conforme aux décrets régissant la formation en ostéopathie publié
au BO Santé – n°2014/11 ; 15/12/2014.

Tampon de l'école

Signature du directeur d'établissement

PREFACE

Le mot du directeur

Le portfolio d'Holistéa concrétise l'étape réflexive que réalise chaque étudiant à la fin de sa formation en ostéopathie.

La présentation du parcours de formation dédié à l'acquisition de toutes les compétences requises pour être un véritable professionnel, concerne non seulement la dimension académique et les résultats obtenus, mais aussi cette part plus personnelle liée à la spécificité de la maîtrise de la médecine ostéopathique avec ses échecs, ses questionnements, ses prises de conscience et ses révélations si enthousiasmantes.

Il s'agit aussi d'y exposer le fruit de ses recherches et de ses expériences cliniques singulières qui ont nourri la production de mémoires aussi bien scientifiques que cliniques structurant ainsi un parcours d'enseignement supérieur.

La réalisation de ce portfolio a d'abord une valeur pour l'étudiant lui-même en restituant tout le sens du vécu de cette formation et en l'ancrant dans sa propre histoire. Mais surtout cela lui permettra de faire valoir la réalité de ses compétences et revendiquer avec fierté tout le chemin parcouru.

Éléments constitutifs du portfolio

Le portfolio est un portefeuille de compétences. Il retrace l'acquisition de celles-ci durant les cinq années de formation.

Ce document est constitué de l'ensemble des réalisations de l'étudiant et contient les éléments suivants :

- 🌀 Synthèse rédactionnelle
- 🌀 Relevés de notes
- 🌀 Recherche de Littérature
- 🌀 Rapport de Cas Clinique
- 🌀 Carnet Clinique



Jean Pierre GUILLAUME
Directeur d'HOLISTÉA
Médecin, Ostéopathe

Sommaire

Sommaire	4
Introduction.....	5
1 Parcours de formation.....	6
2 Travaux rédactionnels	8
2.1 Introduction.....	8
2.2 Recherche de Littérature.....	9
2.3 Rapport de cas clinique	12
2.4 Travail réflexif.....	14
3 Parcours clinique	16
3.1 Ostéopathie, du concept à la pratique.....	16
3.2 Expérience clinique et thérapeutique	16
3.3 Retour sur l'expérience clinique.....	19
Conclusion	20
Annexes	21

Introduction

J'ai commencé très tôt à m'intéresser à l'ostéopathie. Mes parents y étant eux-mêmes sensibles, j'ai reçu ma première consultation à l'âge de 15 ans, au sein de la clinique ostéopathique. Depuis lors, l'idée de pouvoir soigner avec ses mains me passionne, et le cursus clinique m'a immédiatement séduit.

Après l'obtention de mon baccalauréat scientifiques, j'ai directement choisi de m'orienter vers une formation ostéopathique. Holistéa m'a rapidement semblé être le choix le plus pertinent. Le concept m'a très vite intéressé et les notions de psychologie et de psychosomatique ne m'ont pas laissé indifférent.

J'arrive aujourd'hui au terme de ma cinquième et dernière année de formation au sein de cette école et je me réjouis de ne jamais avoir perdu le moindre intérêt ou la moindre motivation que je nourrissais pour l'ostéopathie. Je suis maintenant capable de prendre en charge sans crainte et en toute sécurité tout type de patient, de le comprendre, et de le réorienter ou le conseiller si nécessaire.

Les différents enseignements dispensés au cours de mon cursus à Holistéa ont tous contribué à mon épanouissement et à ma transformation en thérapeute clinicien. Avec le recul que m'octroie l'achèvement de cette formation, je constate la transversalité des matières théoriques, ostéopathiques et cliniques. Nous aborderons ce contenu pédagogique dans ce portfolio, tout en évoquant la contribution de ces derniers à ma maturation de thérapeute ainsi que mes expériences personnelles.

1 Parcours de formation

Au cours de mon cursus, et ce dès la première année de formation, les sciences fondamentales telles que l'anatomie, l'histologie, la biomécanique ou encore la biologie m'ont été enseignées. Cet apprentissage, bien qu'essentiel, s'est avéré être assez compliqué durant ma première année compte tenu de la masse horaire importante qui y était consacrée et de la méthodologie qu'il m'a fallu adopter concernant l'apprentissage approfondi d'un grand nombre de connaissances.

L'enseignement dispensé à Holistéa m'a toujours semblé pertinent et efficace en particulier en ce qui concerne l'anatomie. Elle nous a été enseignée d'abord par systèmes (respiratoire, cardiovasculaire, endocrinien ...) puis à travers l'anatomie descriptive, beaucoup plus précise, et qui nous a ouvert les portes d'une connaissance parfaite du corps humain.

