



Actes
/ Journée
thématique

20
mars 2018
/ Paris

Médecine intégrative et efficience en établissement de santé

c2ds
comité
développement
durable
santé





Journée animée par Christine Belhomme / Terre de Santé

A l'heure où les contraintes budgétaires, réglementaires et organisationnelles ne cessent de s'amplifier dans les établissements sanitaires, la recherche d'efficience est le maître mot. Et si la médecine intégrative, qui combine les approches conventionnelles et non conventionnelles, était un des piliers de cette efficience ? Est-ce à juste titre qu'elle est présentée comme la médecine du futur par les médecins et chercheurs du monde entier qui étaient présents au 10^{ème} congrès de la Société européenne de médecine intégrative à Berlin en mai 2017 ?

Nous vous proposons de venir débattre d'efficience médicale, budgétaire, organisationnelle, humaine et environnementale avec nos invités qui témoigneront par ailleurs de leurs observations, études et expériences de terrain. Cette journée sera également l'occasion de découvrir et d'échanger autour de la Charte de Berlin rédigée par des experts internationaux qui proposent un ensemble.

9h30 / Accueil des participants

10h-12h / Programme de la matinée

Introduction / Qu'est-ce que la médecine intégrative ?

Charte de Berlin / Objectifs individuels et sociétaux pour la pratique et la recherche en médecine intégrative :

Lecture collective de la charte traduite en français par le C2DS et débat avec les participants sur la pertinence de la promouvoir en France.

Evaluer le service rendu par la médecine intégrative :

Pr Jacques Kopferschmitt / PU-PH de thérapeutique au CHRU de Strasbourg, président du Collège Universitaire de Médecine Intégrative et Complémentaire (CUMIC).

Il nous présentera différentes visions de la notion d'efficience à travers :

- des exemples d'évaluations mises en place dans différents services du CHU et de la Faculté de médecine de Strasbourg,
- des travaux du Groupe d'évaluation des thérapies complémentaires et personnalisées,
- de l'approche stratégique du CUMIC créé fin 2017, novateur et fédérateur en France.

Médecine intégrative et efficience en oncologie :

Clinique Havelhöhe / Berlin.

Pr Harald Matthes / Directeur médical et directeur général.

La clinique, classée dans le top 10 des établissements de santé allemands, propose à ses patients une médecine conventionnelle de pointe combinée avec la phytothérapie, les médicaments anthroposophiques, la méditation, l'hypnose, l'art-thérapie, la musicothérapie, le massage, la biographie, etc. Quelle efficience de cette intégration pour l'activité d'oncologique et plus largement pour toute la structure ?

12h45-14h / Déjeuner

14h-16h / Programme de l'après-midi

Observatoire des médecines non conventionnelles (OMNC) / Nice :

Dr Véronique Mondain - Membre de l'OMNC - Infectiologue au CHU de Nice et responsable du groupe Hypnose, membre de la maison de la médecine et de la culture.

Présentation de l'OMNC créé en juin 2014, sous l'égide du doyen de la faculté, le Pr Patrick Baqué : missions, actions menées, difficultés rencontrées. Quelle dynamique régionale observée ?

L'actu du C2DS.

Conseils pratiques aux établissements de santé pour évaluer le service rendu par la médecine intégrative :

Table ronde / débat.

Les intervenants de la journée, Olivier Toma - ancien directeur d'établissement fondateur du C2DS et de l'Agence Primum Non Nocere - et Merylle Aubrun - ingénieur chez AFNOR, évaluateur AFAQ 26000 et membre de la CN RS/DD France ISO 26000 - débattront et synthétiseront les éléments essentiels à envisager pour une évaluation globale de l'efficience de la médecine intégrative.

16h / Conclusion

sommaire



Introduction	p 4-5
Charte de Berlin : objectifs individuels et sociétaux pour la pratique et la recherche en médecine intégrative / Christine Belhomme	p 6-12
Évaluer le service rendu par la médecine intégrative / Pr Jacques Kopferschmitt	p 13-19
Médecine intégrative et efficacité en oncologie à l'hôpital Havelhöhe de Berlin / Pr Harald Matthes	p 20-27
L'Observatoire des Médecines Non Conventionnelles de Nice / Dr Véronique Mondain	p 28-31
Conseils pratiques aux établissements de santé pour évaluer le service rendu par la médecine intégrative / Pr Jacques Kopferschmitt, Pr Harald Matthes, Dr Véronique Mondain, Olivier Toma, Meryl Aubrun	p 32-34



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'Île d'Or - 37400 AMBOISE

Tél. : 02 47 30 60 34 - 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 sanitaires 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.

Le C2DS ne saurait être tenu responsable des propos tenus à l'occasion de cette journée. Les discours tenus par les intervenants externes au C2DS n'engagent que ceux qui les ont formulés.

Date de publication : septembre 2018

Crédits photos : AdobeStock

Introduction



Karine Chagnes / Déléguée Générale du C2DS

Le C2DS a été créé il y a dix ans pour aider les professionnels de santé à se préoccuper de leurs impacts sur la société et l'environnement et respecter « d'abord ne pas nuire, ensuite soigner » : limiter ses déchets, ne pas gaspiller l'eau et l'énergie, etc.

C'est une association qui fédère 500 établissements sanitaires et médicaux-sociaux de tous statuts juridiques, de toutes activités et sur toute la France. L'objectif du C2DS est de recenser les pratiques vertueuses de développement durable dans les établissements, de les valoriser et de les rediffuser au sein du réseau au travers d'outils spécifiques de formation, d'information, de sensibilisation et de mobilisation. Ces outils sont mis à disposition des adhérents qui s'approprient les supports pour lancer la démarche développement durable dans leur établissement. Nous couvrons aujourd'hui une dizaine de thématiques allant du management à la biodiversité en passant par la gestion des déchets ou à la partie sociale.

Christine Belhomme / Fondatrice de Terre de santé

« Bienvenus pour cette troisième journée organisée par le C2DS sur le thème des médecines alternatives et complémentaires. Historiquement, le C2DS travaille sur les thématiques du développement durable appliquées au fonctionnement des établissements sanitaires (management, qualité de vie au travail, achats responsables, déchets, eau, énergie, air, hygiène). En octobre 2016, le C2DS a décidé d'aborder un nouveau thème en lien avec le développement durable et le soin : les médecines alternatives et complémentaires (MAC).

En effet, depuis de nombreuses années, les professionnels de santé qui intègrent des MAC en complément de leurs pratiques conventionnelles observent des bénéfices humains pour les patients et les soignants mais aussi des bénéfices environnementaux et des bénéfices économiques. »

Préambule concernant la démarche du C2DS :

Le C2DS s'intéresse à l'intégration des MAC dans les services des établissements sanitaires et médico-sociaux, sans surcoût pour le patient. Il n'étudie pas la mise en place de consultations externes ou ce qui est proposé en médecine de ville.

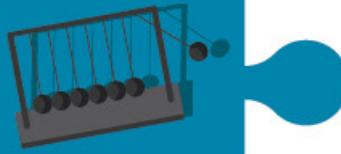
Le C2DS n'a pas vocation à évaluer/juger de l'efficacité des MAC. Cette question fait l'objet de débats contradictoires y compris à l'international (cf. les débats au congrès de Berlin début mai 2017) et le C2DS n'a ni la légitimité ni les compétences pour se positionner sur le sujet. D'autres acteurs, dont certains seront cités aujourd'hui, travaillent sur cette question.

Le C2DS tente de repérer les initiatives les plus matures en termes de structuration et d'évaluation pour les partager avec ses adhérents. Ces initiatives sont portées par des professionnels de santé responsables et très vigilants à l'égard de la santé et de la sécurité des patients.

Quelques mots clés qui guident les travaux du comité :

- **Exigence** : le C2DS respecte les cadres réglementaires et scientifiques et ne joue pas aux apprentis sorciers dans ce vaste univers des MAC.
- **Bienveillance et adogmatisme** : le C2DS fait preuve d'ouverture d'esprit et tente d'observer les pratiques qui fonctionnent sur le terrain le plus objectivement possible et sans a priori.
- **Regard global et systémique** : le C2DS aborde l'intégration des MAC sous l'angle développement durable c'est-à-dire en observant les bénéfices humains, environnementaux et économiques, de la façon la plus 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 globaux obtenus en intégrant le meilleur de la médecine conventionnelle et des MAC.

Les MAC, sémantique et cadre réglementaire



Quelle sémantique ?

L'OMS utilise le terme de médecine traditionnelle et complémentaire (MT/MC).

L'Académie de médecine française parle de thérapies complémentaires.

Le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) utilise « médecines alternatives et complémentaires », appellation utilisée en Europe et dans les pays anglo-saxons CAM (Complementary and Alternative Medicine).

