





Dédecines Olternatives et Complémentaires









JOURNÉE THÉMATIQUE

Médecines Olternatives et Complémentaires

Quels atouts pour les établissements ?

Rappel du programme

- Introduction, définitions et cadre réglementaire / Olivier Toma, fondateur du C2DS
- Recommandations de l'Académie nationale de médecine et Humanisme médical et médecines alternatives & complémentaires / Pr Daniel Loisance
- L'expérience américaine de la santé intégrative bénéfices observés / Dr Nathalie Babouraj
- Humanisme médical et médecines alternatives & complémentaires / Pr Daniel Loisance
- Les MAC en France : rapide historique et tour des perspectives
 Retour du 1^{er} congrès international « Thérapies complémentaires & pratiques innovantes » (mai 2016) / Dr Dominique Eraud
- Evaluation et formation : quels enjeux et quelles solutions aujourd'hui ? / Dr Fernand Vicari
- **La médecine traditionnelle chinoise à l'AP-HP : historique et mise en œuvre dans différents services** (neurologie, maternité, médecine interne, endocrino-métabolisme et neuro-oncologie) / Pr Alain Baumelou
- Retour d'expérience sur l'utilisation de l'acupuncture à la maternité de la Pitié Salpétrière / Stéphanie Nicolian
- Intégration de l'hypnose dans le parcours de soin au CSSR Châteauneuf (33)
 / Annie-France Roland et Sophie Didier Grenon
- Médecine intégrative à la Clinique Montagard / vidéo
- Conclusion / Michel-Léopold Jouvin, secrétaire national du C2DS

Nos intervenants

Pr Alain Baumelou / médecin néphrologue à La Pitié Salpêtrière-Charles Foix. Responsable du Centre Intégré de Médecine Traditionnelle Chinoise.

Dr Dominique Eraud / médecin acupuncteur, phytothérapeute et nutritionniste.

Co-organisatrice du 1

congrès international «Thérapies complémentaires & pratiques innovantes».

Dr Nathalie Geetha-Babouraj / ancien membre d'un groupe de travail à l'OTAN sur la place de la médecine intégrative dans les systèmes de santé actuels. Fondatrice de l'Institut de Santé Intégrative.

Sophie Didier Grenon / responsable qualité au CSSR Châteauneuf de Léognan.

Dr Fernand Vicari / hépato-gastroentérologue retraité, ancien chef de clinique au CHU de NANCY. Secrétaire du groupe d'évaluation des thérapies complémentaires personnalisées (GETCOP).

Annie-France Roland / cadre de santé au CSSR Châteauneuf de Léognan.

Pr Daniel Loisance / membre de l'Académie nationale de médecine, chirurgien cardiaque et ancien chef de service à l'hôpital Henri-Mondor (75). Auteur de «Histoire de cœur en Birmanie» paru aux éditions Fiacre (2014).

Stéphanie Nicolian / sage-femme acupunctrice à la maternité de La Pitié Salpêtrière-Charles Foix.









sommaire



Introduction	р З
Table ronde autour de la sémantique : doit-on parler de médecines alternatives, complémentaires, parallèles, traditionnelles, naturelles, écologiques, douces, holistiques, différentes,	
non conventionnelles ou de médecine intégrative ?	p 4
L'expérience américaine de la santé intégrative : bénéfices observés	p 5-7
Cadre réglementaire :	
le CNOM recommande le classement des MAC en quatre grandes familles et plus de 400 pratiques thérapeutiques sont recensées par l'OMS dans la famille MT/MC	ր 8-10
Les MAC en France : rapide historique, perspectives et retour du premier congrès international « Thérapies complémentaires & pratiques innovantes » (mai 2016).	р 10
Évaluation et formation : quels enjeux et quelles solutions aujourd'hui ?	р 14-15
La médecine traditionnelle chinoise à l'AP-HP :	
historique et mise en œuvre dans différents services	p 16
Pratique de l'acupuncture	
au sein de la maternité de la Pitié Salpêtrière (75)	р 17-19
Intégration de l'hypnose	
dans le parcours de soin au CSSR Châteauneuf (33)	p 20-23
Médecine intégrative à la clinique Montagard	p 23
Conclusion	p 23

Directrice de publication : Karine Chagnes - Rédaction : Christine Belhomme

Conception des éléments graphiques : Monsieur l'Œil

Président du C2DS : François Mourgues

Siège social : Comité pour le Développement Durable en Santé 3, rue de l'Ile d'Or - 37 400 AMBOISE

Tél.: 02 47 30 60 34 / Fax: 09 70 62 52 61 - www.c2ds.eu

Association loi 1901 - N° SIRET : 507 428 670 000 24

Comité pour le Développement Durable en Santé (C2DS)

Le C2DS est un réseau professionnel composé d'établissements de santé et médico-sociaux de tout type d'activité et de tout statut juridique confondus, fédérés par la volonté de mettre les pratiques du développement durable au service d'une meilleure santé.

Date de publication : février 2017



Introduction





Olivier Toma / fondateur et administrateur du C2DS

Les thérapies non médicamenteuses permettent de réduire les impacts écologiques, économiques et sanitaires des soins. Depuis dix ans, le C2DS est attentif à ce qui se passe sur le terrain. Il y a beaucoup d'initiatives pour intégrer haptonomie, hypnose, sophrologie, acupuncture, ostéopathie, huiles essentielles... dans différents services (maternités, soins palliatifs, blocs opératoires...).

Ces pratiques sont mises en place pour les patients mais aussi pour les salariés.

Mais ce qui étonnant c'est qu'on en parle très peu.

Le C2DS a donc décidé de mettre en lumière ces actions, sans porter de jugement de valeur et sans les évaluer ni les noter.

<u>Christine Belhomme / Terre de santé</u>

« On constate sur le terrain que beaucoup de professionnels (souvent isolés) utilisent des médecines alternatives et complémentaires (MAC) dans leurs pratiques mais avec de grandes disparités dans le degré d'intégration dans le parcours de soin et dans les évaluations. Cette journée est pour le C2DS l'occasion d'impulser une mise en lien et des échanges de pratiques sur la thématique, comme il a pu le faire depuis 2007 sur d'autres axes du développement durable. »



Préambule concernant la démarche du C2DS

Le C2DS s'intéresse à l'intégration des MAC dans les établissements sanitaires et médico-sociaux (pas en médecine de ville).

Quelques mots clés :

- Exigence: il s'agit de respecter les cadres réglementaires et scientifiques. Le C2DS ne jouera pas aux apprentis sorciers dans ce vaste univers des MAC.
- **Bienveillance**: ouverture d'esprit et observation objective et sans a priori des pratiques qui fonctionnent sur le terrain.
- **Regard global** : le C2DS aborde les MAC sous l'angle développement durable c'est-à-dire en observant les bénéfices humains, environnementaux et économiques, de la façon la plus neutre, objective et globale possible.
- Importance du « ET » : le C2DS s'intéresse à la médecine intégrative et par conséquent à la complémentarité des pratiques. Il ne s'agit pas de défendre les MAC mais d'observer les bénéfices obtenus en intégrant le meilleur de la médecine conventionnelle et des MAC.



Table ronde autour de la sémantique :

Doit-on parler de médecines alternatives, complémentaires, parallèles, traditionnelles, naturelles, écologiques, douces, holistiques, différentes, non conventionnelles ou de médecine intégrative ?



Pr Alain Baumelou

L'AP-HP a choisi d'utiliser le terme de **médecines complémentaires** pour souligner qu'il est nécessaire d'associer ces médecines aux bénéfices évidents de la médecine conventionnelle pratiquée depuis longtemps à l'AP-HP.

A titre personnel, Alain Baumelou préfère la notion de **médecine intégrative**. « Le premier lieu au monde où les MAC et la médecine conventionnelle sont associées est la Chine. Le terme de médecine douce semble inapproprié parce qu'il sous-entend que ces médecines sont rigoureusement non toxiques, ce qui est faux. La MTC a recours des plantes qui peuvent s'avérer nocives si elles sont mal utilisées. »

Pr Daniel Loisance

- « L'Académie de Médecine s'intéresse à cette question depuis quelques années et recommande l'utilisation des termes « **thérapies complémentaires** » :
- thérapies parce que l'objectif est de soigner,
- complémentaire pour souligner la nécessité d'une utilisation de ces techniques en association très étroite avec la médecine traditionnellement utilisée. Il est hors de question d'entreprendre quoi que ce soit sans un diagnostic médical préalable. »

Dr Fernand Vicari

Il est convaincu par le choix de l'Académie nationale de médecine des termes « thérapies complémentaires ». La médecine est une seule mais l'expression « thérapie complémentaire » définit bien les objectifs visés.