Les sciences médicales nous ont également été transmises comme par exemple la sémiologie, les conduites à tenir ou l'imagerie médicale. Autant de domaines qui m'apparaissent essentiels à l'exercice de thérapeute en libéral et qui nous ont préparés à devenir des praticiens de qualité.

Enfin les sciences humaines constituent elles aussi une part importante de la formation ostéopathe avec l'apprentissage de la psychologie et de la psychosomatique. C'est un des points forts d'Holistéa selon moi. En effet ces connaissances permettent de faire le lien entre le corps et l'esprit et comme l'explique le concept fondamental ostéopathe, les deux sont indissociables.

L'ensemble de ces enseignements m'a permis d'acquérir une base théorique solide, une connaissance des différentes structures et physiologies du corps humain, des pathologies qui peuvent l'atteindre et le monde médical de façon globale qui aujourd'hui forment mes armes en tant que thérapeute. Plus les connaissances dans ces domaines seront poussées plus la prise en charge d'un patient se montrera alors pertinente et efficace.

Dès la première année, en parallèle de l'enseignement théorique des cours de pratique nous ont été dispensés. L'Anatomie Palpatoire Ostéopathe (APO), une matière destinée aux étudiants de premières années, qui m'a permis de mettre en application la théorie, facilitant alors son apprentissage. Cette discipline essentielle m'a aussi fait comprendre que le corps humain ne se comporte pas toujours comme le voudrait la théorie et que les connaissances théoriques sont primordiales au développement d'une aptitude au diagnostic ostéopathe.

Durant les années qui ont suivi et toujours en parallèle d'un enseignement scientifiques riches, l'ostéopathie pure nous a été transmises à travers les différents outils dont elle dispose comme la main de forme, les attractions tissulaires (AT) ou encore le mouvement respiratoire tissulaire (MRT). Cette transversalité entre les matières a par la suite réveillé mon intérêt pour certaines matières théoriques telles que l'anatomie, la physiologie ou encore l'embryologie. C'est grâce à la pratique – notamment clinique- que je me suis posé des questions, auxquelles le retour à ces enseignements m'a permis de répondre.

J'ai pu, grâce à deux stages d'observation, me confronter à la réalité de la pratique de l'ostéopathie en cabinet mais également à la vie d'un service d'oncologie au sein de l'Hôpital de la Pitié Salpêtrière à Paris. Ces stages d'observation m'ont donné un aperçu du quotidien de praticiens de santé chevronnés, mais m'ont surtout permis de ressentir l'importance du contact et du lien avec le patient, et ainsi mis pour quelques heures dans la peau d'un clinicien.

2 Travaux rédactionnels

2.1 Introduction

Tout au long de mon cursus au sein d'Holistea, divers travaux rédactionnels ont été réalisés, et ce dès la première année. La nature de ces travaux a été relativement variée dans un premier temps (en fonction des matières dans lesquels ces derniers s'inscrivaient notamment), puis a pris une direction plus scientifique, globale et réflexive dans un second temps. C'est cette progression continue dans les exigences qui ont permis l'élaboration des travaux de fin d'études que sont la Revue de Littérature et la Rapport de Cas Clinique.

Ainsi, j'ai rendu au cours de mon premier cycle : un compte-rendu expérimental en biologie cellulaire portant sur les modifications de l'alcool sur les récepteurs GABA ; plusieurs travaux portant sur des cas cliniques en psychologie de l'adulte et de l'enfant, ainsi qu'un exposé d'une dizaine de pages à propos du passage à l'acte ; un dossier clinique type et un rapport d'observation clinique dans le cadre de l'observation clinique ; et en guise de conclusion de ce premier cycle un mémoire type bachelor d'une trentaine de pages composé d'une partie dossier clinique et d'une partie recherche scientifique, portant sur l'incidence de l'exposition des muscles à un environnement agravitationnel sur une longue période. Ces travaux rendus précédemment m'ont permis d'enrichir mes connaissances scientifiques dans différents domaines ou d'avoir une première réflexion sur la prise en charge ostéopathique et le dossier clinique. Le mémoire de fin de premier cycle concrétise la fin de l'acquisition des connaissances fondamentales et marque l'entrée dans une phase plus réflexive, nécessaire à l'entrée en clinique et à la pratique de mon futur métier d'ostéopathe. Il est également un préambule aux travaux de fin d'études que sont les mémoires RL et RCC.

La réalisation de la Revue de Littérature a été une expérience enrichissante, qui a nécessité rigueur, méthodologie, réflexion et bien sûr un grand travail de recherche en amont. Il m'a été nécessaire de me plonger dans la littérature scientifique et d'y porter un regard critique, tout en m'appropriant les nouvelles connaissances que les études lues et analysées ont pu m'apporter.