Classement des MAC

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

L'OMS, l'Inserm et le National Center for Complementary and Integrative Health (NCCIH) distinguent :

- **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 rapport 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.

Rappel du cadre réglementaire en France

A ce jour, 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 des Médecins (conformément aux articles 79-80 et 81 du Code de déontologie médicale) :

- l'homéopathie,
- la mésothérapie,
- l'acupuncture,
- la médecine manuelle ostéopathe.

Source : Conseil National de l'Ordre des Médecins
Titres autorisés - mai 2016



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

- « pratiques médicales non éprouvées courantes »,
- « 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 ».



Charte de Berlin :

objectifs individuels et sociétaux pour la pratique et la recherche en médecine intégrative

Christine Belhomme / Fondatrice de Terre de santé



Lecture collective de la Charte et échanges

Cette charte a été écrite par les quatre présidents du dixième congrès mondial organisé par la Société Européenne de Médecine Intégrative dont le thème était « Médecine Intégrative et santé » : Benno Brinkhaus (Allemagne), Aviad Haramati (USA), Torkel Falkenberg (Suède) and Stefan Willich (Allemagne). Elle a été signée par de multiples associations ou individus dans le monde.

The Berlin Agreement

Self-Responsibility and Social Action in Practicing and Fostering Integrative Medicine and Health Globally

April 5, 2017

L'accord de Berlin

L'accord de Berlin : auto-responsabilité et action sociale dans la pratique et la promotion de la médecine intégrative et la santé partout dans le monde

5 avril 2017

Introduction

Faced by multiple challenges, including the rise of chronic, lifestyle related diseases, and grossly inequitable access to healthcare, we are committed to achieving the Sustainable Development Goals 2030 to foster healthy lives and promote well-being for all ages. We are part of a global movement to orient care, and the education, research and policy that support it, toward a model that draws on biomedical, complementary and traditional medicine practices and respects multiple philosophies.

This approach to medicine and healthcare :

" ... reaffirms the importance of the relationship between practitioner and patient, focuses on the whole person, is informed by evidence, and makes use of all appropriate therapeutic and lifestyle approaches, healthcare professionals and disciplines to achieve optimal health and healing."

Our work stands on that advanced in 1978 at the Alma-Ata Conference that mobilized a movement for primary healthcare for all and officially declared the importance of integration of effective traditional practices to promote global health.

Introduction

Face à de multiples défis, incluant l'augmentation des maladies chroniques liées aux modes de vie et l'inégalité flagrante de l'accès aux soins, nous nous engageons à atteindre les Objectifs de Développement Durable 2030 pour favoriser des vies en bonne santé et un bien-être pour tous les âges. Nous participons à un mouvement global pour orienter le soin et l'éducation, la recherche et les politiques qui les soutiennent, vers un modèle qui s'appuie sur le biomédical, les pratiques traditionnelles et complémentaires et respecte de multiples philosophies.

Cette approche de la médecine et des soins :

« réaffirme l'importance de la relation entre le praticien et le patient, se concentre sur l'ensemble de la personne, est fondée sur les preuves et utilise toutes les approches thérapeutiques et de style de vie appropriées, tous les professionnels de santé et toutes les disciplines pour atteindre une santé optimale et la guérison."

Notre travail repose sur les bases établies en 1978 à la conférence d'Alma-Ata qui a mobilisé un mouvement pour les soins de santé primaire pour tous et a officiellement déclaré l'importance de l'intégration de pratiques traditionnelles efficaces pour promouvoir la santé.

Charte de Berlin :

objectifs individuels et sociétaux pour la pratique et la recherche en médecine intégrative

Christine Belhomme / Fondatrice de Terre de santé



Today, the World Health Organization (WHO) advocates universal health coverage and integration of safe and effective traditional providers and complementary services into health service delivery, as well as self-care practices. These are key objectives of the WHO's traditional medicine strategy 2014-2023. We also affirm our alignment with the declarations from Beijing in 2008 and Stuttgart in 2016 and fully support calls on governments and non-governmental agencies to adopt, support, fund, research and promote activities that advance evidence informed integrative care models.

With this Berlin Agreement we call on ourselves as individuals to engage, to the best of our abilities, in the following :

Aujourd'hui, l'OMS préconise une protection universelle de la santé, l'intégration de praticiens traditionnels sûrs et efficaces et de services complémentaires dans les prestations de service de santé ainsi que la pratique d'auto-soins. Ce sont des objectifs clés de la Stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle pour 2014-2023. Nous affirmons également notre alignement sur les déclarations de Pékin en 2008 et Stuttgart en 2016 et supportons totalement l'appel des gouvernements et des agences non gouvernementales à l'adoption, le soutien, le financement, la recherche et la promotion des activités qui font avancer les modèles intégratifs basés sur des données probantes.

Avec cet accord de Berlin, nous faisons appel à nous-mêmes en tant qu'individus pour nous engager, dans la mesure du possible, dans les éléments suivants :

Model Health

Recognizing that our ability to impart and enhance health and well-being is not only performed by a social and professional health practice, but is also informed by our own self-care and resilience, we strive to model personal engagement in health-creating practices.

Créer la santé

Reconnaissant que notre capacité à donner et améliorer la santé et le bien-être n'est pas seulement assurée par une pratique sociale et professionnelle mais aussi par nos propres soins personnels et notre résilience, nous nous efforçons de mettre en pratique notre engagement personnel dans des pratiques créatrices de santé.

Engage Patients

Knowing that the most important strategy for fostering health is to engage patients in better lifestyle choices, we seek to develop our skills to activate patients to be self-responsible, to strengthen their resilience, and become captains of their own healing processes. In respect for the importance of natural processes as guides for enhancing well-being, we educate and stimulate patient understanding of, and participation in, efforts to protect and sustain the natural environment.

Impliquer les patients

Sachant que la plus importante stratégie pour favoriser la santé est d'impliquer les patients dans des choix de styles de vie meilleurs, nous cherchons à développer nos compétences pour rendre nos patients auto-responsables, à renforcer leur résilience et devenir les capitaines de leur propre processus de guérison. Par respect pour l'importance des processus naturels comme guides pour améliorer le bien-être, nous éduquons et stimulons la compréhension - et la participation - du patient aux efforts pour protéger et soutenir l'environnement naturel.

Charte de Berlin :

objectifs individuels et sociétaux pour la pratique
et la recherche en médecine intégrative

Christine Belhomme / Fondatrice de Terre de santé



<p>Promote Interprofessionalism and Team Care</p>	<p>Promouvoir l'inter-professionnalisme et le travail d'équipe</p>
<p>Knowing that no single type of practitioner has all the answers that can be useful to a given patient, we individually seek to develop quality relationships with members of other disciplines and professions to guarantee that we can quickly connect patients to the right services from the right practitioners and right professions at the right time;</p> <p>Aware that such care may be provided via knowledge or practitioners from multiple global healing traditions, we personally commit to continuously broadening our understanding, awareness and engagement with other fields and resources.</p>	<p>Sachant qu'un seul type de praticien n'a pas toutes les réponses qui peuvent être utiles à un patient donné, nous cherchons à développer une relation de qualité avec les membres d'autres disciplines et professions pour garantir de pouvoir connecter rapidement les patients avec les bons services des bons praticiens et des bonnes professions au bon moment.</p> <p>Conscients que de tels soins peuvent être offerts via des savoirs ou des praticiens de multiples traditions de thérapie globale, nous nous engageons personnellement à continuellement élargir notre compréhension, conscience et engagement avec d'autres domaines et ressources.</p>
<p>Recognise the Importance of Traditional Medicine in Global Healthcare</p>	<p>Reconnaître l'importance de la médecine traditionnelle dans la santé mondiale</p>
<p>Given that traditional medical products, practices and practitioners are the main access to healthcare in most regions of the world, we highlight the importance of global investment to systematically develop best practices in these diverse systems that supports their safe and effective use and integration with biomedical practices.</p>	<p>Étant donné que les produits médicaux, pratiques et praticiens traditionnels sont le principal accès aux soins dans la plupart des régions du monde, nous soulignons l'importance d'un investissement mondial pour développer systématiquement les meilleures pratiques de ces systèmes divers et soutenons leur utilisation sûre et efficace et leur intégration avec les pratiques biomédicales.</p>
<p>Commit to Evidence-Informed Dialogue and Practice</p>	<p>S'engager dans un dialogue et une pratique reposant sur des preuves</p>
<p>Aware that a substantial portion of what is done in medicine and healthcare lacks a quality evidence base, we personally seek ever more effective ways to end polarizing dialogue and to stimulate collaboration in our collective ability to research, create and operationalize optimal evidence informed integrative care.</p>	<p>Conscients qu'une part substantielle de ce qui est fait en médecine et soins manque d'une qualité basée sur des données probantes, nous nous engageons personnellement à trouver des moyens toujours plus efficaces pour stopper les discours polarisants et stimuler la collaboration dans notre capacité collective à chercher, créer et rendre opérationnels des soins intégrés reposants sur des preuves.</p>