Dr Dominique Eraud

« Le terme d'écomédecine est né à l'occasion de l'organisation du premier colloque à la faculté de pharmacie de Paris en 2005 : «éco» dans le sens «écologique». Nous avions eu l'idée de réunir pour la première fois des thérapeutes, aussi bien médecins que dentistes et vétérinaires de chacune des spécialités suivantes : médecine traditionnelle chinoise, médecine ayurvedhique, homéopathie, naturopathie, phytothérapie, ostéopathie, microkinésithérapie.

J'ai co-organisé plusieurs congrès «éco médecines» entre 2005 et 2011 : à la faculté de pharmacie de Paris et au conseil régional Île-de-France. »

Dr Nathalie Babouraj

« Dans une vision prospectiviste, il est difficile de parler de MAC parce que cela donne l'impression qu'il y a deux chemins qui s'opposent et dont les patients n'osent pas parler à leur médecin, ce qui n'est pas positif en termes de facteur de guérison pour la personne.

Les Américains et les Canadiens ont commencé par parler de MAC mais la sémantique a évolué sur ces 20 dernières années. Les Etats-Unis avaient un bureau (équivalent de la Haute Autorité de Santé) qui s'appelait le Centre d'évaluation des thérapies alternatives et complémentaires et depuis cinq ans, le bureau est devenu le Centre d'évaluation des pratiques autour de la santé intégrative. Avec intégratif, on est dans le « et ». Tout est intégré, clarifié et posé donc la personne peut en parler librement à ses différents intervenants en médecine conventionnelle ou MAC. »

Pourquoi parler de santé intégrative plutôt que de médecine intégrative ?

« La médecine est réservée à des médecins mais dans la santé intégrative, on voit qu'il y a aussi l'intervention de non médecins. »



Conclusion

La sémantique utilisée évolue avec la maturité des pratiques : alternatif / complémentaire / intégré.

Le C2DS fait le choix aujourd'hui de reprendre la terminologie du Conseil national de l'Ordre des médecins (CNOM) et de parler de MAC à intégrer à la médecine occidentale conventionnelle pour aller vers une médecine intégrative (curative

et préventive, médecins et non médecins, MAC et médecine conventionnelle), cette dernière étant un moyen de favoriser une santé intégrative.



L'expérience américaine de la santé intégrative :

Bénéfices observés / Dr Nathalie Babouraj



Passionnée du vivant depuis toute petite, elle décide de faire médecine, études au cours desquelles elle expérimente, à titre personnel, d'autres approches de santé que celles enseignées. Pour guérir un reflux gastro cesophagien (beaucoup d'étudiants en médecine en souffrent) son gastro-entérologue lui conseille tout d'abord de prendre des médicaments. Après six mois de traitement et d'insomnies, il en ressort que ses problèmes viennent du stress.

Elle décide alors d'aborder sa pathologie autrement en repensant aux **pratiques de santé de ses grands-parents indiens** :

- exercices de respiration,
- travail de postures,
- alimentation en fonction des saisons et de l'état de santé,
- ■..

Après trois mois d'expérimentation d'un nouveau mode de vie, ses problèmes s'estompent. Il lui semble alors important de créer des ponts entre la médecine conventionnelle qui permet de faire des diagnostiques précis et de traiter les maladies et l'aspect préventif d'autres approches beaucoup plus anciennes.

Ensuite elle est engagée comme médecin de prévention chez les pompiers de Paris. « Leur demande était d'être soignés le plus possible sans médicament parce que dès qu'ils sont sous traitement, ils perdent leur aptitude à monter dans les camions. C'est une population qui est très exposée et qui a très peu de temps de récupération. »

« De ce fait, il y a beaucoup de lombalgies chroniques, de problèmes d'insomnie, de dépressions, de tentatives de suicide et de syndromes de stress post traumatiques. La médicamentation est assez limitée pour toutes ces pathologies sauf cas graves. »

A ce poste, elle a pu expérimenter d'autres approches. Un médecin du sport militaire avait développé, dans les années 90, une boite à outil de gestion du stress. Il s'agissait d'outils pédagogiques à enseigner aux militaires qui incluaient des exercices de respiration, de relaxation, d'imagerie mentale. Elle a introduit ces outils chez les pompiers de Paris. Pour ce faire, elle a travaillé avec une chercheuse de l'Institut de recherche biomédicale des armées pour monter une étude et évaluer ces pratiques.

Ce travail lui a permis de rentrer dans un groupe de recherche sur la place de la santé intégrative dans les systèmes de soin actuels à l'Organisation du traité de l'Atlantique nord (OTAN). C'est la première fois qu'elle entend parler de santé intégrative et elle travaille pendant trois ans avec un groupe de chercheurs et de médecins (douze personnes environ). Dans ce cadre, elle visite différents pays et différentes armées qui utilisaient des approches de thérapies complémentaires. Ce travail l'a nourrie et questionnée sur l'évolution de la santé. « Ce qui a été intéressant dans cette expérience c'est de voir que, contrairement à ce qu'on peut penser en France où le sujet n'est pas abordé sous cet angle, la santé intégrative n'est pas un sujet nouveau. Aux Etats-Unis, cela fait 20 ans qu'il y a énormément de recherches dans les milieux universitaires et hospitaliers, médecine militaire, médecine des vétérans, dans les prisons, dans l'éducation, etc. »

Bref retour sur l'évolution de la médecine :

- Il y a 5 000 ans en Inde ou en Chine, la vision de la médecine était déjà intégrative parce que la santé de l'être humain (le microcosme) dépendait directement du macrocosme (son environnement, son univers). C'était déjà une vision écologique.
- Au siècle des lumières, on commence à être dans une vision linéaire y compris la médecine et cette vision amène à de très grands progrès techniques. On peut donc guérir des maladies qui n'étaient pas curables auparavant mais la vision de la santé devient moins globale.
- Depuis ces 40 dernières années, émergent de plus en plus de nouvelles pathologies, que l'humanité et les sociétés occidentales sont soumises à de plus en plus de stress et que la médecine conventionnelle, très forte sur le plan curatif, n'apporte pas tout le temps des réponses en matière de prévention. Avec les progrès de certaines disciplines comme les neurosciences, la neuropsycho immunologie et l'épigénétique, on commence à se rendre compte que notre comportement, l'environnement dans lequel on vit, notre manière de donner du sens à notre vie influencent notre santé.
- Puis on arrive aujourd'hui à une ère où on va pouvoir envisager d'utiliser le meilleur des progrès technologiques avec le meilleur des sagesses anciennes.

L'expérience américaine de la santé intégrative (suite):

comité développem durable santé

Bénéfices observés / Dr Nathalie Babouraj

« Dans les années 90 aux Etats-Unis, l'intérêt pour les MAC est parti d'études de santé publique de l'Université Harvard qui ont mis en évidence que, sur une année, environ 70 % des Américains avaient utilisé une approche alternative ou complémentaire. Les autorités américaines ont alors décidé de financer la mise en place d'évaluations, la réalisation d'états des lieux et découvrir ainsi s'il y avait un moyen de faire des ponts entre l'hôpital et ces approches alternatives et complémentaires.

Ensuite il y a eu des hauts et des bas en termes de recherche notamment à cause des différentes crises économiques et de la fluctuation des financements. Depuis environ cinq ans, les Américains privilégient les évaluations économiques dans les milieux hospitaliers de pointe comme Harvard (Boston - Massachusetts), Duke University Hospital (Durham, N.C), Mayo Clinic (Rochester, Minnesota)... Ils évaluent les impacts économiques à moyen et à long terme et si des économies sont constatées, ils décident de se lancer. Cette approche pragmatique va accélérer le processus.

Aujourd'hui, il existe un consortium national de santé intégrative qui regroupe environ 70 % des facultés de médecine américaines. Ces universités sensibilisent leurs soignants (ne serait-ce qu'une semaine dans un service de médecine intégrative à l'hôpital), et développent des diplômes universitaires de santé intégrative sur deux ans ouverts aux soignants pour qu'ils sachent que cela existe sans forcément se spécialiser à fond dans ces pratiques. Mais le fait de mieux les connaître leur permettra d'adresser leurs patients de manière juste vers telle ou telle approche en complément de la médecine conventionnelle.

En 2014, avec l'avancée de toutes les recherches, le Conseil de l'Ordre des Médecins Américains reconnait la santé intégrative comme une spécialité médicale. Et cela se développe énormément en médecine militaire pour traiter les syndromes de stress post traumatiques, les tentatives de suicide, les lombalgies chroniques... Par ailleurs, ils ont beaucoup de budget pour évaluer ces pratiques.

Si on part du principe que les Etats-Unis ont 20 ans d'avance sur nous et le Canada dix ans, l'approche de la santé en France va très probablement évoluer de la même manière dans les prochaines années. »

Par ailleurs, après avoir terminé son expérience militaire à l'OTAN et chez les pompiers de Paris il y a trois ans, Nathalie Babouraj a décidé de créer son institut de santé intégrative à Paris.