Fort de ces nouvelles capacités d'analyse et de recul, acquises grâce la réalisation du travail universitaire scientifique qu'est la revue de littérature, j'ai pu me consacrer à l'exercice du Rapport de Cas Clinique avec davantage d'aisance et de recul. Ce dernier retrace l'évolution d'un de mes patient au cours de sa prise en charge, tout en portant un regard critique sur cette dernière et sur mon évolution en tant que thérapeute.

2.2 Recherche de Littérature

Consommation de viande et carcinogénèse colorectale : étude des mécanismes de LPO et de NOC.

De tous temps, l'être humain a consommé de la viande pour subvenir à ses besoins nutritionnels. Principale source de protéines, de graisses et de fer, sa consommation a d'abord été restreinte, limitée par son mode d'acquisition : la chasse. Mais au cours de ce que les historiens nomment la "révolution Néolithique", les Hommes se sont peu à peu initiés à l'élevage. Bien que l'introduction de l'élevage dans la société humaine naissante ait participé à la sédentarisation, la production et la consommation de viande restent limitées entre la fin de la préhistoire et le XXe siècle. A l'époque, sa consommation est réservée aux travailleurs de force, ou encore à la noblesse ou aux classes favorisées. Ce n'est qu'après la Seconde Guerre Mondiale et l'émergence du marché global et l'instauration d'une société de consommation que la production et la consommation à grande échelle de la viande sont apparues, bouleversant ainsi la culture paysanne, les territoires et nos habitudes alimentaires. La viande devient alors un bien échangeable, soumis aux lois du marché. Ainsi, elle est devenue très facile d'accès et peu onéreuse, ce qui peut être illustré par l'apparition et la popularité des *Fast Foods*. Mais la part grandissante que la viande occupe dans notre alimentation, que l'on pourrait qualifier de "surconsommation", n'est pas totalement anodine, notamment sur les questions de santé publique. En effet, une consommation de viande importante, dans le cadre d'une alimentation de plus riche en graisses et en sucres, et pauvre en apports végétaux est corrélée avec de nombreuses altérations de l'état de santé : hypercholestérolémie, hypertension, goutte, surpoids, obésité, et plus récemment : cancer colorectal. Deuxième type de cancer derrière le cancer du poumon dans les sociétés occidentales, en termes d'incidence et de mortalité, le cancer colorectal constitue aujourd'hui un défi majeur pour la médecine et la recherche. De nombreuses hypothèses ont été émises, quant à la contribution de certains composés de la viande rouge ou transformée, dans le cadre de réactions ayant lieu dans le tube digestif. Les éléments pointés du doigt à l'heure actuelle sont les graisses, les acides aminés (issus des protéines animales) et le fer héminique. Le fer héminique participe aux réactions de peroxydation lipidique et de nitrosation des amines, dont le rôle contributeur à la carcinogénèse colorectale est établi depuis plusieurs dizaines d'années maintenant. Mais il demeure de nombreuses inconnues, notamment concernant la contribution exacte des éléments constitutifs de la viande à ces réactions, mais également concernant la contribution et les mécanismes précis de ces réactions vis-à-vis de la carcinogénèse colorectale. C'est à ces interrogations que nous tenterons de répondre dans le cadre de ce travail.

Première Partie : Cancer colorectal et consommation de viande : un sujet de société aux multiples implications

Cette partie, elle-même divisée en 3 sous-parties, permet de présenter tous les éléments nécessaires à la compréhension du sujet, mais permet également d'articuler la réflexion autour d'une problématique à laquelle nous tenterons de répondre dans la suite du travail.

La première sous-partie vise à présenter la viande, en faisant un état des lieux de sa consommation, en s'intéressant aux différents types de viande existants et à leur classification, mais également à leur place nutritionnelle dans l'alimentation. Elle s'intéresse également au cancer colorectal, en abordant son épidémiologie et sa prévalence, ainsi que ses facteurs de risques connus.

La deuxième sous-partie porte sur les fondamentaux scientifiques nécessaires à la compréhension du sujet. Y sont abordés la physiopathologie du cancer colorectal, la cancérogenèse et la régulation cellulaire, la physiologie digestive de la viande et de ces éléments constitutifs que sont les lipides, le fer et les protéines.