Charte de Berlin :

objectifs individuels et sociétaux pour la pratique
et la recherche en médecine intégrative

Christine Belhomme / Fondatrice de Terre de santé



<h2>Foster Whole Systems Research</h2>	<h2>Encourager la recherche de systèmes globaux</h2>
<p>Committed to practices that respect the whole human being through use of diverse modalities and often through teams of practitioners, we personally champion development of methods, funding, and dissemination of research that address chronic diseases from multiple etiologies and treatments that often are best resolved through whole person and whole systems approaches.</p> <p>Aware that questions related to cost are often an obstacle to the system-wide implementation of these models and thus access to these services, we will personally endeavor to support heightened focus on research that includes the economic dimensions of integrative models of care.</p>	<p>Engagés dans des pratiques qui respectent la globalité de l'être humain au travers de diverses modalités et souvent au travers d'équipes de praticiens, nous défendons personnellement le développement de méthodes, financements et diffusion de recherches qui abordent les maladies chroniques sous l'angle de plusieurs étiologies et traitements qui sont souvent mieux résolues par des approches de la globalité de la personne et de systèmes complets.</p> <p>Conscients que les questions relatives aux coûts sont souvent un obstacle à la mise en œuvre de ces modèles dans l'ensemble du système et donc à l'accès à ces services, nous allons personnellement œuvrer pour encourager un focus renforcé sur la recherche qui inclue les dimensions économiques des modèles intégratifs de santé.</p>
<h2>Stimulate Collaboration</h2>	<h2>Stimuler la collaboration</h2>
<p>Given the limitations and harm that can emanate for professions and stakeholders operating in isolation, we challenge ourselves individually, and within our own professional organizations and institutions, to commit to programs and projects that stimulate increased respect, collaboration and understanding across disciplines, traditions, professions, and stakeholders.</p>	<p>Compte tenu des limitations et des préjudices qui peuvent émerger pour des professions et des parties prenantes qui opèrent de manière isolée, nous nous donnons pour défi, individuellement et dans nos organisations et nos institutions, de nous engager dans des programmes et des projets qui stimulent un plus grand respect, une collaboration et une compréhension entre toutes les disciplines, traditions, professions et parties prenantes.</p>
<h2>Bridge Clinical Care with Prevention, Community and Public Health</h2>	<h2>Faire un pont entre les soins cliniques et la prévention, la santé publique et la santé communautaire</h2>
<p>Knowing that clinical medical interventions represent but 10%-20% of the factors that shape the health of a community, we actively engage in creative methods to deepen the preventive and lifestyle dimensions of our individual practices while also connecting our practices and patients to community and public health resources.</p>	<p>Sachant que les interventions médicales cliniques représentent en fait de 10 % à 20 % des facteurs qui modèlent la santé d'une communauté, nous nous engageons activement dans des méthodes créatives pour approfondir les dimensions préventives et liées aux modes de vie de nos pratiques individuelles tout en connectant aussi nos pratiques et nos patients aux ressources communautaires et de santé publique.</p>

Charte de Berlin :

objectifs individuels et sociétaux pour la pratique et la recherche en médecine intégrative

Christine Belhomme / Fondatrice de Terre de santé



Engage as Change Agents

Recognizing that imbalances in social, environmental, economic and political structures are major influences in the health of citizens, we seek to foster more equitable communities and societies.

To better empower our own work, we seek to expand our abilities to work closer and more constructively with other professions, government agencies, non-governmental organizations, private and not for profit businesses, patients and other stakeholders in advancing integrative health and medicine.

Through engaging these personal and social responsibilities, we will improve individual patient care and positively influence the preconditions of healthcare systems, locally and globally, to achieve optimal health and healing in the individuals, communities and planet we serve.

S'impliquer en tant qu'agents de changement

Reconnaissant que les déséquilibres dans les structures sociales, environnementales, économiques et politiques ont une influence majeure sur la santé des citoyens, nous cherchons à favoriser des communautés et sociétés plus équitables.

Pour donner plus de pouvoir à notre propre travail, nous cherchons à augmenter notre capacité à travailler plus étroitement et de manière plus constructive avec les autres professions, agences gouvernementales, organisations non gouvernementales, sociétés privées à but non lucratif, patients et autres parties prenantes.



This agreement was developed by the Congress Presidents (B. Brinkhaus (Germany), A. Haramati (USA), T. Falkenberg (Sweden) and S.N. Willich (Germany) with J. Weeks (USA) and the other members of the International Organizing Committee (A.M.N. AlBedah (Saudi Arabia), H. Boon (Canada), P.A. Caceres Guido (Argentina), M. Khalil (Saudi Arabia), M.S. Lee, (Korea), C.A. Lin (Brazil), J. Liu (China), E. Schiff (Israel), A. Steel

(Australia), R. Street (South Africa) and K. Watanabe (Japan) of the World Congress on Integrative Medicine and Health 2017 in Berlin and is supported by several societies such as the e.g.

Cet accord a été développé par les présidents de congrès (B. Brinkhaus (Allemagne), A. Haramati (USA), T. Falkenberg (Suède) and S.N. Willich (Allemagne) avec J. Weeks (USA) et les autres membres du comité d'organisation (A.M.N. AlBedah (Arabie Saoudite), H. Boon (Canada), P.A. Caceres Guido (Argentine), M. Khalil (Arabie Saoudite), M.S. Lee, (Corée), C.A. Lin (Brésil), J. Liu (Chine), E. Schiff (Israël), A. Steel (Australie), R. Street (Afrique du Sud) et K. Watanabe (Japon) du congrès mondial sur la médecine intégrative et santé 2017 de Berlin. Il est supporté par plusieurs sociétés dont vous trouverez certaines en page suivante.

Charte de Berlin :

objectifs individuels et sociétaux pour la pratique et la recherche en médecine intégrative

Christine Belhomme / Fondatrice de Terre de santé



- European Society of Integrative Medicine (EU)
- Academic Collaborative for Integrative Health (USA)
- Integrative Health Policy Consortium (USA)
- Academy of Integrative Health and Medicine (USA)
- Academic Consortium for Integrative Medicine & Health (USA)
- Umbrella Association of Austrian Doctors for Holistic Medicine (AUT)
- Association of Anthroposophic Physicians in Germany (Germany)
- Interprofessional Organization for Anthroposophic Medicine (Germany)
- German Physicians Society of Osteopathy (Germany)
- International Society for Chinese Medicine (Germany)
- German Physicians' Association for Ayurvedic Medicine (Germany)
- The Society of Complementary Medicine in Israel (Israel)
- German Association of Homeopathic Physicians (Germany)
- Latin American Society of Phytomedicine (Latin America)
- Argentine Council of Osteopaths - Registry of Osteopaths (Argentina)
- First Ayurveda Health Foundation (Argentina)
- Spanish Federation of Integrative Medicine (Spain)

as well as individual clinicians, researchers, educators and policy-makers.

- Société européenne de médecine intégrative (EU)
- Collaboration universitaire pour la santé intégrative (USA)
- Consortium politique de santé intégrative (USA)
- Académie de la santé et de la médecine intégrative (USA)
- Consortium académique pour la médecine et la santé intégrative (USA)
- Association coordinatrice des docteurs autrichiens pour une médecine holistique (AUT)
- Association de médecins anthroposophes en Allemagne (Allemagne)
- Organisation interprofessionnelle pour la médecine anthroposophique (Allemagne)
- Société d'ostéopathie des médecins allemands (Allemagne)
- Société internationale pour la médecine chinoise (Allemagne)
- Association des médecins allemands pour la médecine ayurvédique (Allemagne)
- La société de la médecine complémentaire en Israël (Israël)
- Association allemande des médecins homéopathes (Allemagne)
- Société latino-américaine de phyto médecine (Amérique Latine)
- Conseil argentin d'ostéopathes (Argentine)
- Première Fondation Santé Ayurveda (Argentine)
- Fédération espagnole de médecine intégrative (Espagne)

Ainsi que des médecins individuels, chercheurs, éducateurs et décideurs politiques.



Charte de Berlin :

objectifs individuels et sociétaux pour la pratique et la recherche en médecine intégrative

Christine Belhomme / Fondatrice de Terre de santé



Témoignage du Pr Matthes, signataire de la charte :

La médecine intégrative a longtemps été considérée comme non scientifique et il est maintenant grand temps d'échanger avec toutes les parties prenantes gouvernementales et non gouvernementales afin que la composante scientifique soit discutée et reconnue.

Le système de médecine intégrative contient des parties prenantes qui sont convaincues que la composante principale n'est pas scientifique et cette charte représente l'un des moyens par lesquels on peut rendre la médecine intégrative plus scientifique.