« Initialement, il devait s'agir d'un centre physique à Paris qui réunirait des médecins conventionnels et des thérapeutes de pratiques alternatives et complémentaires. Mais cette dernière année, le projet prend une tournure différente pour y apporter une touche de prospective pour la santé de demain et imaginer les futurs possibles ici et dans le reste du monde. »

Pendant six mois, le docteur Babourai travaille avec l'Institut des futurs souhaitables à Paris qui s'intéresse à l'évolution des pratiques dans différents domaines que ce soit l'écologie, la géopolitique, l'éducation, la finance ou la santé. « Ce qui est très intéressant quand on observe les signaux faibles [«En Intelligence Économique, les signaux faibles consistent en des éléments d'actualité à l'importance sous-estimée, mais augurant d'importants changements à venir», NDLR source: http://www.modeles-economiques.eu] pour voir comment la société risque d'évoluer dans les prochaines années, on se rend compte que dans tous les domaines ce sont les mêmes enjeux et les mêmes résistances et que les solutions pourraient être communes. On se rend compte aussi que guels que soient les domaines, le mot intégratif a tout son sens. La société va vers l'hyper technologie mais pour aller vers un futur souhaitable, il ressort de ces échanges pluridisciplinaires au'il est intéressant d'v mettre plus d'humanité. »

Son approche aujourd'hui:

comment mettre en place des outils pédagogiques pour que la personne devienne autonome, qu'elle comprenne ? Quand on s'intéresse aux mécanismes de guérison d'une personne, beaucoup de chercheurs qu'elle a interrogé pendant sa période OTAN, chercheurs plutôt tournés neuroscience et neuropsychologie immunologie, disent que trois facteurs expliquent la guérison d'une personne suite à une maladie chronique ou aiaüe :

- l'effet du médicament médicament juste par rapport au diagnostic,
- la relation thérapeutique du soignant avec le soigné qui joue un rôle très important encore sous-estimé,
- les mécanismes d'autorégulation de la personne.

Deux personnes avec un même diagnostic et un même traitement ne vont pas réagir de la même manière. C'est ce troisième critère, les mécanismes d'homéostasie, qui explique pourquoi. Et c'est là qu'agissent la plupart des médecines alternatives et complémentaires. Comment optimiser le terrain de la personne pour mettre un maximum de chances de son coté, en plus des médicaments qu'on lui donne pour stimuler la guérison ?

C'est ce dernier point qui intéresse particulièrement le docteur Babouraj.



L'expérience américaine de la santé intégrative (suite):



Bénéfices observés / Dr Nathalie Babouraj

Question : pourquoi les Etats-Unis ont-ils 20 ans d'avance sur le sujet ? Quels ont été les leviers ?

<u>Réponse</u>: « la philosophie actuelle américaine provient d'une population de pionniers qui « y va », quitte à évaluer après. Ce n'est pas toujours bien mais il n'y a pas le frein de l'évaluation scientifique. Si la personne est suivie de manière conventionnelle par des moyens médicaux, elle se lance. L'accent est mis sur le fait qu'économiquement cela rapporte. Comme les personnes sont très mal prises en charge, l'enjeu financier les motive pour avancer.

Par ailleurs, la population médicale et soignante aux Etats-Unis est très mixte (Chinois, Indiens...) et même si elle est très occidentalisée, elle a une immersion dans d'autres médecines et a une capacité à se dire qu'il est possible d'associer les deux approches.

Malgré tout, les choses ne se sont pas faites du jour au lendemain. Depuis les années 90, beaucoup de freins ont dû être levés. Les financements d'études ont été d'une grande aide. »

<u>Question</u>: aux Etats-Unis, a-t-on atteint un point de non-retour? Les pratiques complémentaires sont-elles suffisamment intégrées pour que leur développement se poursuive quoi qu'il arrive économiquement et politiquement?

<u>Réponse</u>: « on observe un gradient Est-Ouest. L'Est est un peu plus résistant que la Californie ou l'Arizona où ces pratiques sont très intégrées mais on est à une période où les gens sont connectés (effets secondaires positifs de la mondialisation) et partagent tout et cela devrait avoir des effets très positifs pour le développement futur de ces pratiques. »

Commentaire du Dr Vicari

- « En France, nous subissons la double peine :
- pays latin de religion catholique, son système pyramidal fait que la vérité vient du haut et que le bas ne peut que suivre l'ordre établi,
- les séguelles de la royauté en sont la deuxième composante.

Dans les pays anglo-saxons de religion protestante, c'est le penser par soi-même qui prévaut. On ne subit pas une vérité imposée du haut. »

Commentaire du Pr Baumelou

« Sur les 20 dernières années, le *National Center for Complementary* and *Alternative Medicine* a connu des freins très puissants du Sénat américain qui, tous les ans, souhaitait mettre à bas le budget alloué à cet organisme.

Le système américain est profondément différent du système français et les bénéfices économiques mis en évidence aux Etats-Unis ne sont pas transposables dans le système français où le payeur est la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM), qui ne rembourse pas ces médecines-là. En France, sur le plan global, le paiement vient de la poche du patient. »

Commentaire du Pr Loisance

« Il y a un rôle du fond culturel de la population. Il y a un monde entre l'Occident et l'Orient.

En Chine, le peuple chinois de base est encore imprégné des cultures anciennes Confucianistes et Taoïstes avec le respect des anciens et des maîtres et la certitude que derrière tout il y a le souffle vital.

Le grand manque de la médecine occidentale est dans le sens du souffle vital.

Un patient ne guérit que quand il comprend pourquoi il est malade et ce qui ne va pas dans son fonctionnement intérieur profond. On le voit bien dans les suites de chirurgies cardiaques majeures où les gens ont l'impression d'avoir échappé à la mort.

Les processus de récupération sont de deux ordres : ce que la chirurgie et la kinésithérapie peuvent apporter et la prise en charge de l'individu en tant que tout. Et ça, aujourd'hui, c'est démontré. A la Mayo Clinic, une très belle étude a été faite sur des pontés coronaires et on voit une différence considérable entre la qualité de vie, le taux de ré-hospitalisation et le taux d'échec selon qu'on a appris au malade à méditer ou pas. La méditation est probablement un des modes d'accès les plus faciles dans cette exploration de l'intérieur et du non visible.

Les leviers ne se résument pas à un intérêt économique. S'il y a une poussée globale d'intérêt dans le monde occidental pour ces pratiques complémentaires, c'est qu'il y a une insatisfaction croissante vis-à-vis de la médecine occidentale. »

<u>Dr Babouraj</u> approuve et parle de quête de sens chez les soignants et les soignés.

<u>Dr Eraud</u> souligne qu'à une époque on disait que les médecins faisaient « leurs humanités » : c'étaient des humanistes. Aujourd'hui, les étudiants en médecine sont recrutés sur leur niveau en mathématiques et en physique. Cela donne des médecins qui cherchent avant tout à créer des nouvelles technologies. Avant, ils étaient recrutés sur français/latin/grec, leur sensibilité était différente. Peut-être un jour s'orientera-t-on vers un recrutement de profils math/physique ET français/latin/grec.

Cadre réglementaire



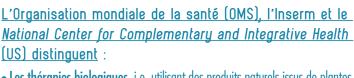
Le CNOM recommande le classement des MAC en quatre grandes familles et plus de 400 pratiques thérapeutiques sont recensées par l'OMS dans la famille MT/MC.











- Les thérapies biologiques, i.e. utilisant des produits naturels issus de plantes, de minéraux ou d'animaux (phytothérapie, aromathérapie...).
- Les thérapies manuelles, axées sur la manipulation (ostéopathie, chiropraxie...).
- Les approches corps-esprit (hypnose médicale, méditation, sophrologie...).
- Les systèmes complets reposant sur des fondements théoriques et pratiques propres (acupuncture, homéopathie...).

Dans son approche de 2012 sur les MAC, l'AP-HP a défini certaines pratiques qui n'entrent pas dans le périmètre des MAC :

- les règles hygiéno-diététiques,
- les traitements psychologiques du type thérapies comportementales et psychanalytiques,
- les thérapeutiques physiques.

Dans le monde, on peut distinguer plusieurs catégories de pays :

- système intégratif (MAC reconnues officiellement et totalement intégrées à l'offre hospitalière) : Chine, Corée du Nord, Vietnam...
- système inclusif (place laissée aux MAC mais sans reconnaissance officielle ou paritaire): Allemagne, Pays-Bas, Royaume-Uni, Pays scandinaves...
- système de monopole médical absolu : France, Italie, Espagne, Belgique...