Enfin, la troisième sous-partie fait un focus sur l'implication supposée du fer héminique dans la carcinogenèse colorectale, en introduisant les mécanismes étudiés dans ce travail : la peroxydation lipidique (LPO) et la nitrosation des amines (NOC). Elle permet de faire la synthèse de la première partie et de soumettre une problématique, explorée en seconde partie de ce travail. La problématique ainsi dégagée : **Quelle est la contribution des réactions de LPO et NOC à la carcinogenèse colorectale dans le cadre d'une consommation de viande rouge ou transformée, et quels éléments présents dans l'alimentation humaine présentent un effet modulateur sur l'une ou l'autre réaction ?**

Seconde partie : Analyse critique d'études portant sur LPO et NOC

Dans cette partie, un ensemble de 18 études sont résumées, analysées et commentées. Ces études sont réparties en 3 groupes : Etudes portant sur NOC, Etudes portant sur LPO, et Etudes portant sur LPO et NOC. La répartition des études par groupe thématique a son importance dans l'approche du questionnement, mais rend plus difficile l'analyse critique en tant que telle, tellement les protocoles expérimentaux et les types d'études sont variés sur la question. Ainsi, on retrouve des études statistiques, prospectives ou rétrospectives, se basant sur un modèle humain et reposant le plus souvent en partie sur des questionnaires alimentaires standardisés. On retrouve également des protocoles expérimentaux in vitro et in vivo, pratiqués sur des rats ou des souris mutées, ou bien simplement leurs cellules isolées. Il n'y a pratiquement aucune étude in vivo sur l'homme, car il n'est pas possible selon l'éthique scientifique d'induire de manière volontaire une maladie telle qu'un cancer colorectal à un être humain.

L'analyse de l'ensemble des données présentées dans les études sélectionnées pour ce travail nous permettent de tirer un certain nombre de conclusions et d'hypothèses à propos des mécanismes de LPO et de NOC dans la carcinogenèse colorectale dans le cadre d'une consommation de viande. Ainsi, il est mis en évidence que les graisses (principalement les acides gras poly-insaturés) et le fer héminique présents dans les viandes rouges et transformées sont les principaux contributeurs à la réaction de peroxydation lipidique. L'absorption de graisses dans le tube digestif entraîne la formation de composés réactifs oxygénés ROS et d'aldéhydes primaires et secondaires, dont les principaux représentants sont 4-HNE et MDA. 4-HNE est impliqué dans la cytotoxicité et la génotoxicité de cellules intestinales à pouvoir mutagène, tandis que MDA présente un potentiel génotoxique et

s'avère hautement mutagène. Le fer héminique est lui associé à une forte cytotoxicité fécale, entraînant une apoptose cellulaire. Mais cette apoptose peut résulter en une sélection positive des cellules adénomateuses mutées de par la contribution du gène Nrf2, qui confère un caractère protecteur aux cellules mutées après avoir été activé par la présence d'aldéhydes. La contribution du fer héminique à la formation d'aldéhydes est une hypothèse fortement envisagée, et reposerait sur les mécanismes de transport du fer à travers la membrane intestinale et sur son cycle d'oxydo-réduction (cycle de Fenton). Mais ce mécanisme potentiel n'est pas encore élucidé avec précision. Le microbiote intestinal serait un facteur contribuant au mécanisme de transport du fer héminique à travers la muqueuse intestinale, en ouvrant la barrière mucoale via les ponts sulfides. Enfin, il ressort de manière significative que l'ingestion d'aliments au potentiel anti-oxydant, tels que les fruits, les légumes, le thé ou le café a un effet protecteur sur la carcinogenèse colorectale en inhibant la réaction de peroxydation lipidique, et donc la production d'aldéhydes au pouvoir mutagène et cytotoxique, et le stress oxydatif. Cette action repose sur la réaction d'oxydo-réduction, mais le mécanisme précis n'est pas décrit dans les études sélectionnées.

Concernant la réaction de nitrosation des amines, il ressort qu'elle est favorisée par l'action conjointe du fer héminique et des substances nitrées présentes dans les viandes transformées, ayant souvent reçu un traitement nitritique. Ainsi, l'ingestion de ces éléments entraîne la formation de NOCs endogènes, et donc de produits alkyles, et de fer nitrosylé. Les produits alkyles, dont le plus fortement mis en cause est O6-Meg, sont impliqués dans la mutation des gènes P53, KRAS et APC. Cela qui a pour effet d'inhiber le système de régulation tumorale cellulaire et de favoriser le développement de cellules anormales, et favorise à terme le développement de lésions prénéoplasiques, et donc de cancer colorectal. Le rôle du fer nitrosylé n'est pas entièrement élucidé, mais ce dernier contribuerait à l'oxydation et à l'inflammation dans le colon, favorisant ainsi la dérégulation des mécanismes de contrôle de la carcinogenèse. Il ressort que la vitamine C et la vitamine E inhiberaient la carcinogenèse colorectale dans le cadre de la réaction de NOC, mais les auteurs ne sont pas unanimes, et leur mécanisme d'action est encore inconnu.

Conclusion et ouverture :

Outre les perspectives thérapeutiques que permet une meilleure compréhension des réactions se produisant lors du développement du cancer colorectal, les résultats exprimés par les auteurs permettent de dégager des recommandations diététiques. Il apparaît ainsi nécessaire de réduire notre consommation de viande rouge et transformée, et donc de diversifier les sources d'apport en acides gras et protéines. Adapter notre régime alimentaire à notre consommation de viande apparaît également nécessaire, en augmentant par exemple l'absorption d'aliments riches en anti-oxydants naturels ou en calcium.