Commentaires de la salle à propos de la charte :

« Je suis très intéressée par ce texte et je le signerais en tant que réflexologue. Il est aussi intéressant parce que le projet européen CAMbrella* a essayé de fédérer et qualifier toutes les pratiques en Europe et j'ai l'impression que cette charte est la continuité et la mise en pratique de ce projet qui s'est arrêté en 2013. C'est intéressant de voir que l'action continue et qu'on va dans le sens d'une intégration de toutes les médecines et également un besoin de preuves scientifiques de la validité de ces médecines. Je trouve ça intéressant. »

« Je vois avec plaisir que le mot alternatif n'apparaît pas et je suis toujours très choquée quand on parle de médecines alternatives et complémentaires. Le fait de parler de thérapie complémentaire et de médecine intégrative semble beaucoup plus adapté. Je trouve la charte très intéressante et je la signerais si on me le proposait. »

« Les Français comme d'habitude sont assez absents notamment de CAMbrella. Il faut vraiment se bouger pour combler le retard monstrueux de la France. La notion de preuve et de niveau de preuve est sans doute la partie la plus importante de la charte mais comme il s'agit là d'évaluer des pratiques et non des médicaments, l'approche est totalement différente. »

« Je suis médecin et moi je signe parce que je suis intéressée par cette façon de voir les choses notamment l'interdisciplinarité. En sous-jacent il y a aussi le rôle très important des médias qui nous dessert souvent. »

« Je suis psychothérapeute en psychocorporel et je trouve que cette charte est très intéressante. On pourrait y ajouter une partie spéciale pour la recherche et la prévention en lien avec les maladies chroniques liées à l'environnement et aux polluants. »

« Il existe une littérature non négligeable à l'international qui devrait être transmise et rendue visible en France. En Belgique, nous réfléchissons avec l'Université de Louvain à la différence entre *Efficacy et effectiveness* et, dans ce champ intégratif, on est dans des interventions complexes qui ne rentrent pas dans les modèles d'évaluation de l'Evidence-Based Medicine (EBM). Les Anglais ont mis en place le système d'évaluation *Whole System* où on revient sur les cohortes observationnelles qui peuvent être déjà porteuses d'informations tout à fait pertinentes au niveau de la clinique thérapeutique. »



« Je suis pharmacien et directeur d'un centre de dialyse et je signerais cette charte au titre de mes deux fonctions. Je pense qu'aujourd'hui, même si nous avons un peu de retard, nous avons une formidable opportunité avec le projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) 2018 qui parle de pertinence de soins et d'une approche qui va dépasser la notion du parcours de soin avec la notion de parcours patient et de parcours de vie. »

« Médecin gériatre, je pratique l'éducation thérapeutique que je considère comme une médecine intégrative et j'aimerais savoir si les représentants des usagers ont signé cette charte parce qu'on implique le patient et ce serait important d'avoir leur avis ? »

(Pas de réponse)

*CAMbrella est un réseau de recherche paneuropéen pour les Médecines Complémentaires et Alternatives.

Évaluer le service rendu par la médecine intégrative

Pr Jacques Kopferschmitt / Professeur de thérapeutique, chargé de mission sur les thérapies complémentaires au Centre hospitalo-universitaire de Strasbourg.



« La Charte de Berlin est une opportunité particulièrement importante qui va nous dynamiser. »

Gandhi disait : « la règle d'or de la conduite est la tolérance mutuelle, car nous ne penserons jamais tous de la même façon, nous ne verrons qu'une partie de la vérité et sous des angles différents ».

Pour avancer, il faut une tolérance entre les différents protagonistes de la santé parce que nous ne voyons pas tous les choses de la même manière. Il faut absolument admettre que la vérité se fait parfois en plusieurs temps.

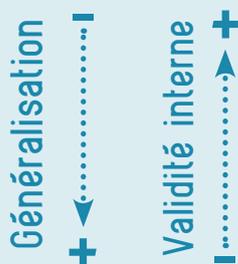
En France, nous avons un retard mais il faut le mettre en avant parce que c'est devenu un avantage conceptuel. En effet, sans faire de copier/coller des démarches des autres structures internationales, on peut réfléchir un peu autrement et évacuer un certain nombre de problèmes et de termes du type "alternatif" pour qualifier ces pratiques.

Réflexion autour de la notion d'efficacité du service rendu :

Il y a trois composantes à prendre en compte dans la réflexion autour de la notion de service rendu en fonction de la cible :

- La complémentarité entre les médecines. Il ne s'agit pas de mener un combat entre les différentes thérapies mais pour cela, encore faut-il que tout le monde connaisse ces thérapies. Au fond, tout est dans la même médecine. Et au fond, il n'y a qu'une seule médecine comme l'ont compris les médecines chinoises ou ayurvédiques.
- La partie spécifique et non spécifique des thérapies complémentaires. La partie non spécifique est tout ce qui touche à l'environnement du malade et que l'on va retrouver dans la charte.
- La complexité des évaluations de processus complexes et la notion d'efficacité. Les thérapies complémentaires sont parfois oubliées dans la certification et dans les projets d'établissements.

Quelle différence entre efficacité et efficacité ou utilité ? L'efficacité d'un médicament par exemple est connue sur des malades qui sont en recherche clinique. Quand on parle d'efficacité, cela concerne des malades plus « normaux » de la vie de tous les jours. L'efficacité ne garantit pas l'efficacité et inversement. La médecine intégrative, c'est le rééquilibrage entre les deux.



Efficacité : optimisation des outils mis en oeuvre pour parvenir à un résultat.

Utilité : mesure du bien-être (besoin) ou de la satisfaction obtenue par la consommation, ou du moins l'obtention d'un bien ou d'un service.

issu de la présentation du Pr Jacques Kopferschmitt

Efficacité



**Efficacité
ou utilité**

Que fait le traitement dans des conditions idéales ?

- Tout patient
- Diversité des thérapeutes
- Pratiques différentes
- Coûts variables
- Environnement et culture...

Que fait le traitement dans des circonstances ordinaires en tenant compte de tous les paramètres ?

Évaluer le service rendu par la médecine intégrative

Pr Jacques Kopferschmitt



En termes d'évaluation on parle de l'*Evidence-Based Medicine (EBM)*, la médecine factuelle. Or ce qui manque souvent dans cette évaluation c'est la dimension « Practice ». Pour évaluer les pratiques complémentaires, il faut innover sur le plan méthodologique et passer de l'*Evidence-Based Medicine* à l'*Evidence-Based Practice* (voir ci-dessous).

Innovation méthodologique de la recherche

What is Evidence-Based Practice?



Clinical Expertise

- Clinician's Cumulated:
- Experience
- Education
- Clinical Skills

Best research Evidence

- Clinically relevant research
- Conducted using sound methodology

Patient values and Preferences

- Personal Preferences
- Unique Concerns
- Expectations
- Values

Evidence-Based Practice

Definitions: «Evidence-Based Practice is the conscientious, explicit, and judicious use of current best evidence in making decisions about the care of individual patients. The practice of evidence based medicine means integrating individual clinical expertise with the best available external clinical evidence from systematic research.» (Sackett et al 1996, p.71)

«Even though this definition (by Sackett et al) was originally given with respect to evidence-based medicine, it is often extended beyond the medical profession and used to define evidence-based practice as well.» (Hoffmann, Bennett & Del Mar 2010, p.2)



issu de la présentation du Pr Jacques Kopferschmitt

Mission hospitalo-universitaire au CHU de Strasbourg

Jacques Kopferschmitt est chargé d'une mission hospitalo-universitaire de recherche et d'analyse à l'intérieur du CHU de Strasbourg, en ayant comme fil conducteur une approche intégrative pour ne pas faire de chapelles au sein de l'établissement. Cette mission est une chance et elle mériterait d'être dupliquée sur le territoire.

1^{ère} étape : intégration des thérapies complémentaires (T.C.) dans les enseignements

Une des grandes difficultés dans le pays est qu'il y a beaucoup de personnes qui s'intéressent ou aimeraient s'intéresser à ces sujets mais qu'ils les connaissent peu. Les premiers sont les médecins qui sont souvent opposés par manque de connaissances. Avec un minimum de pédagogie, on parvient à intégrer les thérapies complémentaires dans les enseignements.

Trois questions essentielles préalables à l'introduction des T.C. dans l'enseignement :

1. Y a-t-il une preuve scientifique évidente d'efficacité ou de nocivité ?

2. Y a-t-il la preuve d'une utilisation courante rationnelle par les patients ? Même s'il ne s'agit pas d'enseigner sous la pression des patients, le fait que plus de 60 % de la population ait recours à des thérapies complémentaires implique que les médecins devraient savoir de quoi il s'agit.

3. Les TC ont-elles le potentiel de traiter une situation sans ressource thérapeutique conventionnelle ? Il en existe beaucoup dans les pathologies chroniques, les maladies neurodégénératives, les effets secondaires de la chimiothérapie, les douleurs, etc.