Source : Droit des alternothérapies - Guide pour le praticien et le patient Antoine Leca et Florent Dessi- LEH Edition - janvier 2016

En France:

Quatre MAC sont officiellement reconnues et peuvent faire l'objet de titres et mentions autorisées sur les plaques et ordonnances par le Conseil de l'Ordre (conformément aux articles 79-80 et 81 du Code de déontologie médicale):

- l'homéopathie, ■ la mésothérapie,
- la médecine manuelle ostéopathie. ■ l'acupuncture.

Source : Conseil national de l'Ordre des médecins - Titres autorisés - mai 2016



L'homéopathie et l'acupuncture sont reconnues mais qualifiées de :

- « pratiques médicales non éprouvées courantes », (acupuncture et homéopathie)
- « pratique non conforme aux données acquises de la science ». (acupuncture - Cf. Arrêt de la section des assurances sociales du 19 janvier 2011)

Elles ne peuvent être utilisées qu'en complément de «soins appropriés».

Pr Baumelou

« La médecine est quelque chose de culturel. La Haute Autorité de Santé a fait une recommandation sur les pratiques validées. On y retrouve par exemple la kinésithérapie, qui pour nous, fait partie du soin. Y-a-t-il plus d'évidences à penser que dans un cas de maladie de Parkinson, les mesures de kinésithérapie sont plus efficaces que le Tai Chi ? Dans la littérature anglo-saxonne, on retrouve un corpus d'évidences beaucoup plus important pour la pratique de techniques corps/esprit dans des formes légères à modérées de Parkinson.

Dans l'approche française, il y a un mélange d'a priori culturel avec une évaluation scientifique et on prend l'évaluation scientifique comme un argument positif.

Le CNOM propose quatre grands chapitres de classement mais il devrait y avoir une réflexion sur la création d'une cinquième catégorie qui regrouperait toutes les techniques qui incluent la méditation, que ce soient des techniques de méditation passives ou que ce soient des techniques de méditation actives qui sont liées à des processus physiques (techniques corps/esprit). »

Dr Vicari:

« Il faut garder à l'esprit l'importance de la nutrition et du microbiote. »

Recommandations de

l'Académie nationale de médecine

Pr Daniel LOISANCE





L'Académie de Médecine se préoccupe des thérapies complémentaires depuis longtemps. Dans les années 60 et 70, deux rapports ont été faits et des recommandations ont été émises. Au début des années 2000, il est apparu pertinent de revoir ces recommandations à la lumière d'expériences récentes. Le dernier rapport, rédigé par le Pr Bontoux, faisait une synthèse très complète de toutes les évaluations scientifiques de ces différentes techniques. Ce rapport se termine par des recommandations argumentées à l'attention de quatre catégories de personnes.

« L'Académie nationale de médecine rappelle que les pratiques souvent dites médecines complémentaires ne sont pas des «médecines», mais des techniques empiriques de traitement pouvant rendre certains services en complément de la thérapeutique à base scientifique de la médecine proprement dite. Elle recommande de ce fait de les désigner par la dénomination de thérapies complémentaires, qui correspond mieux à leur nature. »

(Extrait du rapport du 5 mars 2013 de l'Académie nationale de médecine - THERAPIES COMPLEMENTAIRES acupuncture, hypnose, ostéopathie, tai-chi - leur place parmi les ressources de soins. Daniel Bontoux, Daniel Couturier, Charles-Joël Menkès)

À l'adresse des usagers et des professionnels, et afin d'éviter tout retard de diagnostic et/ou perte de chances, elle recommande :

- d'en éviter l'usage en l'absence d'un diagnostic médical,
- de ne les accepter qu'avec une extrême prudence comme traitement de première intention,
- de ne pas y recourir lorsque la présentation clinique est inhabituelle ou persistante et en l'absence d'un avis médical.

À l'adresse des hopitaux et établissements de soins, l'Académie nationale de médecine recommande :

- de recenser les thérapies complémentaires en usage dans l'établissement.
- de n'autoriser leur usage, ou la poursuite de leur usage, que dans une structure pratiquant des soins conventionnels, après avis motivé des instances médicales de l'établissement,
- de ne pas affecter une structure autonome à une de ces pratiques ou à plusieurs regroupées,
- de réserver, au moins dans un premier temps, les thérapies complémentaires aux patients hospitalisés ou l'ayant été, à ceux suivis en consultation et à ceux adressés de l'extérieur par un médecin dans le cadre d'un réseau de soins.
- de ne confier leur mise en œuvre qu'à des médecins, sagesfemmes ou professionnels de santé travaillant sous contrôle médical, tous préalablement formés à cet effet,
- d'évaluer régulièrement ces pratiques,
- d'exploiter dans toute la mesure du possible les résultats de ces traitements dans le cadre d'essais cliniques, uni ou multicentriques; de déposer un protocole d'essai pour tout projet dans une indication inhabituelle ou controversée

À l'adresse des facultés de médecine, l'Académie nationale de médecine recommande :

- d'introduire dans le programme obligatoire des études médicales, au cours du deuxième cycle ou en fin d'études, une information sur les thérapies complémentaires, leur place, leurs limites et leurs dangers, destinée à permettre aux futurs praticiens de toutes disciplines et modes d'exercice d'éclairer leurs patients,
- d'encourager l'investissement des équipes hospitalo-universitaires concernées dans la recherche.

À l'adresse des autorités de santé, l'Académie nationale de médecine :

- préconise l'institution, sous une forme à définir, d'une base indépendante et actualisée d'information du public sur les thérapies complémentaires,
- recommande que la Haute Autorité de Santé, dans le cadre de sa mission « d'évaluation du service attendu des produits, actes ou prestations de santé », soit chargée tout particulièrement de veiller aux bonnes pratiques et à l'actualisation des contreindications des thérapies complémentaires,
- déconseille formellement l'institution d'un label ou la création d'un statut de praticien de thérapie complémentaire, qui n'est pas justifié compte tenu de l'hétérogénéité de ces techniques, dont chacune pose un problème spécifique. »

Le rapport a été transmis aux différentes structures (autorités et ministères) mais n'a pas suscité de réactions particulières. Pour information, un groupe au sein de l'Académie nationale de médecine travaille à la restauration de l'humanisme médical et a rédigé un article « Un humanisme médical pour notre temps ».

(François-Bernard Michel, Daniel Loisance, Daniel Couturier et Bernard Charpentier au nom d'un groupe de travail et de la Commission XV - Exercice médical en milieu hospitalier public et en milieu hospitalo universitaire) Réf : Bull. Acad. Natle Méd., 2011, 195, no 6, 1345-1368, séance du 21 juin 2011 - http://www.academie-medecine.fr/publication100036355/)











Commentaire d'un participant :

« Les malades chroniques utilisent massivement les MAC et n'en parlent guasiment jamais à leurs médecins. Pour respecter les recommandations de l'Académie nationale de médecine de n'aller vers les MAC que sur avis médical, encore faudrait-il que les médecins connaissent ces pratiques et soient capables d'orienter les malades vers la technique la plus appropriée pour eux. »

Réponse du Pr Loisance : « une recommandation va aussi dans le sens d'inclure une formation systématique pour les médecins. Ce n'est pas encore fait mais il est souhaitable que cela le soit. »

Remarque du Dr Babouraj en lien avec les recommandations en matière d'évaluation :

« A l'origine, l'« Evidence-Based Medecine » (EBM) est composée de trois choses:

- l'état actuel des données de la recherche,
- l'expérience du clinicien/praticien,
- le feedback du soigné.

Les deux derniers points ont été oubliés parce qu'on n'utilise que le premier point. »

Remarque du Pr Baumelou en lien avec les recommandations en matière de formation :

« La guestion de la formation est très importante pour lever le voile d'ignorance incroyable qui pèse sur l'utilisation des MAC. Plus de 50 % des patients ont recours aux MAC dont plus de 50 % n'en parlent pas à leurs médecins et 90 % continuent aussi avec la médecine conventionnelle en laquelle ils ont confiance.

Pour que tout cela évolue, il faut former les étudiants en médecine. A Paris VI, un premier enseignement sur les MAC est obligatoire.

Un participant souligne que l'ostéopathie a été reconnue en 2002, puis de nouveau réglementée en 2007 et 2014 et qu'elle peut être utilisée en technique de première intention. »

Remarque du Pr Loisance :

« La conférence des doyens d'université a réfléchi à l'amélioration des différents cursus (études de médecine, 3ème cycle) et il est question des MAC. Les choses commencent à bouger. Il convient aussi de noter un développement du rôle des malades enseignants et des malades experts (leur rôle est aujourd'hui par exemple largement démontré en diabétologie). Ces derniers sont incorporés à l'université et par les sociétés savantes. Les choses bougent beaucoup. »

Remarque du Dr Babouraj:

Elle est optimiste quant à l'évolution des choses, même si les discours de Marisol Touraine concernent essentiellement le déficit de la sécurité sociale. « En effet, les soignants rencontrés (notamment dans les facultés américaines) qui vont se former à la santé intégrative (sans forcément devenir spécialiste d'une technique ou d'une autre) le font suite à une remise en question personnelle (souvent après un burn-out).