Après avoir étudié de manière précise l'impact de la consommation de viande sur l'incidence du cancer colorectal, et en ayant en tête les désordres métaboliques que cette consommation entraîne, il apparaît comme une évidence de s'interroger : L'être humain est-il conçu physiologiquement pour consommer et digérer de la viande ?

2.3 Rapport de cas clinique

Le rapport de cas clinique présenté ici suit la prise en charge ostéopathe de madame O, une femme de 60 présentant des lombalgies, des cervicalgies et des migraines chroniques, sur un total de 9 consultations à la clinique Holistea. Ces douleurs chroniques s'inscrivent dans une histoire de vie difficile, où la patiente a connu des événements médicaux et personnels parfois très difficiles.

Nous aborderons ce cas clinique en trois parties. La première partie vise à présenter la patiente dans sa globalité, afin de cerner les enjeux de la prise en charge. La deuxième partie s'intéresse aux évolutions clinique et ostéopathe de la patiente, qui s'est révélée parfois difficile mais riche d'enseignement. Enfin la troisième partie sera un espace de discussion où différents aspects de la prise en charge, les réflexions et les enseignements tirés seront étudiés.

Partie 1 : Dossier clinique

Cette partie est une retranscription détaillée du dossier clinique de la patiente réalisé au cours de la prise en charge. Y sont abordés tous les éléments du dossier à savoir : Présentation de la patiente (générale, antécédents familiaux, traitements) ; Ligne de vie et son instruction ; Résumé de la PEC précédente ; Examen clinique ; Discussion de prise en charge ; Marqueurs d'état de santé et critères de jugement associés ; Analyse de résultats ; Projet thérapeutique et rythme de la prise en charge. Ces éléments sont une restitution fidèle mais légèrement plus fouillée du contenu du dossier, et ne présente pas réellement d'analyse ou de réflexions particulières, si ce n'est celles qui ont eu lieu lors de la réalisation du bilan de début de prise en charge.

Partie 2 : Bilan d'évolution de la patiente

Concernant l'évolution de la patiente, on retrouve une évolution clinique globalement positive, notamment au niveau des marqueurs discrets comme les troubles du sommeil ou l'anxiété, mais aussi au niveau des plaintes « symptomatiques » de la patiente, notamment au niveau des migraines et des lombalgies (irradiation sciatique principalement). Il serait galvaudé de dire que la patiente va mieux à l'issue de ma prise en charge, au regard de son état de santé, réel et ressenti. Mais je peux toutefois me targuer d'avoir peut-être participé à une stabilisation de son état clinique en détérioration, au cours d'une année très difficile pour elle et son entourage.

L'évolution ostéopathe est également intéressante. J'ai régulièrement constaté lors de mes réévaluations de fin de séance ou de début de séance prochaine une évolution ostéopathe favorable des espaces traités, mais ces changements n'ont ensuite pas tenu dans le temps et ont nécessité d'être réexaminés à distance, afin d'observer des changements non seulement plus qualitatifs, mais plus durables. Cela a été pour moi une formidable occasion pour remettre en question mon approche ostéopathe, car il m'a été nécessaire de pousser

encore plus loin la précision de mes bilans et réévaluations et la notion de globalité, points me faisant régulièrement défaut lors de mes différents débuts de prise en charge. Je ne me suis pas senti réellement être mis en échec car j'ai su faire les bons choix lorsque je me suis trouvé en difficulté, et ces derniers se sont révélés globalement judicieux.

Concernant l'avancée du projet thérapeutique, on peut dire qu'il a été partiellement rempli, et qu'il aurait peut-être mérité d'être redéfini au cours de ma prise en charge. L'alliance thérapeutique forgée avec la patiente a été très bonne, cette dernière étant toujours enthousiaste au cours des entretiens et en fin de consultation, et je pense avoir pu lui apporter ce moment de bien-être et de coupure avec le réel, parfois difficile, dont elle avait besoin. J'ai donc réussi à maintenir un état de santé relativement stable, et pu constater de bonnes améliorations cliniques et de qualité de vie, même si cela ne transparaît absolument pas dans la comparaison des MOS. Les résultats du MOS SF 36 m'ont surpris, et même déçu d'un premier abord. En effet, l'évolution défavorable de la dimension mentale, et surtout l'absence d'amélioration de la dimension physique m'ont interpellé. Mais cette constatation parle d'elle-même : la patiente est cette année dans une période de sa vie où les événements, son passif et ses limitations propres s'expriment de concert, ce qui a, d'une manière ou d'une autre, un impact sur son état de santé général.