Il est important de savoir qu'un changement de paradigme est nécessaire pour aller vers un nouvel enseignement de la médecine. Les études de médecine commencent à évoluer. Actuellement, elles courent après les innovations, rattachant parfois la médecine davantage à l'ingénierie de la santé qu'à l'intelligence de la vie ou de l'existence... Or, le contact direct avec le malade confronté à des maladies chroniques est sans doute tout aussi important. On arrive à un point de telle évolution de la science qu'il va falloir trouver le compromis entre les deux.

Évaluer le service rendu par la médecine intégrative

Pr Jacques Kopferschmitt



Voici un panorama de ce qui a été intégré au CHU de Strasbourg :

■ Pour les étudiants en médecine :

- Une introduction aux T.C. en sciences humaines est faite en première année. On s'adresse au lycéen qui est en première année de médecine et qui est très réceptif car encore totalement vierge de toute information médicale. Il ne s'agit pas de faire de longues heures de cours sur les thérapies complémentaires mais 1 heure de cours peut suffire et cela les passionne parce qu'ils ne se doutaient pas qu'une faculté de médecine pouvait les enseigner sur les grands concepts de ces pratiques. C'est une première injection dans leur parcours.
- Puis vient un module optionnel d'une vingtaine d'heures : « les médecines complémentaires et leur place en pratique » depuis 2014 (acupuncture, aromathérapie, homéopathie).
- Ainsi qu'un module optionnel « méditation » depuis 2016.

■ Troisième cycle :

- Coordination universitaire du DIU d'initiation, de la capacité d'Acupuncture médicale et le DIU obstétrical depuis 1987.
- Coordination du D.I.U. d'Auriculothérapie.
- Coordination du D.I.U. d'Hypnose et douleur.
- Coordination Ostéopathie et douleur.

Mais il y a un danger : le Pr Kopferschmitt ne doit pas être l'universitaire chez qui on va toquer tous les matins pour demander si on ne pourrait pas instaurer un nouveau DIU de thérapies complémentaires pour valider quelque chose qui ne l'est pas. Il a parfois refusé de créer certains enseignements parce qu'il n'y avait pas la crédibilité scientifique et que le DU n'est pas nécessairement une garantie pour ouvrir toutes les portes.

■ **Aux paramédicaux** : les infirmières, les kinés et les sages-femmes ont un cours obligatoire sur les thérapies non médicamenteuses depuis plusieurs années.

Pour rendre la démarche intégrative, il est fondamental de diffuser l'information au plus grand nombre. Pour ce faire, la faculté organise des colloques ouverts aux professionnels de santé mais plus largement à toutes personnes intéressées. Voici les thèmes qui ont été traités :

- Phyto-Aromathérapie
- Homéopathie
- Méditation et neurosciences
- Auriculothérapie
- Méditation
- Ayurvéda
- Acupuncture et MTC
- Microkinésithérapie
- Hypnose en Clinique
- Ostéopathie
- Physiothérapie inductive
- Médecine humanitaire et T.C.
- Médecine Anthroposophique

Ces colloques abordent ces sujets sur un format interrogatif.



Évaluer le service rendu par la médecine intégrative

Pr Jacques Kopferschmitt



2^{ème} étape : intégration des thérapies complémentaires dans le secteur hospitalier :

La deuxième étape de l'intégration, c'est l'utilisation des thérapies complémentaires dans le secteur hospitalier.

C'est un peu plus difficile parce qu'il y a des enjeux singuliers :

- Répondre aux usagers par une offre raisonnée et éviter un décalage entre la demande et l'offre.
- Amplifier la qualité et le confort des soins : médecine globale intégrative.
- Poursuivre une continuité des soins avec une parfaite complémentarité en ambulatoire et en hospitalisation.
- Rechercher une réduction des coûts directs et indirects.
- Créer une dynamique et une compétence d'établissement pour tous les soignants avec la formation et la recherche.

L'établissement recherche une efficacité globale :

- Pour les usagers.
- Pour le personnel.
- Pour l'institution.
- Pour la santé publique.

Les objectifs aux Hôpitaux Universitaires de Strasbourg étaient de :

- Faire un état des lieux pour analyser les activités existantes et identifier les personnes ressources, ce qui a permis de :
 - réaliser un répertoire opérationnel de toutes les personnes qui « font », « ont envie de faire » et « ne veulent pas faire » sur différentes disciplines : aromathérapie, toucher massage, hypnose, méditation, MTC, shiatsu, reiki, sophrologie... Cela a permis de canaliser/cadrer les pratiques pour qu'elles puissent continuer à se faire,
 - officialiser les pratiques avec la validation des compétences et vérifier les apports patients et personnel soignant.

Cet état des lieux a concerné la cancérologie, les soins palliatifs, les chirurgies et les pédiatries où il se pratique beaucoup de thérapies, la cardiologie, l'obstétrique, les urgences...

■ Créer une dynamique d'établissement :

- Création et animation d'un groupe pluriprofessionnel pour l'information, l'analyse des bonnes pratiques et les échanges : Association des thérapies complémentaires des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg (ATCHUS) qui propose des réunions mensuelles thématiques avec des invités. Il y a une cinquantaine de personnes dans ce groupe et on aborde des sujets très divers.
- Aide et mise en place de recherches cliniques médicales et paramédicales (méditation, hypnose, aromathérapie...) pour aider des personnes souhaitant faire de la recherche mais n'ayant pas les bases méthodologiques particulières. C'est surtout en hypnose, aromathérapie et méditation que la recherche est développée.
- Aide à la réalisation des projets et demandes institutionnelles de formation continue. Beaucoup de personnes ont été formées à l'hypnose en dix ans sans que l'établissement en fasse quoi que soit ensuite. Il s'agit donc de valider la formation de telle ou telle personne sur tel ou tel projet pour ne pas dépenser de l'argent inutilement.
- Site Web Intranet et internet en cours.
- Grande enquête 2015 auprès de 1 417 usagers ambulatoires du CHU (consultations externes de cancérologie, chirurgie, de médecine, etc.) pour savoir ce qu'ils pensaient des thérapies complémentaires au CHU. **Principaux résultats :**
 - **49,7 %** utilisent une thérapie complémentaire en venant en consultation externe. Ce chiffre montre l'importance du recours à ces thérapies et le fait que l'on ne peut pas rester dans le silence.
 - **41 %** utilisent l'acupuncture seule ou associée, l'homéopathie, la phyto/aromathérapie...
 - **77 %** trouveraient intéressant que ce soit proposé à l'hôpital.
 - **77 %** aimeraient que ce qui est commencé à la maison puisse être continué à l'hôpital.
 - **65 %** souhaiteraient que ce soit réalisé par un professionnel de santé.
 - **74 %** aimeraient que cela fasse l'objet d'un enseignement en faculté de médecine.

L'enquête a été menée par des personnes indépendantes avec un anonymat complet. Cela montre que les patients sont des alliés importants.

Évaluer le service rendu par la médecine intégrative

Pr Jacques Kopferschmitt



Il y a une place pour les thérapies complémentaires à l'hôpital :

- On peut en démontrer l'efficacité et la sécurité assez facilement avec un certain nombre de travaux.
- L'hôpital peut contribuer à une recherche innovante et inédite mais cette recherche n'est pas bien financée par rapport à d'autres recherches particulières.
- Elles contribuent à une qualité des soins.
- Elles peuvent éviter la surmédicalisation avec la course en avant d'un certain nombre de produits (exemple de l'antibiothérapie outrancière et de l'antibiorésistance induite).
- Elles favorisent l'organisation des soins en parcours.

Il y a des précautions à avoir :

- Précaution sur la qualité des prestations. Il faut vérifier ce que les gens sont capables de faire. S'il existe des formations diplômantes, c'est bien mais elles n'existent pas pour toutes les thérapies.
- Il convient de limiter le champ des thérapies utilisées.
- Il ne faut pas passer à côté des bénéfices de la médecine conventionnelle

Au-delà des Hôpitaux de Strasbourg, le Pr Kopferschmitt participe à la création du Groupement d'évaluation des thérapies complémentaires personnalisées (GETCOP) à Nancy en tant que vice-président. Ce groupement a pour objet de :

- Organiser l'évaluation des thérapies complémentaires personnalisées (TCP) sur des bases.
- Diffuser les résultats des travaux.
- Créer à l'aide des moyens informatiques modernes une banque de données sur les TCP.
- Susciter des programmes de recherche pour la validation scientifique et clinique ainsi que la sécurité d'usage des TCP en collaboration avec les organismes de recherche.
- Favoriser les échanges d'information avec toute association nationale et internationale aux objectifs identiques ou complémentaires.
- Œuvrer à la reconnaissance officielle des TCP qui auront reçu un avis favorable.

