



Vous avez dit gynécologie intégrative ?

Elisabeth Latour-de Mareuil, Paris (75)



Introduction

Premier point de vocabulaire. Ne confondons pas « médecine intégrative » et « médecine intégrée ». La médecine intégrée se rapporte à un réseau de soins conventionnels. Elle a comme base le parcours de soins, organisé par les professionnels de santé conventionnels. Son coordinateur est le médecin traitant, interlocuteur obligatoire de chacun des praticiens. Son objectif est l'optimisation des dépenses de santé publique. Le terme médecine intégrative est utilisé pour désigner le recours simultané à la médecine conventionnelle et aux médecines alternatives dans le suivi d'un patient. La médecine intégrative réunit plusieurs approches médicales complémentaires dans une situation clinique donnée [Wikipédia].

Sa réalité officielle est récente, au début des années 1990 aux Etats-Unis, grâce aux travaux des Drs David Eisenberg et Andrew Weil. Ils ont déterminé que la santé dépend pour 10% de l'accès aux soins, pour 20% de la génétique, pour 20% de l'environnement et pour 50% des comportements. Parallèlement l'évolution des modes de vie, notamment en ce qui concerne l'alimentation, la gestion du stress et le bien-être en général doivent donc faire partie de la conception des soins de santé. Le patient est fortement acteur, et la relation entre le patient et le praticien devient très significative. Certains ont jugé - avec condescendance - qu'il ne s'agissait « que » d'un effet placebo ou démagogique. D'autres y voient la thérapeutique de demain et l'étudiant en médecine de ville mais aussi en médecine hospitalière. Les premières recommandations d'utilisation préférentielle d'outils thérapeutiques issus de médecines complémentaires ont été publiées par la *Mayo Clinic of Rochester (USA)* et le *Oxford handbook of complementary medicine (Royaume-Uni)* pour des problèmes courants en médecine interne générale. Malheureusement il semblerait que l'Homéopathie n'ait pas été testée dans ces publications.

Aujourd'hui les médecines complémentaires font l'objet de recherches de plus en plus intensives, notamment aux Etats-Unis et en Allemagne.

La Gynécologie est depuis peu pluridisciplinaire

La profession de sage-femme est le deuxième métier le plus vieux du monde, et a été reconnue dans tous les peuples de toutes les civilisations. Seules des femmes pouvaient soigner des femmes, surtout dans leur intimité. La connaissance des plantes était un domaine féminin. Une autre particularité de ce métier a toujours été l'absence d'exploitation commerciale du malheur, par exemple lorsque les accouchements ne se passaient pas bien (pas de vente de médicaments supplémentaires, pas d'offrandes aux divinités).

Chez les Hébreux, dans la Grèce antique, aucun homme ne pouvait en respectant la décence soigner une femme en gynécologie. Heureusement les sages-femmes étaient bien formées, et avaient aussi de solides connaissances juridiques. Elles étaient respectées pour leur intelligence, leur habileté et leur science en diagnostic, thérapeutique et recherche clinique. A Rome il y a trois niveaux de compétences. Sages-femmes inférieures, expérimentées, et excellentes. L'apogée des connaissances est atteinte avec l'école de Salerne, qui reste la première Université occidentale après le déclin de Rome. Trotula y enseigna au XIII^e siècle et son influence a été majeure sur la médecine française. Mais l'Eglise et la société civile ferment aux femmes l'accès à la formation uni-

versitaire (Paris, 1210) puis aux connaissances acquises par compagnonnage (les chirurgiennes sont évincées en 1561). Seules des femmes très riches ou inuentes ont les moyens de mobiliser les praticiens à leur service. La pluridisciplinarité est alors une concurrence féroce. On a beaucoup reproché aux sages-femmes une ignorance dans laquelle elles étaient soigneusement maintenues. Cela dit les compétences des médecins étaient elles aussi limitées.