Compte tenu de l'état de santé des soignants en France, les remises en cause personnelles sont fréquentes et conduiront sans doute au même phénomène qu'aux Etats-Unis : trouver d'autres facons de soigner, moins pesantes pour les soignants. »





Les MAC en France

Rapide historique, perspectives et retour du premier congrès international « Thérapies complémentaires & pratiques innovantes » (mai 2016) / Dr Dominique Eraud



Les MAC en France ne sont pas des pratiques nouvelles. Le dispensaire Hahnemann dédié à l'homéopathie existe à Paris depuis 1931. A l'époque, il a été inauguré en présence du Ministère de la Santé et a obtenu la reconnaissance d'utilité publique en 1937. L'hôpital Saint-Jacques a été fondé en 1867 à Paris. L'homéopathie y était notamment utilisée pour soigner le choléra. Il a été reconnu d'utilité publique en 1878 et c'était le premier hôpital homéopathique de France. Il était une référence mondiale en la matière. On pouvait y être hospitalisé et soigné uniquement par acupuncture et homéopathie. L'activité hospitalière a cessé en 2000.

Retour du premier congrès international « <u>Thérapies complémentaires & pratiques innovantes</u> »

(mai 2016 / Nancy)

L'objet de ce congrès, qui s'est déroulé sur deux jours et a rassemblé un peu plus de 500 participants, était de présenter différentes thérapies complémentaires, sans leur donner une caution scientifique, mais en participant à leur évaluation dans le but d'analyser la qualité de leurs bases scientifiques et leur réelle efficacité.

Ce congrès a été organisé à l'initiative du Dr Vicari et du Dr Eraud pour rassembler des médecins et non médecins, des universitaires et des non universitaires, des associations de patients... au cours de conférences et d'ateliers. Les interventions, qui avaient été examinées par un comité scientifique avant le colloque, ont été d'un très bon niveau. A noter aussi qu'un patient expert a participé à l'introduction de ce congrès.

Au-delà de l'apport scientifique, ce congrès a été aussi un succès humain parce qu'il a permis aux gens de se rencontrer. Il a créé du lien et contribue au « travailler ensemble » sur différents sujets liés aux MAC et notamment l'évaluation.

Ce congrès témoigne aussi de l'arrivée d'un nouveau paradigme en santé. Les choses vont changer non pas en passant par les autorités et les politiques mais par les initiatives de terrain. Toute nouveauté est d'abord critiquée parce qu'elle fait peur puis elle est discutée puis admise comme évidente.







Lecture de l'Editorial

du Pr. Philippe Hartemann, paru dans la revue HEGEL n°3 en 2016.

Dr Dominique Eraud

« Dans le cadre du 1^{er} Congrès International des Thérapies Complémentaires et Pratiques Innovantes qui s'est tenu à Nancy les 27-28 mai 2016, j'ai eu l'immense privilège de modérer la session intitulée « Universitarisation des TCP » avec mon maître le Sénateur Claude Huriet.

Elle a rassemblé un public attentif et nombreux et a été considérée par tous comme ayant atteint pleinement ses objectifs. Ce succès est dû au travail de coordination fait en amont par le Pr J. Kopferschmitt et le Dr F. Vicari, à la qualité des orateurs, au remaquable esprit de synthèse du Pr C. Huriet et aux questions d'une assistance très motivée.

Sous ce titre, pas forcément explicite, l'objectif de la session était d'explorer les possibilités offertes par l'Université et les organismes de recherche en matière de formation diplômante et de collaboration dans un but de validation de l'efj cacité des TCP, en parallèle et/ou en complément des institut ions professionnelles spécialisées. Si l'accord est unanime sur la nécessité d'améliorer la crédibilité de la pratique des TCP, les moyens d'y ar river ne sont pas univoques et certains ne vivent pas toujours parfaitement l'irruption de nouveaux acteurs dans le domaine où ils pratiquent depuis longtemps.

Les quatre conférenciers avaient tous une large expérience, leur permettant de ne pas prêter le flanc à cette éventuelle critique.

Le Pr Laurent Degos, ancien président de la Haute Autorité de Santé, a présenté les résultats des travaux cliniques et scientifiques ayant permis dans sa spécialité, l' hématologie, d'obtenir des résultats spectaculaires, validés ensuite par l'expérimentation, en traitant des patients atteints de leucémie aiguë promyélocytaire avec les produits venus de la Médecine Traditionnelle Chinoise (MTC) agissant sur des cibles différentes. Pour traiter et guérir la leucémie aiguë promyélocytaire, il faut deux produits : l'un est un dérivé de la vitamine A découvert par une approche occidentale, l'autre, l'arsenic vient de la médecine traditionnelle chinoise. La complémentarité a été exemplaire. « Si la MTC est qualitative, symptomatique, individuelle, atteignant de multiples cibles simultanément, la Médecine Occidentale est quantitat ive, nosologique, avec recherche d'une cause, d'un traitement commun à une maladie, évalué par des essais contrôlés».

Aujourd'hui, ces deux médecines se rapprochent et l'enseignement de la MTC améliore les connaissances et compétences du médecin (occidental). Mme le Pr Nouzha Guessous de Casablanca (Maroc), Chercheure en Droits Humains et Bioéthique et ancienne présidente du Comité international de bioéthique de l'UNESCO, constate que les TCP attirent de plus en plus les patients par leur approche holistique et personnalisée. Il est donc du devoir des autorités sanitaires de garantir la liberté de choix éclairé des patients tout en les protégeant des pratiques dangereuses pour leur santé et leur sécurité. Pour résoudre ce conlffit éthique, une solution est de standardiser, réglementer et certij er la formation des praticiens. De plus, pour prétendre à la reconnaissance de son efj cacité thérapeutique, toute TCP doit faire l'objet d'une évaluation de ses effets bénéfiques et de ses effets nocifs, et de son rapport coût- efficacité. Et comme il n'est pas toujours possible d'aligner les méthodes d'évaluation des TCP sur celles de la médecine fondée sur les preuves, la recherche dans ce domaine doit être promue, sans exclusion ni parti-pris.

Le Pr Jacques Kopferschmit , chargé de mission sur les Thérapies Complémentaires à l'Université et au CHU de Strasbourg, a bien montré qu'il fallait sortir de l'impasse constituée par l'opposition entre ces deux approches car chaque forme d'exercice de la médecine a ses atouts et ses faiblesses. Il faut abandonner le sectarisme ; l'ouverture d'esprit devient nécessaire pour tous les professionnels de santé.

C'est selon lui l'objectif principal de l'universitarisation. Le « soignant est un passeur culturel » d'où l'importance d'incorporer cette vision dans sa formation initiale et continue à l'Université. L'éducation sur l'utilisation de thérapies complémentaires devrait être une partie normalisée et obligatoire du curriculum des étudiants. En dehors de l'enseignement de l'Evidence-Based Medicine il convient de donner les bases en sciences humaines et sociales permettant la prise en compte d'autres critères d'évaluation. Il n'est donc que temps de créer un pont entre ces deux conceptions thérapeutiques pour ouvrir ensuite de nouvelles voies de recherche dont l'Université reste logiquement maître d'oeuvre. (...)

© aln.editions



Lecture de l'Editorial

du Pr. Philippe Hartemann, paru dans la revue HEGEL n°3 en 2016.

Dr Dominique Eraud

En illustration de cette approche, le Pr Julien Nizard de Nantes s'est interrogé sur la place des thérapies complémentaires au sein de l'offre des soins et de formation en soins de support. L'exemple de certains de nos voisins peut nous inspirer, tel celui de l'Allemagne où 60 % du corps médical incorpore les TCP à sa pratique et où des chaires ad hoc existent dans les Facultés, ou celui de la Suisse qui a accepté le remboursement de certaines pratiques après leur évaluation et où existent dans les Universités des instituts dédiés à leur enseignement et à la recherche.

La France n'est en ce moment guère en pointe, même si des initiatives locales permettent d'espérer un futur plus ouvert. Il a ainsi présenté le panorama contrasté des enseignements des TCP dans les principales universités sous forme par exemple de DU ou DIU. Certaines n'en proposent aucun, d'autres, plus novatrices, en proposent plusieurs pour des spécialités différentes et pour différents professionnels de santé. Chacun s'accorde pour reconnaître que ceci ne doit représenter ni une mainmise de l'Université ni une domination médicale, mais une collaboration entre tous les partenaires parmi lesquels les professionnels de ces TCP ont toute leur place.