Le groupement a organisé deux congrès à Nancy depuis sa création.



3^{ème} étape : création du Collège Universitaire de Médecine Intégrative et Complémentaire (CUMIC)

Dans ce collège il y a essentiellement des universitaires responsables d'enseignements : des doyens, des académiciens, etc.

Ce collège a de nombreuses missions :

1. Promouvoir et encadrer les enseignements et formations universitaires sur l'approche intégrative et personnalisée des patients, et les thérapies complémentaires (TC). Il s'agit de travailler sur des maquettes à proposer aux doyens. À noter que la conférence des doyens est favorable à ce sujet.
2. Promouvoir, dans le domaine de la santé, la recherche et l'innovation, en termes de soins et de prévention sur la médecine intégrative et les TC :
 - innovation en recherche méthodologique.
 - études médico-économiques sur l'efficacité des TC, concourant à la limitation de la iatrogénie. La première question que pose un directeur quand on évoque la possibilité d'introduire ces pratiques est « combien ça coûte ? ».
3. Être l'interlocuteur des instances universitaires, pouvoirs publics, organismes représentatifs des professions de santé et associations d'usagers et de patients sur TC.
4. Mettre en place les bases d'un observatoire des pratiques et des événements indésirables.
5. Promouvoir le partage d'expériences et ressources méthodologiques.
6. Promouvoir des études nationales et internationales.

Évaluer le service rendu par la médecine intégrative

Pr Jacques Kopferschmitt



Conclusion

Trois facettes sont indispensables pour développer la médecine intégrative :

- une facette hospitalo-universitaire,
- une facette de fédération et regroupement des acteurs au sein des établissements,
- une facette d'enseignement.

Par ailleurs, il faut :

- être convaincu soi-même de l'utilité de cette intégration,
- se comporter en passeur culturel qui s'approprie les éléments d'un monde nouveau pour la recherche du mieux-être avec des soins validés et sécurisés,
- avoir un esprit ouvert.

La démarche intégrative est en mouvement et il est nécessaire que tous les acteurs du territoire mobilisent leurs énergies.

Question : « *est-ce que vous travaillez avec l'hôpital de la Pitié Salpêtrière et le Professeur Baumelou et avec Serge Rafal de l'hôpital Tonon ?* »

Réponse : « oui, le Professeur Baumelou est dans le CUMIC et nous avons en ce moment un PHRC avec lui. En France, énormément de personnes sont investies dans la recherche mais le CUMIC ne les a pas tous repérés. Par ailleurs, Jean-Louis Fagon qui a fait le rapport sur les MAC à l'AP-HP en 2012, est aussi membre du CUMIC. »

Question : « *comment valorisez-vous toutes les actions qui sont menées par ces personnes qui pratiquent ces thérapies complémentaires ? Sont-elles rémunérées ?* »

Réponse : « la première chose est de permettre aux soignants d'exercer ces pratiques sur leur temps de travail. Pour cela, il faut travailler avec le service des ressources humaines. C'est donc déjà une valorisation en termes de temps plus qu'une valorisation financière.

Pour les intervenants extérieurs en matière de formation, la valorisation est plus complexe. De fait, ce sont souvent les personnes internes à la structure qui forment les autres. C'est encore beaucoup du bénévolat. »

Question : « *j'imagine que tout ce que vous nous avez présenté fait suite à un long parcours semé d'embûches. Avez-vous connaissance, pour les hôpitaux périphériques qui vous environnent, du développement d'un répertoire et de la structuration de cette activité ?* »

Réponse : « il est déjà difficile d'avoir un répertoire dans les CHU alors imaginez au niveau régional mais en effet, je commence à bien connaître certains acteurs de ma grande inter-région. Ce qui aide beaucoup c'est ma qualité de professeur des universités, le fait que j'ai une mission quasi exclusive sur ces sujets et que j'implique la commission des usagers. »

Question : « *comment peut-on structurer et fédérer les choses pour que des personnes potentiellement dangereuses et insuffisamment qualifiées ne puissent pas avoir une autorité ?* »

Réponse : « l'identification des personnes incompétentes est très difficile. Il existe différents filtres :

- professionnel de santé/non professionnel de santé,
- lorsque des thérapeutes prétendent faire un diagnostic (exercice illégal de la médecine),
- faire une enquête. Lorsqu'un thérapeute contacte un service du CHU de Strasbourg pour proposer ses services, ils transmettent la demande au Pr Kopferschmitt qui se renseigne sur le CV mais aussi auprès de références indiquées,
- limiter l'accès aux thérapies qui sont validées. »



Évaluer le service rendu par la médecine intégrative

Pr Jacques Kopferschmitt



Question : « quelle est la manière de rendre ces pratiques légitimes, pratiques qui étaient il y a encore peu de temps « underground » et qui n'avaient jamais franchi le seuil de l'hôpital, lieu extrêmement codé avec des rapports de pouvoir et de force bien précis et notamment le pouvoir médical qui est bien affirmé ? Ne serait-ce pas par une approche économique qui démontre l'intérêt de ses pratiques ? »

Réponse : « en effet, le Pr Kopferschmitt résonne en termes de plus-value pour l'établissement et pour la société. Beaucoup de personnes qui travaillent sur les thérapies complémentaires se sont éloignées de cette approche pour être sur des approches de mécanismes. Dans le CUMIC, des économistes de la santé ont été intégrés pour analyser ces éléments. »

Question : « l'enseignement doit être fondé sur une démarche scientifique qui doit être adaptée. Il existe des recommandations scientifiques pour l'adaptation de l'évaluation des procédures non médicamenteuses. Tout cela existe déjà et ça a été très largement porté par des épidémiologistes ou des méthodologistes français pour des publications internationales. Dans le domaine de la cancérologie, les soins de support sont une obligation aujourd'hui pour qu'un établissement continue à délivrer des soins liés au cancer et ces soins de support sont, pour l'essentiel, des traitements non médicamenteux et des pratiques intégratives et complémentaires. La société francophone de soins oncologiques de support sort des recommandations remarquables. Plus largement, c'est probablement tout le champ des maladies chroniques qui va porter le développement des thérapies complémentaires. »

Réponse : « il est vrai que la cancérologie, la douleur, les soins palliatifs et le vieillissement sont des domaines où ces pratiques sont régulièrement utilisées. Il y a malgré tout encore une méconnaissance du champ d'utilisation de ces thérapies. »

Question : « qui peut entrer dans le CUMIC ? »

Réponse : « le collège est composé de responsables d'enseignement. Certaines autres personnes peuvent être des membres associés. L'objectif du CUMIC est vraiment orienté vers l'enseignement pour favoriser une meilleure connaissance de ces thérapies. »

Question : « quand on veut évaluer ces pratiques, comment fait-on ? »

Réponse : « nous avons tous été formatés pour évaluer selon les règles du médicament ce qui n'est pas du tout adapté. Il faut tenir compte de repères sociologiques, anthropologiques, comportementaux, etc. Il faut aussi revenir aux études observationnelles. Quand on regarde la pyramide de l'Evidence-Based Medicine, les documents individuels sont considérés comme des mauvais documents. Il faut changer cette approche, à l'instar des Anglo-Saxons. Pour évaluer, il faut s'entourer d'un groupe de personnes compétentes dans différents domaines, y compris économique. »

Question : « si demain, vous êtes amené à quitter le CHU de Strasbourg, que vont devenir les actions mises en place ? La dynamique va-t-elle se perpétuer ou s'arrêter ? Est-elle une question de personne ? »

Réponse : « il est essentiel de travailler dès le départ sur la succession et la suite. Le poste que j'occupe est assez singulier mais je prépare la suite, portée par plusieurs personnes et non une seule. »



Médecine intégrative et efficacité en oncologie à l'hôpital Havelhöhe de Berlin

Pr Harald Matthes / Chef du département Gastro-entérologie,
oncologie et psychothérapie



« Tout d'abord, je voudrais nous interroger sur ce qu'est la médecine.

Est-ce un art que l'on pourrait associer à Hippocrate, une science naturelle, une humanité ou est-ce une science sociale ?

Des étudiants allemands en médecine ont été interrogés sur ce qu'était pour eux leurs études. 70 % ont répondu qu'il s'agissait de sciences naturelles. Et en Allemagne, il y a des discussions assez difficiles autour de ce qu'est la médecine. Il était très intéressant de voir que la position des médecins conventionnels était neutre alors que celle des médecins intégratifs était plus idéologique. Les discussions en Allemagne se sont étalées sur plus de trois ans et voici les résultats : la médecine est une science basée sur l'action qui génère des preuves afin de tester l'efficacité et d'utiliser ces preuves pour résoudre de études de cas à venir. Il est important de noter que la médecine est une science empirique et non scientifique. »

Prenons l'exemple de l'homéopathie, est-ce que ça marche ou est-ce que ça ne marche pas ? Il n'y a pas de molécule dedans mais ce n'est pas le problème. Il suffit de voir si les résultats sont probants ou pas.