Partie 3 : Discussion et conclusion

Dès le premier regard sur le dossier, avant même le début de la prise en charge, il était assez clair pour moi que la présence de plaintes aussi prégnantes et anciennes que les migraines, les lombalgies et les cervicalgies traduisaient une atteinte de l'état de santé beaucoup plus profonde que les simples manifestations physiques. Je pense avoir su en tenir compte au cours de ma prise en charge, mais je regrette toutefois de ne pas avoir pris l'initiative de creuser plus profondément les périodes d'enfance et de jeunesse de la patiente, pourtant très riches éléments de vie, ni d'avoir remis sur la table la question d'un potentiel suivi psychologique ou psychanalytique. L'alliance thérapeutique s'est nouée doucement au fil des consultations, mais ce n'est qu'à partir de la 4^e séance qu'elle s'est réellement manifestée suite à l'évènement dramatique dont a été victime la belle fille de la patiente. En effet, après cette consultation j'ai beaucoup plus axé mon discours sur les notions de ressenti émotionnel et de relation avec les autres.

Cette prise en charge a ainsi été pour moi extrêmement formatrice, et ce, peut-être malgré elle. En effet, lors de cette année de pratique au sein de la clinique j'ai eu le sentiment de ne pas vivre des prises en charges trop complexes, dans le sens où les patients que je suivais présentaient dans leur très grande majorité des plaintes « communes » qui n'ont pas réussi à susciter chez moi de réflexions avancées malgré la spécificité de chacun. Mais est arrivé un moment où j'ai voulu donner plus de sens à ces suivis, en poussant plus loin le processus réflexif. Ainsi, la prise en charge de Mme O. illustre parfaitement ce changement de posture thérapeutique et m'a permis de constater mes manques sur un suivi que je considérais comme complet et de qualité.

2.4 Travail réflexif

Concernant la Recherche de Littérature

C'est au cours d'une visite à la Bibliothèque Inter-Universitaire de Médecine (BIUM) de Paris-Descartes que le choix du sujet de ce mémoire a débuté, l'accès à de nombreuses ressources scientifiques étant très grand en ces lieux. Ici, une première sélection d'études a été réalisée, et les premiers termes du sujet établis. C'est au cours des mois qui ont suivis et des rencontres tutorales que le sujet et la problématique se sont progressivement affinés. En effet, mon idée de départ était de travailler sur le rapport entre viande rouge et cancer colorectal, mais ce sujet était trop large et peu précis. J'ai ensuite décidé de m'intéresser plus particulièrement, à la suite de recherches et de lectures d'articles, à une problématique centrée sur l'implication du fer héminique, et donc de la viande rouge, dans le cancer colorectal. Finalement, ce sujet s'est avéré une fois de plus trop large et aucune problématique franche n'en ressortait. J'ai ainsi décidé de franchir une nouvelle étape dans la précision du thème étudié, ce qui m'a conduit à adopter le thème actuel du mémoire et sa problématique associée : l'étude des réactions de peroxydation lipidique et de nitrosation des amines et leur implication dans le cancer colorectal dans le cadre d'une consommation de viande.

Mes connaissances concernant les mécanismes de la carcinogenèse, la physiologie du cancer colorectal et la biochimie digestive étant relativement limitées au début de ce travail, il m'a fallu trouver des ressources telles que des cours universitaires (mis à disposition en ligne) ou des articles scientifiques pour comprendre en profondeur ces différents mécanismes. Cette étape du travail a été pour moi extrêmement enrichissante, car elle m'a permis d'étayer mes connaissances médicales dans des domaines que je n'aurai peut-être pas eu l'occasion d'aborder avec précision au cours mon cursus ostéopathique. La lecture de nombreuses méta-analyses et revues de littératures m'ont permis d'avoir un état des lieux de la recherche sur les sujets auxquels je m'intéressais, et par la suite de m'orienter vers le thème et la problématique choisie, sans reproduire ou imiter des travaux déjà existants.

Toutes les études lues, analysées et étudiées sont rédigées en langue anglaise. Ayant la chance de posséder un niveau d'anglais très acceptable, cela n'a pas été un réel frein pour moi. Une analyse critique de synthèse de chaque groupe a été réalisée, ce qui a nécessité beaucoup de rigueur et d'efforts de compréhension et de prise de recul.

Ce travail m'a permis d'élaborer une méthodologie de lecture et d'analyse d'études et d'articles scientifiques, ce qui me sera utile et précieux pour rester au fait de l'actualité médicale et scientifique lors de mon futur exercice professionnel.

Concernant le Rapport de Cas Clinique

A travers cet exposé, nous avons pu retracer et détailler la prise en charge ostéopathique d'une patiente afin de suivre son évolution mais également d'aborder mon cheminement de thérapeute, mes réflexions, mes succès, mes échecs et mes doutes.