Certaines Facultés de Médecine sont clairement précurseurs et je peux témoigner ici de la situation existant à la Faculté de Nice. Outre la présence d'enseignements universitaires dédiés, on doit y souligner l'existence d'un observatoire des thérapies complémentaires réunissant périodiquement en amphi une bonne centaine de professionnels de tous horizons, sous l'égide du Doyen et du Président de la CME, respectivement chirurgien et gastroentérologue, utilisant des TCP dans leurs services hospitaliers. Ces réunions permettent des échanges avec présentation de résultats d'études réalisées ou en cours et une sorte de « foire aux idées » où sont présentés des projets d'ét udes en vue d'y agglomérer des méthodologistes et des professionnels intéressés. Des étudiants en quête de sujet de thèse sont également présents et, après choix de tel ou tel, ils s'avèrent être de précieux contributeurs à l'avancement de l'étude d'évaluation d'efficacité. Tous les ans, une journée avec part icipation plus large des professionnels intéressés, en très grande majorité libéraux, est organisée dans la Fac ... qui risque assez vite d'être trop petite car l'amphi est bondé.

On y présente, dans une atmosphère de communion d'esprit, des exposés de spécialistes nationaux et internationaux et des résultats d'études et expériences régionales. Le tout est assez impressionnant de dynamisme et de dynamique collective.

Nul doute que de ce « bouillonnement », émergeront rapidement des publications de t ravaux d'évaluation dont on parlera.

Nous pouvons ainsi retenir comme enseignement du congrès de Nancy et du mouvement nicois, le sentiment qu'une grande partie des professionnels de santé, y compris du corps médical, est prêt à dépasser la frontière artificielle entre pratique classique et thérapies non conventionnelles, répondant en cela à l'attente des patients. Il reste à structurer le mouvement tant pour la formation que pour l'évaluation, de façon à rattraper assez vite nos voisins européens. Les Etats-Unis ont mis en place dès 1998, dans le cadre de leur National Institute for Health, le National Center for Complementary and Integrative Health pour conduire et supporter la recherche et informer sur les pratiques et les produits utilisés dans le domaine de la « Santé Complémentaire » et des enseignements en médecine holistique. Au pays de l'evidence-based medicine, l'existence de ce centre employant en 2015 pas moins de 74 personnes pour un budget de 124 millions de dollars, montre bien que la réllexion et l'officialisation des TCP est logique et nécessaire aussi en France et aue tant les professionnels aue l'Université v ont toute leur place, ils se doivent d'v collaborer.

Le 12 juin 2015, avant de préparer le er congrès International des Thérapies Complémentaires et Pratiques Innovantes de mai 2016 et surtout d'en assurer le prolongement en matière d'évaluation et d'encadrement, une association de type loi de 1901, le GETCOP (Groupe d'Évaluation des Thérapies Complémentaires Personnalisées) a été créée. »

Philippe Hartemann

Professeur émérite de la Faculté de médecine de Nancy Directeur du Laboratoire National de Santé au Luxembourg

1. Pour toute précision, souhait de collaboration, adhésion etc.
Pr Gisèle Kanny, Présidente du GETCOP : gisele.kanny@univ-lorraine.fr



Evaluation et formation

Quels enjeux et quelles solutions aujourd'hui?

/ Dr Fernand Vicari



Le Dr Vicari pose tout d'abord deux questions :

- Comment intégrer ces soins complémentaires en pratique et par quelles personnes avec quelle responsabilité ?
- Qui pourra juger de la compétence de ces thérapeutes et s'assurer qu'il n'y a pas eu perte de chances ?

En 2015, a été créée à Nancy, une association de type loi de 1901, le GETCOP (Groupe d'Evaluation des Thérapies Complémentaires Personnalisées)..

« Il faut savoir que ces évaluations sont demandées depuis un certain temps. » En 2012, le Centre d'Analyse Stratégique (CAS), qui dépend du Premier ministre, avait le souhait que des évaluations soient faites. En 2013, l'Académie nationale de médecine a publié un rapport sur le sujet. En 2015, le Conseil national de l'Ordre des médecins a publié un webzine avec une forte contribution de l'INSERM (Pr Bruno Falissard).

Parmi les facteurs de l'évaluation, on évoque souvent l'effet placébo ainsi que l'approche holistique valorisée par les tenants des MAC mais critiquée par les détracteurs de ces pratiques comme s'il ne fallait s'occuper que de l'organe malade et même de la partie malade de l'organe.

En matière d'évaluation, on se réfère trop souvent à l'EBM pourtant critiquée par ailleurs pour ses biais (cf. Stewart Lesley dans le *Journal of the American Medical Association* (JAMA) d'avril 2015) : biais de recrutement, perdus de vue, mémorisation, comportement, biais d'interrogation et de subjectivité, etc.

Pour Stewart Lesley, une grosse analyse de publications, publications centralisées dans des revues et méta analyses, fait ressortir que :

- 50 % de ces publications seraient fausses.
- 75 % sergient enjolivées,
- 50 % sergient non reproductibles.

Or, cette EBM est opposée comme étant la pierre angulaire de cette médecine dite scientifique. Cela suscite réflexion.



En France, qui travaille sur les évaluations ? *:

- A Nice, le doyen Patrick Baqué et le docteur Marie Baqué-Juston, coordinatrice de L'Observatoire des Médecines Non Conventionnelles (OMNC). Cet organisme affilié à la faculté de médecine de l'Université Nice Sophia Antipolis a été fondé en juin 2014 et vise à favoriser la réalisation d'études scientifiques dans la région au sujet des thérapies non conventionnelles, afin de valider leur intérêt et de constituer un réseau de praticiens compétents pour ces différentes méthodes (dans le cadre du comité scientifique),
- A Strasbourg, le Pr Jacques Kopferschmitt est responsable de la coordination des thérapies complémentaires à la faculté de médecine,
- A Nantes, Frédéric Joly, ancien étudiant de l'ESSEC, travaille en lien avec le Pr Julien Nizard (Chef du Centre Fédératif Douleur, Soins palliatifs et de Support, Responsable de l'Unité de Recherche Clinique «Douleur et Neurochirurgie» au Centre Hospitalier Universitaire de Nantes). Il a pour mission de faire la formation des évaluateurs et des malades candidats aux thérapies complémentaires,
 - A Montpellier, Grégory Ninot travaille au développement de la plateforme universitaire européenne de méthodologie de la recherche interventionnelle non médicamenteuse à destination des chercheurs. Il organise depuis 2011 des congrès internationaux en alternance avec Montréal. Le prochain se déroulera à Montpellier du 18 au 20 mai 2016.

*(liste non exhaustive)



Evaluation et formation (suite)

Quels enjeux et quelles solutions aujourd'hui?

/ Dr Fernand Vicari



« En termes de formation, il faut distinguer la formation des professionnels de santé et des « autres ». »

Selon le Dr Vicari, le plus grand danger peut provenir des professionnels de santé. Sur le net, s'affichent des propositions thérapeutiques de médecins «gourous» confortés par une liste d'ex voto de «malades» prétendument guéris. A l'opposé, les non professionnels de santé tombent rapidement sous la juridiction de l'exercice illégal de la médecine ou de la pharmacie.

La revue HEGEL publie de plus en plus d'articles sur les MAC. Elle est en open access sur http://irevues.inist.fr/hegel

Commentaire de Christine Belhomme

« Le C2DS, à la fin de son étude sur l'intégration des MAC dans les établissements sanitaires et médico-sociaux en juillet 2017, mettra à disposition de ses adhérents une liste de formations qui existent en France (liste non exhaustive). »

Remarque du Pr Loisance

« Concernant la formation et les changements de pratiques, il ne faut pas attendre des responsables des changements drastiques. Ces changements viendront de niches sur le terrain et il faut valoriser ces initiatives. Seulement très peu de responsables sont prêts à remettre en cause la première année commune aux études de santé (PACES) par exemple. »

Question:

comment évaluer des pratiques complémentaires qui reposent sur des philosophies de la vie, de la maladie et de l'homme complètement différentes de nos philosophies occidentales ?

Réponse du Dr Babouraj

« Aux Etats-Unis, ils ont recours à des groupes de travail pluridisciplinaires et à des facilitateurs d'intelligence collective. Ces personnes extérieures apportent un cadre de bienveillance au sein des staffs pour faire intervenir les soignants, les médecins, les thérapeutes, les patients. Ils s'appuient aussi sur l'anthropologie et la sociologie pour aborder les questions d'évaluation de l'humain. Ce genre de staff est très productif.

C'est un peu ce que Frédéric Joly est en train de mettre en place à Nantes. »

Pr Baumelou

« Pour l'évaluation, nous ne sortirons pas de la notion de contrôle et de la nécessité de comparaison. En revanche, ce sont les objectifs qui ne sont pas bien choisis. En médecine conventionnelle nous évaluons sur des critères objectifs de mortalité et de morbidité qui ne sont pas forcément partagés par la population qui demande plutôt une satisfaction immédiate. On devrait centrer beaucoup plus nos réflexions et nos essais, qui peuvent rester contrôlés, sur le désir du patient et notamment son désir d'adhérer à une thérapie (et de la choisir).