En 1945 le Code de la Santé publique régleme les professions médicales. Nos Maternités sont organisées comme des entreprises, avec des praticiens de plus en plus spécialisés. La pluridisciplinarité devient transversalité, en médecine conventionnelle et en médecine intégrative.

Les patientes sont aussi de plus en plus actives : charte du patient hospitalisé, consentement éclairé, parcours de soins. Nous sommes là dans la médecine intégrée.

La médecine de la reproduction est un enjeu social majeur

Les historiens ont coutume de dire que lorsque les soins médicaux sont limités, en temps de paix les femmes meurent jeunes et les hommes âgés, alors qu'en temps de guerre les hommes meurent jeunes et les femmes âgées. De fait en 1900 une femme sur cinq mourait de sa condition de femme, indépendamment de sa charge de travail : grossesse extra-utérine, fausse couche, grossesse compliquée, accouchement dystocique, hémorragie secondaire aux bromes, sans parler des infections génitales hautes ou des cancers du sein, de l'ovaire et de l'utérus. La médecine générale a fait beaucoup de progrès depuis la fin du XIX^{ème} siècle. En allongeant considérablement la durée de vie totale, c'est la partie de la vie sans survie de maternité qui a le plus progressé. L'âge moyen de la ménopause a peu bougé, mais l'état de santé des femmes à ce moment-là a beaucoup progressé.

Dans la seconde moitié du XX^{ème} siècle apparaît la notion d'hémorragie gynécologique. Jusque-là, la période fertile était la partie la plus longue de la vie des femmes, et elles saignaient du fait des menstruations. Il y avait donc deux dates importantes dans le cycle d'une femme : le premier jour de ses règles (je ne suis pas enceinte) et le premier jour sans règles (je n'ai pas eu d'hémorragie). Ces stress majeurs à répétition sont oubliés aujourd'hui, la contraception est un dû, et elle doit être simple et sûre.

La Gynécologie-Obstétrique pourrait être une vraie chance pour la médecine intégrative française

Aujourd'hui les patientes, veulent être actives de leur santé. Cela inclut qu'elles peuvent donner des orientations dans les

choix thérapeutiques. Elles posent beaucoup de questions sur les balances bénéfices-risques dans deux domaines : la contraception et la grossesse.

En contraception, nous assistons actuellement en France à un « hormones bashing ». Nous n'avons jamais posé autant de stérilets au cuivre, mais ils ne conviennent pas non plus à toutes, ce qui engendre de grandes déceptions. L'homéopathie, l'acupuncture, l'ostéopathie offrent quelques rattrapages pour la tolérance de la contraception.

Les patientes demandent une contraception avec l'homéopathie. Certains ont suggéré qu'un granule homéopathique posé entre les genoux de chaque partenaire restait une méthode efficace tant que ni l'un ni l'autre des granules ne tombait. Je revois notre Maître Max Tétou, du haut de ses quatre-vingts ans, répondant « Aucune imagination ! »

Pour que la prescription de médecine intégrative reste sûre, il faut que le diagnostic soit fait en premier. Celui-ci peut être certain ou provisoire, mais il est obligatoirement posé. Le diagnosticien, en fonction de sa connaissance des outils thérapeutiques, pourrait être le mieux à même de les choisir. Stratégiquement elles sont alors complémentaires et non rivales.

Chacun fonde ses apprentissages sur sa formation initiale. En France, la médecine conventionnelle est principale, les autres ne sont présentés à l'Université que comme des outils de soins secondaires. C'est oublier que chaque thérapeutique a des zones d'ombre et des zones de lumière. Plus les outils seront nombreux et divers, plus la zone d'ombre résiduelle diminuera.

Voyons ce qui s'est passé avec l'hypnose. Elle est passée en peu d'années d'un charlatanisme pour gogos crédules au statut d'anesthésie noble. Il a suffi de quelques études en IRM fonctionnelle pour que la médecine conventionnelle s'extasie et se l'approprie : pratiquée par des médicaux et paramédicaux elle est désormais appelée « hypnose médicale », et chaque université a des listes d'attente pour s'inscrire au diplôme universitaire. J'ai sûrement mauvais esprit, mais j'imagine que sous peu, dès que les hypnothérapeutes médicaux seront assez nombreux, les anciens seront priés de chercher un nouveau métier.