Toute la réflexion et la prise de recul demandés pour ce travail m'ont permis de me remettre en question sur le plan ostéopathique pur, mais également sur le plan du statut de clinicien, où rien ne peut être laissé au hasard. J'ai pu constater que j'avais réussi à me remettre en question au bon moment, sans avoir été réellement confronté à une situation d'échec, et que cette prise en charge, comme bien d'autres, ont contribué à mon évolution en tant que clinicien et fait mesurer tout ce que j'avais pu apporter ou ne pas apporter à la patiente.

Enfin, tiens souligner l'intérêt majeur de ce travail de rédaction de rapport de cas clinique qui permet un certain recul sur la prise en charge. Il m'a ainsi permis de constater les points forts et les points faibles de ce suivi, mais surtout de mettre en lumière l'évolution des axes réflexifs qui ont mûri avec le thérapeute que je suis devenu.

3 Parcours clinique

3.1 Ostéopathie, du concept à la pratique

Des cours de concepts nous ont été dispensés dès la deuxième année de formation. Les notions essentielles à la pratique ostéopathique comme la vision globale du patient en considération de son histoire de vie et de son environnement, ont d'abord demeuré assez floues pour les étudiants de deuxième année que nous étions. La quatrième et la cinquième année ont été pour moi comme un déclic. Les cours de clinique dirigés au cours desquels nous suivions un patient (un autre étudiant) sur plusieurs consultations, nous ont permis de nous préparer correctement à notre entrée en clinique en fin de quatrième année.

Une fois en clinique, ce concept a littéralement pris vie en moi et m'est apparu bien plus concret. J'ai réalisé à quel point certains éléments de l'histoire ou de l'environnement d'un patient pouvaient jouer sur son état de santé et combien il était important de conserver le concept fondamental ostéopathique en tête à chaque étape de notre évolution en tant que thérapeute.

3.2 Expérience clinique et thérapeutique

En plus de mes 389 consultations réalisées au sein de la clinique Holistea, j'ai eu la chance de pouvoir pratiquer l'ostéopathie dans différents contextes, tous très enrichissants. Ainsi, j'ai participé à un stage en unité de soins palliatifs au CHU de Pontoise pour un total de 6 demies journées. J'ai également participé à un stage en centre d'accueil de migrants au CADA de Beauchamp, à raison de 2 demies journées, au cours desquelles j'ai pu voir un certain nombre d'enfants en bas âge. Enfin, j'ai pu participer à 2 événements sportifs (au travers de l'Assistance Ostéopathique) : les OJO de l'EDHEC à Roubaix (jeux multisports inter-écoles ; 2,5 jours) et le Mondial du Vent à Leucate (2,5 jours de pratique également).

<i>Type de consultation</i>	<i>Lieu de consultation</i>	<i>Nombre de consultations</i>	<i>Pourcentage de représentativité</i>
<i>Pôle clinique interne</i>	Clinique Holistea	389	83 %
<i>Pôle Pédiatrique</i>	Clinique Holistea et CADA	9	1,9 %
<i>Pôle sportifs</i>	Evènementiels	52	11 %
<i>Soins palliatifs</i>	CHU pontoise	18	3,8 %
Total		468	

La pratique au sein de la clinique durant une année a été extrêmement formatrice et riche d'expériences et d'enseignements. J'ai pu me confronter à un public varié, en termes de symptomatologie, de situation psychosociale ou d'antécédents médicaux lourds, mais moins en termes de classe d'âge. En effet, on peut voir dans le tableau ci-dessous, que les classes d'âges les plus représentées sont celles qui fréquentent le plus les cabinets d'ostéopathie : les 40-70 ans. De nombreux tableaux cliniques étaient similaires et cela m'a permis d'affiner mes perceptions et ma pratique par soucis du détail et de la spécificité de chacun. Si je dois exprimer un regret, ce serait l'absence de consultations pédiatrique, en particulier sur les bébés et la petite enfance. Mais ces manques au sein de la clinique ont pu être comblés grâce aux interventions extérieures, au cours desquelles j'ai pu poser les mains sur des enfants en bas âge et des bébés.

<i>Age des patients</i>	<i>0 à 3 ans</i>	<i>4 à 20 ans</i>	<i>20 à 40</i>	<i>41 à 60 ans</i>	<i>61 ans et plus</i>
<i>Pourcentage</i>	0%	5%	18%	31%	46%

<i>Nombre de consultations par patient</i>	<i>1 à 3 consultations</i>	<i>4 à 7 consultations</i>	<i>8 à 10 consultations</i>	<i>11 à 15 consultations</i>	<i>plus de 15 consultations</i>
<i>Pourcentage</i>	22%	37%	29%	12%	0%

Tableaux de statistiques de l'expérience clinique et thérapeutique (FAUCONNET)

J'ai pu suivre la plupart de mes patients sur 4 à 10 consultations, ce qui m'a permis de réaliser des prises en charges de qualité, avec des objectifs et des résultats s'inscrivant dans le temps. Cela est également une occasion formidable de suivre l'évolution d'un patient, et par conséquent de réfléchir sur ma posture de thérapeute et à prendre du recul sur mes choix, le tout dans l'intérêt du patient.