On peut garder les mêmes méthodologies mais changer les objectifs en intégrant par exemple plus de critères liés à la qualité de vie. »



La médecine traditionnelle

chinoise à l'AP-HP :

historique et mise en œuvre dans différents services

/ Pr Alain Baumelou





Le travail de l'AP-HP se centre sur la médecine traditionnelle chinoise et son évaluation pour ne pas d'emblée afficher une volonté de faire du soin.

« Stratégiquement, c'est un facteur favorisant l'intégration de ces pratiques en milieu hospitalier.

Par ailleurs, il est difficile d'envisager l'évaluation des médecines complémentaires dans leur ensemble. C'est déjà difficile sur le champ étroit de la médecine chinoise alors il serait mission impossible d'évaluer en même temps la réflexologie plantaire, la cryothérapie, etc.

Pour évaluer les bénéfices médicaux, on est obligé de se spécialiser. Le problème de la MTC c'est que ce n'est pas une thérapie mais une médecine et un système de santé qui est vivant. Les universités chinoises peuvent avoir jusqu'à 20 000 étudiants en MTC et se composent de gens qui continuent à faire vivre ces pratiques. Elles ne sont pas restées figées dans le temps.

Dans ce système, vous avez des procédures de diagnostic et des procédures de soin.

Les premières sont fondamentalement différentes de notre système de santé propre. Elles aboutissent à une description de phénotypes fondamentalement différents et à l'application ensuite des procédures thérapeutiques que sont l'acupuncture, le Tai Chi et le Qi Gong, l'utilisation des plantes, la diététique et le massage.

L'énorme difficulté de l'évaluation c'est qu'il ne s'agit pas seulement d'une procédure thérapeutique mais d'un système de santé. »

Les travaux sur la MTC à l'AP-HP ont démarré en 2012 du fait d'une convergence d'intérêt pour la question de la part de Jean-Marie Le Guen alors en charge de la santé publique à la Mairie de Paris et président du Conseil de surveillance de l'AP-HP et de Mireille Faugere alors directrice générale de l'AP-HP.

Cette conjonction a permis d'impulser une réflexion sur les MAC à l'AP-HP.

Le Centre Intégré de Médecine traditionnel chinoise a été officialisé quelques années plus tard.

« Cette impulsion est un peu retombée et aujourd'hui, le centre est plus toléré que soutenu. »

Le rapport sur les MAC de 2011/2012 de Catherine Viens Bitker et Jean-Yves Fagon a permis de mettre en évidence que les MAC sont présentes partout à l'AP-HP.

« En l'absence de reconnaissance par les académies, les ministères... cela reste complètement non transparent et comme ces pratiques ne sont en général pas tarifées, elles n'apparaissent pas dans le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) qui suit les activités médicales. De ce fait il y a une opacité très importante. Et par ailleurs, la structure hospitalière ne communique pas du tout sur ses pratiques sur le site internet. »



« Concernant la médecine traditionnelle chinoise, plus qu'un centre intégré c'est de fait plus un réseau avec des services partenaires intéressés par cette réflexion : neurologie, maternité, médecine interne, endocrino-métabolisme et neuro-oncologie. »

Au niveau de l'obésité, le Pr Arnaud Badevant a installé une consultation avec un praticien de Qi Gong pour ses patients grands obèses. Ce praticien, certifié par le Ministère des Sports, n'était pas médecin. Il était en charge d'une association. Il a créé un dossier qui a été déposé à l'Agence Régionale de Santé (ARS) et qui a autorisé la création d'un petit centre de Qi Gong à l'intérieur du département sur l'obésité.

Après une initiation en milieu hospitalo-universitaire, les patients qui ont été initiés sont orientés vers des centres de Qi Gong partenaires et extérieurs à la structure hospitalière.

« L'oncologie, est un service précurseur qui utilise les MAC comme soin de support. Ils ont montré la voie. Mais comme ces MAC n'étaient à l'époque pas reconnues, la majorité des services d'oncologie dont ceux de la Pitié Salpétrière ont fonctionné sous forme de fondation totalement extérieure au système hospitalouniversitaire. On se trouve par conséquent dans des structures qui sont « à coté » du système et c'est un problème organisationnel. »

Pratique de l'acupuncture



au sein de la maternité de la Pitié Salpêtrière (75)

/ Stéphanie Nicolian



	Pra	ltiques		
MAC intégrée(s)	Acupuncture	Service concerné(s)	Maternité	
Date de mise en œuvre	2007	Indication		
Catégories	□ TB □ ACE	Intégré dans le dossier médical du patient (oui/non)	☑ Oui, systématiquement ☐ Oui, parfois ☐ Non	
Type de mise en œuvre	☐ CE = Consultation externe ☑ PI = Pratique Intégrée			
	Historique: Démarrage du Centre Intégré de MTC à la Pitié Salpétrière à peu près à la fin de la formation du DU. Centre dédié initialement à des projets d'évaluation. Lancement d'un protocole de recherche autour de la prise en charge des douleurs lombaires et pelviennes de la grossesse (les plus fréquentes): 50 patientes sur un an. Résultat : avec trois séances d'acupuncture, douleur de la patiente diminuée de moitié. Cette première étape a permis de faire entrer l'acupuncture dans le service. Mise en œuvre à grande échelle dans le service: Obtention de financements pour un projet de recherche clinique pour répondre à différentes questions : est-ce que l'acupuncture est efficace ? combien coûte-t-elle ? (rapport coût/bénéfice) Pendant deux ans, travail avec un groupe de 200 patientes pour comparer une prise en charge hospitalière et une prise en charge classique : 100 dans un groupe acupuncture 100 dans un groupe avec prise en charge habituelle			
Description Premiers résultats (article en cours d'écriture): • les patientes sont mieux soulagées • coût supplémentaire pour l'hôpital qui paye les séances d'acupuncture • cela coûte moins cher à la société (moins d'arrêts de travail)				
	Premiers résultats (article en cours d'écritu Après cette étude, l'acupuncture est un peu habitude prise par les obstétriciens et les so Une journée/semaine de consultation d'acu Les femmes ne viennent pas forcément d'e Il y a dix ans, la prise en compte des doule de solutions à proposer. L'acupuncture a che Autres indications : insomnie présentation du e troubles anxieux Préparation du e Certaines patientes ont pu supprimer la pris	rentrée dans les mœurs : riges-femmes de la maternité d'adresser d upuncture a été prise sur le temps de sag elles-mêmes. Ce sont surtout les praticien eurs et problèmes de sommeils étaient pe angé l'écoute de ces problèmes. et siège arrêt du tabac col à l'accouchement	ge-femme avec quotation de l'acte. s qui les envoient en consultation.	



Pratique de l'acupuncture (suite) au sein de la maternité de la Pitié Salpētrière (75) / Stéphanie Nicolian

Evaluation			
Interne/externe	Interne dans le cadre d'un projet de recherche.		
Méthode	Evaluation observationnelle et non mécanistique à trois groupes (paracétamol/acupuncture/placebo). « La vérité c'est ce qui marche » Prof. Alain Baumelou (acupuncture/placebo).		
Indicateurs			

Bénéfices et freins observés			
Pour le patient	\odot	 Meilleure écoute et prise en charge des douleurs Moindre consommation d'antidouleurs (bénéfices pour la maman et le bébé) 	
Pour les équipes	\odot		
i our les equipes			
Pour l'environnement	\odot	■ Moindre consommation de médicaments	
1 our 1 chvirolinichichi			
B 11 1 1 6 16 1	\odot		
Pour le budget des établissements		■ Coût de l'ETP de sage-femme acupunctrice (attendre détail lors de la publication de l'étude)	
Pour la société	\odot	 Moindre coût car moins d'arrêts de travail/incapacité Moindre dépenses de médicaments 	



Pratique de l'acupuncture (suite) au sein de la maternité de la Pitié Salpētrière (75) / Stéphanie Nicolian

Formations					
Intitulé de la formation	DU Acupuncture	DU Acupuncture Ville de l'organisme			
Nom de l'organisme de formation	Faculté de médecine Paris 13	Site internet de l'organisme			
Durée de la formation	Téléphone organisme				
Coût de la formation	Nom du contact				
Qui a été formé		Mail			
Formation reconnue	Oui, permet d'exercer en complément de sa spécialité d'origine				
Commentaires :	Formation ouverte aux médecins et aux sages-femmes				

Partenariats, soutien financier, réglementaire, etc.						
Nom du partenaire		ı	Nature du partenariat : financier, expertise,			
			Outils			
Description						

Ressources conseillées / source de l'information : témoignage de Stéphanie Nicolian lors de la journée MAC du C2DS le 24/11/16 Date création de la fiche : 28/12/2016