En ce qui concerne l'acupuncture, les diplômes obtenus en Chine ne valent rien en France. Ils ne permettent même pas de passer une équivalence, celle-ci n'est pas organisée, sauf pour les praticiens médicaux conventionnels. Par ailleurs ceux qui sont reconnus diplômés sont empêchés de travailler par un montant d'honoraires (honoraires = qui honore un métier) qui ne permet pas de dégager un salaire. Néanmoins elle est indiquée pour les vomissements gravidiques, faire tourner le fœtus en présentation du siège, et pour le sevrage tabagique. Cela dit autant d'études pour si peu d'utilisations...

Pour l'homéopathie, qui a réussi à s'adapter aux contraintes de la Sécurité Sociale en fragmentant l'interrogatoire sur plusieurs consultations, c'est le déremboursement des médicaments qui a été la sanction. Le laboratoire Boiron vient d'illustrer le proverbe « nul n'est prophète en son pays ». Pourtant, il ne manque pas grand-chose... probablement du temps et quelques obligations de résultats.

Pour être reconnue, il faut actuellement qu'une thérapeutique « ait fait ses preuves ». Tout est dit. Car pour être une preuve, il faut qu'elle réponde aux critères utilisés en médecine conventionnelle. Le mieux-être des patients n'est pas un critère d'efficacité, bien que les échelles

de qualité de vie soient des outils reconnus. Pourtant il est intuitif que si un patient se sent mieux après un traitement, c'est rare qu'il aille en réalité plus mal.

Il suffit de modifier les critères de sélection d'une étude pour que celle-ci soit immédiatement invalidée. Là encore le manque de respect pour le travail des autres est patent. Quand les critères ne sont pas donnés avant l'étude ou changés après celle-ci, l'honnêteté intellectuelle est remise en cause. C'est ce qui s'est passé avec le rapport du Conseil de Santé australien (NHMRC) contre l'homéopathie. Une plainte a été déposée pour manipulation des données, affaire que je vous invite à suivre.

CONCLUSION

Ce genre d'affaire risque d'être de plus en plus fréquent car les patients refusent désormais d'obéir aveuglément. Les patients seront donc les initiateurs les plus efficaces et les grands gagnants de la médecine intégrative. Ils sont en cela soutenus par les mutuelles et autres assurances non obligatoires. Celles-ci offrent depuis plusieurs années déjà des budgets pour le choix contraceptif, l'ostéopathie, la diététique. Les employeurs, par le biais des comités d'entreprises, favorisent les stages de sport. Les étudiants en médecine actuels semblent prêts à recevoir une initiation à la médecine intégrative. A force de se désengager, les autorités de tutelle feront perdre à la médecine conventionnelle son leadership naturel.

Elisabeth Latour-de Mareuil

BIBLIO

Gambiez-Joumard Ariane, Difficultés ressenties par les femmes pour le suivi gynécologique, Thèse de Médecine, Université de Saint-Etienne, 2010

Graz B., Schooper D., Complementary and alternative medicines [CAM] : towards an « evidence-based » consensus in the university hospital. Rev Med suisse 2009 ;5(229) :2524-6 (english abstract on line)

Graz Bertrand, Rodondi Pierre-Yves, Bonvin Eric, Existe-t-il des données scientifiques sur l'efficacité clinique des médecines complémentaires? (Unité de recherche et d'enseignement sur les médecines complémentaires, Département formation et recherche, Lausanne), Forum Med Suisse 2011;11(45):808-813

<http://www.cngof.fr/pratiques-cliniques/recommandations-pour-la-pratique-clinique?folder=DIRECTIVES%2BQUALITE>

Macpherson H., Peters D., Zollman C., Closing the evidence gap in integrative medicine, BMJ 2009 ;339 :b3335
www.institutdesanteintegrative.com