Une autre discussion a porté sur la définition de la médecine conventionnelle et des thérapies complémentaires ou alternatives. Au niveau international, la réponse est difficile parce qu'en Europe, l'acupuncture est non conventionnelle alors qu'en Chine, elle est tout à fait conventionnelle.

Les méthodes conventionnelles sont définies comme étant des méthodes qui sont acceptées comme testées et prouvées dans les domaines dans lesquelles elles sont mises en application.

Et les médecins qui travaillent en médecine conventionnelle pensent que 80 % de ces méthodes sont basées sur des données probantes.

Mais ce n'est pas vrai car les études en matière de cardiologie montrent par exemple que ce chiffre descend à 11,5 % au niveau 1B. En oncologie, ce chiffre descend à 6 %.

Les méthodes non conventionnelles sont définies comme non basées sur des données probantes. En Allemagne, les méthodes dites non conventionnelles ont été divisées en deux : la médecine alternative qui exclut le recours aux méthodes conventionnelles et la médecine complémentaire utilisée en addition des thérapies conventionnelles standards.

Pour les Allemands, la médecine intégrative est la combinaison entre les thérapies complémentaires et la médecine conventionnelle.

Definition

Conventional therapies

characterize all methods, which are accepted as proven/ or tested (mainstream)

11,5 % Level 1 in Cardiology (Tricoci, P et al. 2009 JAMA) 6% Level 1 in Oncology (Poonacha, T. K., Go, R. S. (2011) J Clin Oncol)

Unconventional therapies

characterize all methods, which are not accepted as proven/ or tested

Alternative medicine

Methods, which exclude conventional standard therapies

Integrative medicine

Combination of conventional and complementary therapies
WHO: «best practice» Con + CAM

Complementary medicine

Complementary methods are used in addition to conventional standard therapies

Médecine intégrative et efficacité en oncologie à l'hôpital Havelhöhe de Berlin

Pr Harald Matthes



Un aspect important de la médecine intégrative est lié à la définition de l'Evidence based Medicine. David Sackett rappelle les **trois piliers de l'EBM : les données de la recherche, l'expérience clinique et les préférences du patient**. Et souvent, dans la médecine conventionnelle, seulement un des piliers est pris en compte et domine : les données de la recherche.

La médecine intégrative intègre vraiment les trois piliers qui nécessitent chacun des méthodes d'études différentes. L'évaluation de la médecine intégrative nécessite une approche multimodale avec notamment une évaluation pragmatique des résultats observés.

Pour repositionner les différentes pratiques médicales, notons que les médecines ayurvédiques et traditionnelles chinoises ont plusieurs milliers d'années et que l'approche médicale scientifique a commencé il y a 300 ans.

La médecine anthroposophique a pour vocation d'apporter de l'humanité dans la science européenne et de porter les connaissances des approches anciennes traditionnelles (MTC et ayurvédique) à un niveau scientifique.

La médecine anthroposophique, elle-même, a une forte dimension académique et est largement répandue en Europe. Elle est par ailleurs présente dans 80 pays dans le monde, dispensée dans 24 hôpitaux dans six pays et dispose également de plusieurs chaires en Allemagne et en Suisse. Et nous avons également des centres de recherche où sont évaluées nos pratiques.

Les hôpitaux anthroposophiques sont gérés par des associations à but non lucratif et sont intégrés dans les réseaux régionaux de la santé. Ces hôpitaux anthroposophiques utilisent tous les outils de diagnostic et de prise en charge de la médecine conventionnelle (endoscopie, bronchoscopie, unités de soins intensifs, etc.) dans le cadre d'une approche holistique avec aussi de la phytothérapie, des médicaments anthroposophiques, la thérapie par la musique, la sculpture, le mouvement, l'eurythmie, les massages rythmiques.

Il faut donc produire une double compétence car la réputation des hôpitaux de ce type dépend très largement de leurs compétences complémentaires en anthroposophie mais également allopathiques.

Les particularités de l'approche anthroposophique :

- C'est une approche intégrative qui combine les thérapies conventionnelles et complémentaires et entre typiquement dans le cercle des meilleures pratiques en médecine.
- 60/70 % des patients en Allemagne demandent une pratique intégrative de la médecine.
- En médecine anthroposophique, la santé est vue comme étant le résultat d'un processus actif pour rééquilibrer les forces de polarité et maintenir un niveau homéostatique.
- La maladie est comprise comme un déficit d'autorégulation de l'organisme dans sa globalité et la guérison n'est possible que par stimulation et développement des capacités en matière d'autorégulation.
- Le but central est donc d'activer les ressources individuelles afin d'améliorer les forces d'autoguérison qui peuvent être stimulées par le biais d'interventions très particulières.

Le concept de saluto genèse est central en médecine anthroposophique qui considère le patient non pas comme victime des circonstances environnantes mais comme acteur. « Ce ne sont pas les circonstances qui définissent la chance d'une personne mais sa capacité à s'adapter aux circonstances ». Aaron Antonovsky (professeur de sociologie considéré comme le père fondateur de la salutogenèse)



Par ailleurs qu'en est-il de la compétence du patient ?

C'est sa capacité à :

- relever le défi de la maladie,
- se rappeler l'existence de ses propres ressources ainsi que des ressources externes pour gérer cette maladie,
- les utiliser,
- les améliorer,
- conserver une autonomie.

Médecine intégrative et efficacité en oncologie à l'hôpital Havelhöhe de Berlin

Pr Harald Matthes



La médecine conventionnelle tend à négliger le pouvoir de la pensée sur l'expression des gènes. Or, un exercice en école de médecine montre que la méditation modifie l'expression des gènes : **30 min. de méditation (sans entraînement particulier) par jour pendant sept jours**. Après une semaine 453 gènes du stress sur 500 étaient sous exprimés. Ceci démontre que l'épigénétique, ce que nous pensons et la façon dont nous nous comportons, est essentiel pour l'expression de nos gènes.

Une autre étude importante est l'**étude de Temel** en soins palliatifs auprès de patients atteints d'un cancer du poumon. Au tout début de la maladie, trois professionnels discutent avec le patient de **trois questions pendant 45 min. : le sens de la maladie, ses buts dans la vie et sa perception de la mort**.

Avec une visite sur une période de quatre semaines, on observe une amélioration significative de la durée moyenne de survie des patients : de 8,9 mois avec seulement une approche conventionnelle de la prise en charge à 11,6 mois avec l'approche conventionnelle plus l'entretien psychologique.

Cette étude a été discutée en congrès de cancérologie mais les médecins conventionnels ne peuvent pas croire que seulement trois questions aient un tel effet.

L'étude a été répétée et les mêmes résultats ont été obtenus et publiés dans un journal d'oncologie américain.

En médecine anthroposophique, l'humain est composé de quatre différentes dimensions :

- corps physique,
- âme,
- corps de vie,
- esprit.

Evidence: Temel Study (NSCL)

Early palliative care :

Psychooncologic conversation at diagnosis
Afterwards every 4 weeks, (by physician or experienced nurse) until death
More frequent visits on pat. demand

Results :

OS significantly prolonged
(11.6 months vs. 8.9 months, P=0.02)
Functional Assessment of Cancer
Therapy—Lung (FACT-L) (98.0 vs. 91.5; P=0.03)
Hospital Anxiety and Depression Scale (16% vs. 38%, P=0.01)
aggressive end-of-life care (33% vs. 54%, P=0.05)

Temel JS, Greer JA, Muzikansky A, et al. Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. *N Engl J Med* 2010;363:733-42.

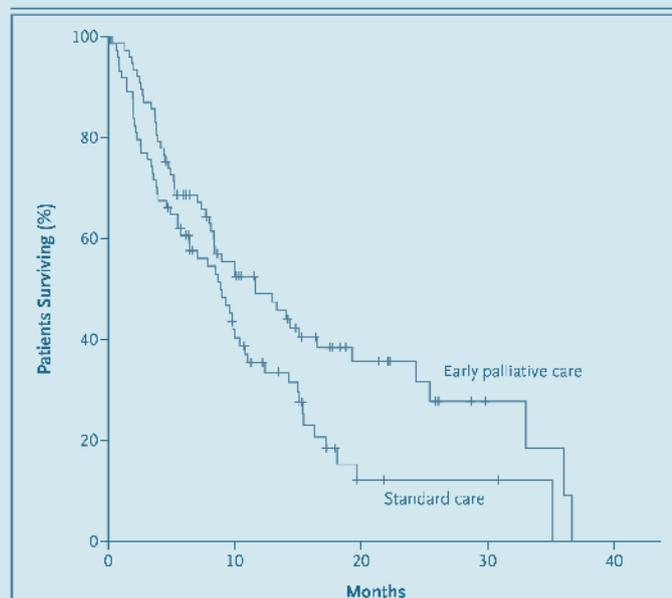


Figure 3. Kaplan–Meier Estimates of Survival According to Study Group. Survival was calculated from the time of enrollment to the time of death, if it occurred during the study period, or to the time of censoring of data on December 1, 2009. Median estimates of survival were as follows: 9.8 months (95% confidence interval [CI], 7.9 to 11.7) in the entire sample (151 patients), 11.6 months (95% CI, 6.4 to 16.9) in the group assigned to early palliative care (77 patients), and 8.9 months (95% CI, 6.3 to 11.4) in the standard care group (74 patients) (P=0.02 with the use of the log-rank test). After adjustment for age, sex, and baseline Eastern Cooperative Oncology Group performance status, the group assignment remained a significant predictor of survival (hazard ratio for death in the standard care group, 1.70; 95% CI, 1.14 to 2.54; P=0.01). Tick marks indicate censoring of data.