Cette évolution du patient peut être mesurée et argumentée à l'aide du dossier clinique, un outil puissant, structuré de manière à avoir un aperçu global mais précis du patient et dans lequel figurent les notions de suivi, d'évolution et de questionnement. Au sein de ce dossier clinique, les principaux témoins de l'évolution de l'état de santé global du patient sont les marqueurs de l'état de santé et leurs critères de jugement associés. Cela permet une appréciation subjective du patient sur la perception de son état de santé, et sur ses évolutions, favorables ou non. Les tableaux ci-dessous présentent les marqueurs d'état de santé que j'ai le plus rencontrés lors de ma pratique clinique, et leur évolution générale.

<i>Marqueurs de l'état de santé</i>	<i>Fréquence d'altération en pourcentage</i>
<i>Lombalgies</i>	67%
<i>Troubles digestifs</i>	18%
<i>Céphalée/migraine</i>	12%
<i>Anxiété</i>	35%
<i>Cervicalgies</i>	43%
<i>Troubles du sommeil</i>	54%

<i>Critères de Jugement utilisés</i>	<i>Evolution globale des CDJ lors de la prise en charge en ostéopathie</i>
<i>EVA Douleur</i>	<i>Positive</i>
<i>EVA gêne</i>	<i>Très positive</i>
<i>Prise médicamenteuse</i>	<i>Moyenne</i>
<i>Qualité du sommeil</i>	<i>Positive</i>
<i>Fatigue</i>	<i>Moyenne</i>
<i>Irradiations</i>	<i>Légèrement positive</i>
<i>Pourcentage de CDJ à évolution favorable</i>	<i>63 %</i>

Tableau de statistiques de l'expérience clinique et thérapeutique (FAUCONNET)¹

¹Tous les résultats présentés sont issus de consultations entières et validées au sein de la clinique Holistéa. L'ensemble des dossiers est consultable à la clinique Holistéa.

3.3 Retour sur l'expérience clinique

Mes débuts à la clinique se sont montrés très difficile. Mes anamnèses n'étaient souvent pas assez poussées, j'oubliais certaines choses et j'en négligeais d'autres. J'ai eu du mal à aborder les questions sensibles autour de la sphère psychologique comme par exemple les décès, les divorces, le rapport aux parents ou autres évènements potentiellement traumatisant pour mes patients.

D'autres part il m'a été aussi difficile lors de mes premiers bilans de réussir à comprendre l'organisation globale du corps de ces derniers.

Au fur et à mesure, au cours la cinquième année, j'ai cherché à travailler sur mes points faibles et je me suis vu m'améliorer par pallier. Petit à petit, je me suis construit en tant que thérapeute en trouvant la place qu'était la mienne au sein de la consultation, en cherchant à ne rien laisser au hasard concernant l'état de santé de mes patients, leur environnement et leur histoire de vie, ainsi qu'en travaillant sur ma capacité à réaliser des bilans ostéopathiques pertinent et efficace.

Aujourd'hui je considère que la clinique Holistea est une chance incomparable, une occasion de se préparer et de se construire, la possibilité d'échouer et d'apprendre de nos erreurs et en particulier en ce qui concerne les phases de traitements et la perception du patient.






Conclusion

Ce cursus au sein de l'école Holistea m'aura apporté de solides connaissances scientifiques et médicales grâce aux enseignements théoriques, mais également des capacités d'analyse, de réflexion et de rédaction grâce aux travaux produits pour l'obtention du diplôme d'ostéopathe D.O. Maintenant titulaire du diplôme, j'ai une soif de pratique de l'Ostéopathie plus forte que jamais mais également une curiosité et une ouverture d'esprit qu'ont su me conférer les enseignements reçus et le nombre important de consultations réalisées au sein de la clinique ostéopathique.

L'expérience clinique est parmi toutes les choses que cette formation a pu m'apporter celle que j'estime avoir le plus de valeur, et qui a nécessité recul, travail et abnégation pour devenir le thérapeute que je suis aujourd'hui.

Je ressors de cette formation grandi et aguerri, fort d'une solide expérience clinique qui a su me faire me remettre en question et m'ouvrir à l'Humain, ce qui est pour moi, la plus belle des choses.

Annexes (non inclus dans le PDF)

-  Maquette de formation
-  Relevés de notes
-  Recherche de Littérature
-  Rapport de cas clinique
-  Carnet clinique