Intégration de l'hypnose

dans le parcours de soin au CSSR Châteauneuf (33)

/ Annie-France Roland

Pratiques					
MAC intégrée(s)	Hypnose médicale	Service concerné(s)	Tous les services de soin		
Date de mise en œuvre	2010	indication			
Catégories	□ TB □ ACE □ TM □ SC	Intégré dans le dossier médical du patient (oui/non)	□ Oui, systématiquement □ Oui, parfois □ Non		
Type de mise en œuvre	□ CE = Consultation externe ☑ PI = Pratique Intégrée	Parties prenantes	 Chef de projet : cadre de santé Responsable qualité Service formation Fondation APICIL OPCA Direction 		



Intégration de l'hypnose (suite)

dans le parcours de soin au CSSR Châteauneuf (33)

/ Annie-France Roland



- SSR polyvalent, autorisation gériatrique et LISP (lits identifiés soins palliatifs)
- Projet initié dans le cadre du CLUD en lien avec le groupe développement durable : présentation des bénéfices humains, économiques et environnementaux à la direction.
 - Le projet est aussi un projet social : partage de valeurs pour les professionnels, développement d'une culture de l'appartenance, émulation interne, aide à l'expression des qualités humaines.
- Pour le financement, appel à l'OPCA et au mécénat.
- Important d'avoir :
- des soutiens en interne et notamment un porteur de projets spécialistes (DU douleur, DU d'hypnose médicale) pour la crédibilité et la légitimité du projet et l'évaluation + un administratif qui aide à monter les dossiers
- des soutiens externes d'experts pour la délivrance de la formation (théorique et pratique) et les retours d'expérience
- Projet à bâtir sur des socles solides :
- contexte réglementaire : plan de lutte contre de la douleur + recommandations de la HAS (PEP + recommandations pour l'utilisation de méthodes non pharmacologiques)
- contexte scientifique : l'imagerie cérébrale a prouvé les actions de l'hypnose sur les douleurs aigues
- contexte local : un détenteur au sein de la structure d'un DU d'hypnose médicale
- constat de terrain : nombreux gestes et soins potentiellement douloureux pour les patients, répétitifs et impact sur l'organisation des soignants
- Suite au DU de Mme Roland, les soignants étaient dans l'attente d'une formation (86 % des soignants étaient favorables au fait d'être formés à cette pratique).
- Enquête auprès de 31 patients (âgés) = 71 % étaient favorables au fait de bénéficier de la pratique à condition que le soignant soit formé
- La CME a validé le projet (en amont, travail de préparation et d'information des médecins et de la direction grâce à des articles et autres retours d'expériences d'autres établissements (UGECAM Rhône-Alpes))
- APICIL a financé la formation de 20 soignants (une session en 2012, une session en 2013) Huit sessions à chaque fois.
- Utilisation de l'hypnose formelle et conversationnelle :
 - dans les soins au quotidien, pratique de l'hypnose conversationnelle
 - des infirmières référentes douleur, soins palliatifs, plaies cicatrisation, gériatrie réalisent des séances d'hypnose formelle sur leurs jours de détachement (deux jours par mois)
- En SSR, l'hypnose permet aussi d'améliorer l'autonomie des patients.
- Aujourd'hui, selon la tracabilité dans le dossier de soins :
 - 6 à 7 séances d'hypnose conversationnelle par mois intégrées au soin
 - 3 séances d'hypnose formelle par mois
- Difficulté de faire tracer ces actes par les professionnels.
- L'auto hypnose est apprise aux patients qui le souhaitent.

Description



Intégration de l'hypnose (suite)

dans le parcours de soin au CSSR Châteauneuf (33)

/ Annie-France Roland

Evaluation			
Interne/externe	Interne		
Méthode	 74 patients ont pu bénéficier de l'hypnose conversationnelle dans l'année qui a suivi la mise en œuvre Sur les 74 : 67 ont eu des bénéfices immédiats et 7 n'ont ressenti aucun bénéfice 		
Indicateurs			

Bénéfices et freins observés			
Pour le patient	\odot	 Impact sur la relation soignant / soigné Patient acteur de son projet de soin Patient accompagné de façon plus personnalisée 	
Pour les équipes		 Impact sur la relation soignant / soigné Impact sur la communication interpersonnelle (entre soignants) Impact sur l'amélioration de l'organisation des soins 	
		■ Constance de la traçabilité	
Pour l'environnement	\odot		
rour i environnement			
Pour le budget des établissements	\odot		



Intégration de l'hypnose (suite)

dans le parcours de soin au CSSR Châteauneuf (33)

/ Annie-France Roland

Formations					
Intitulé de la formation	DU d'hypnose médicale	DU d'hypnose médicale Ville de l'organisme			
Nom de l'organisme de formation	UFR Sciences Médicales	Site internet de l'organisme	http://www.u-bordeaux.fr/formation/ PRSUF02_71/diplome-d-universite-hyp- nose-medicale		
Durée de la formation	1 an	Téléphone organisme	05 57 57 13 42		
Coût de la formation					
Qui a été formé	Mail		scolarite.medecine-specilisee @u-bordeaux2.fr		
Type de formation	☐ initiale ☐ continue Formation reconnue				
Public concerné	Médecins généralistes ou spécialistes, chirurgiens-dentistes, sages-femmes, I.A.D.E., titulaires du D.U, kinésithérapeutes titulaires du même D.U, psychologues universitaires				
Commentaires	Mme Roland s'est formée par un DU. Elle a ensuite souhaité former les équipes car difficile de pouvoir développer cette pratique dans l'établissement du fait de sa fonction de cadre				

Partenariats, soutien financier, réglementaire, etc.						
Nom du partenaire	Fondation APICIL		Nature du partenariat : financier, expertise,	Aide financière avec retour d'expérience et évaluations en contrepartie		
			Outils			
Description						

Ressources conseillées / source de l'information : témoignage du SSR Chateauneuf lors de la journée MAC du C2DS le 24/11/16

Date création de la fiche : 02/01/2017



Médecine intégrative à la clinique Montagard



La clinique Montagard à Avignon, spécialisée dans la chirurgie orthopédique, a intégré diverses MAC dans le parcours de soin : hypnose, homéopathie, huiles essentielles, bol d'air Jacquier, champs électromagnétiques pulsés, etc.

Les salariés ont aussi accès à une salle de bio-détente.

Pour visionner la vidéo : https://youtu.be/fcCOpUtW-CU

Conclusion

/ Michel-Léopold Jouvin secrétaire national du C2DS





En introduction, intervention de Jacques Boutault, Maire du 2ème arrondissement, conseiller de Paris, pour saluer le C2DS.

« Mon devoir d'élu passe aussi par le fait de recevoir des hôtes dans ce lieu citoyen que devraient être plus souvent les Mairies. Un lieu où l'on accueille des gens qui réfléchissent, qui pensent, qui élaborent et qui construisent une société meilleure pour demain. C'est ce que vous faites et j'éprouve beaucoup de plaisir à accueillir des conférences comme celles-ci ».

Jacques Boutault est en effet un passionné d'écologie qui offre ses salles à de nombreuses associations en rapport avec cette thématique. Il a d'ailleurs réalisé des projets remarquables comme entre autre la mise en place d'une nouvelle poubelle orange pour tout ce qui est fermentescible ou encore l'instauration du bio dans les cantines du 2ème arrondissement.

Michel-Léopold Jouvin remercie M. le Maire d'avoir mis la salle à disposition à titre gracieux et tous les intervenants pour leur éclairage très large sur les MAC.

« A souligner que certes les laboratoires pharmaceutiques ont parfois des réactions inadaptées et font des dérives, mais sans les progrès scientifiques notoires l'état de santé des populations des pays développés ne serait pas ce qu'il est.

Pour autant, cette matinée nous a montré qu'il n'y a pas qu'une voie, que nous ne pouvions pas et ne devions pas avoir une vision dogmatique des choses. »

Michel-Léopold Jouvin a été très heureux d'entendre le Pr Loisance parler du rapport de l'Académie nationale de médecine qui bouscule des croyances sur ce que peuvent être les positions des représentants et des chercheurs en matière de médecine.

« On a bien vu que des ouvertures extraordinaires sont faites.

Cette initiative du C2DS ouvre des fenêtres mais chacun d'entre nous a un rôle à jouer pour faire évoluer notre société qui a de fortes résistances. C'est aussi à chacun d'agir là où il est, de faire passer des messages. Et nous avons peut-être aussi à faire passer des messages médiatiques pour que les évolutions se passent dans un sens positif que nous attendons, qui fera qu'on trouvera l'équilibre pour réaliser de véritables parcours de santé et non plus simplement des parcours de soin. »

Michel-Leopold Jouvin remercie enfin les uns et les dutres de leur présence.