Médecine intégrative et efficience en oncologie à l'hôpital Havelhöhe de Berlin

Pr Harald Matthes



L'approche anthroposophique

		<p><i>Emergence in nature and human beings : body, life, soul and spirit as real, causally active constituents of human beings</i></p> <p><i>R. Steiner & I. Wegman: Fundamentals of Therapy, 1925</i></p>			
Minerals	Plants	Animals	Humans	Phenomena	
<p>Aristotle Thomas Aquinas 13th C. Johann Wolfgang Goethe 19th C. Ignaz Paul Vital Troxler 19th C. Max Scheler 20th C. Rudolf Steiner 20th C. Nicolai Hartmann 20th C. Helmut Pleßner 20th C.</p>			«Spirit» emergent!	Self-consciousness, rational thinking, free will, «I», self control, morality, coping, meaning, spirituality	
			«Soul» (mind) emergent!	«Soul»	Consciousness, sensation, pain, lust, emotions, desires, instincts, intentions, purposeful motion
		«Life» emergent!	«Life»	«Life»	Growth, autopoiesis reproduction, metabolism, nutri-tion, self-healing, self-defense, etc.
		«Matter»	«Organism» (organized matter)	«Physical body»	«Physical body»
<i>P. Heusser</i>					

issu de la présentation du Pr Harald Matthes

D'un point de vue médical la question est : comment poser un diagnostic sur ces quatre niveaux pour choisir la thérapie qui peut correspondre ?

L'allopathie peut fonctionner pour bloquer certains phénomènes sur le plan physique mais cela ne fonctionne pas pour le niveau des processus de vie où il faut peut-être avoir recours à la phytothérapie, l'homéopathie, etc. Lorsqu'on considère le plan de l'âme, ce sont les thérapies par la musique qui peuvent être intéressantes et concernant l'esprit, il s'agit de trouver des moyens, comme la méditation ou la biographie, pouvant aider les patients à s'adapter à la maladie. Sur le dernier plan de l'esprit, les patients demandent de l'aide au médecin qui souvent a pour seule réponse « ce n'est pas mon champ de compétences, allez donc à l'église ».

Juste pour donner un exemple : dans le cas du syndrome de l'intestin irritable, ni les biopsies ni les scanners ne pourront montrer quoi que ce soit. Ce sont les processus qui sont perturbés et donc on passe à un autre niveau d'analyse. Cette approche par niveau est vraiment fondamentale pour un bon diagnostic et le choix de bonnes thérapies.

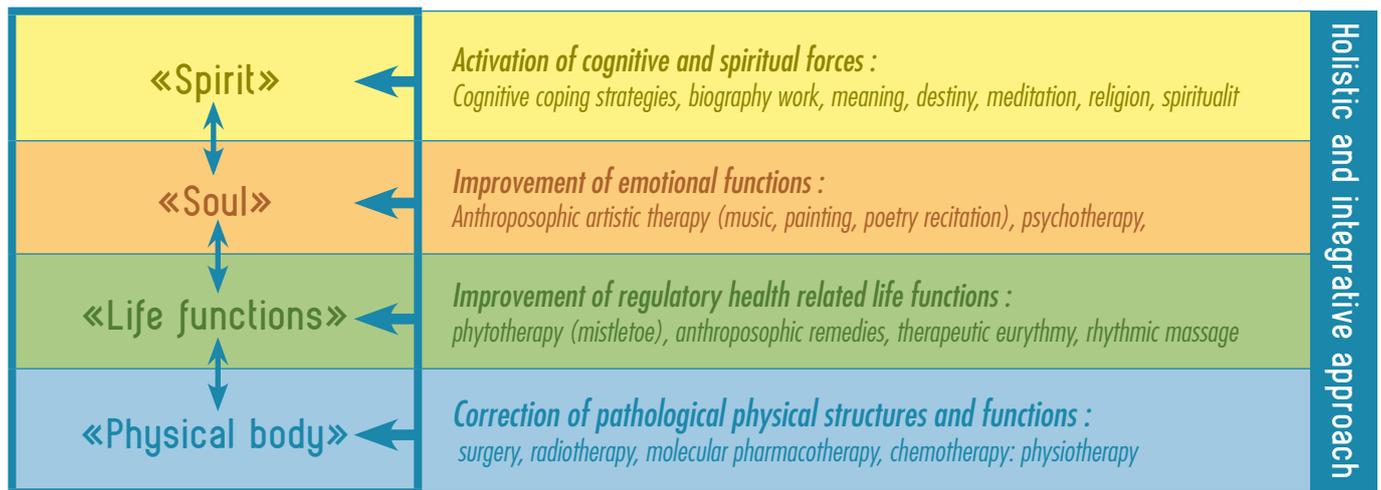
La médecine anthroposophique demande une approche très personnalisée qui est mise en place avec le patient et qui permet de déterminer à quel niveau agit la maladie pour construire une réponse thérapeutique.

Médecine intégrative et efficacité en oncologie à l'hôpital Havelhöhe de Berlin

Pr Harald Matthes



AM: person-centered multimodal holistic care



issu de la présentation du Pr Harald Matthes

Dans notre clinique, nous avons 40 professionnels de différentes thérapies (artistiques, massages, etc.). Les infirmières sont aussi formées pour pratiquer certaines de ces méthodes et cela les motive énormément. Par exemple, lorsqu'un patient arrive et dort mal la nuit, il peut recevoir un médicament ou un massage des pieds. Ceux qui ont bénéficié d'un massage des pieds continuent généralement à les préférer aux médicaments

Quel est le modèle de financement d'une telle clinique ?

En Allemagne, il a un certain budget alloué pour un certain diagnostic. Par rapport aux assurances maladies et complémentaires, ils ont les données des différents hôpitaux et cliniques et peuvent contrôler de près comment le patient a été soigné et ce que cela a coûté.

L'assurance a calculé le coût par patient et par an d'une prise en charge dans un hôpital conventionnel et dans un hôpital intégratif pour une même pathologie. Les résultats ont été probants parce qu'ils ont calculé qu'un patient traité à Havelhöhe coûte 3 550 euros de moins qu'un patient avec le même diagnostic qui est pris en charge par un hôpital classique.

Au sein de la clinique, nous avons notre propre institut de recherche, à proximité du lieu où sont pratiqués les soins. Il y a des cas où la médecine intégrative fonctionne particulièrement bien d'après nos observations : l'oncologie, les soins palliatifs en début de maladie ou en fin de vie, le traitement de la douleur chronique en gériatrie et aussi le traitement de la dépendance.

En gastro-entérologie, le Pr Matthes a une équipe de six personnes spécialisées en médecine psychosomatique.

Pour connaître comment tout cela s'est mis en place dans notre clinique, il est important de savoir que notre hôpital était, à l'origine, un hôpital tout à fait conventionnel. Il est passé d'une gestion municipale à une gestion associative à but non lucratif en 1995.

Nous avons repris l'intégralité du personnel qui n'était pas formé à l'approche anthroposophique.

- La première étape a été de réorganiser la structure de l'hôpital pour passer, dans l'intérêt du parcours patient, d'une structure hiérarchie verticale à une structure horizontale.

- Ensuite, il a été important de former les médecins et les infirmières. Il a fallu dix ans de formation intensive pour leur apprendre, à leur demande, à travailler mieux en équipe et acquérir un raisonnement transversal propre à l'approche anthroposophique.

- Depuis sept ans, nous avons remodifié notre organisation assez radicalement pour déléguer la responsabilité thérapeutique aux acteurs de terrain avec introduction d'éléments d'autonomisation. Pour résoudre les conflits d'intérêts (financiers) entre services que l'on constatait parfois, il a fallu repenser comment on accueille un patient : le budget est global et transversal, par patient et par diagnostic.

- Les décisions sont prises de manière collégiale par les médecins, infirmières et thérapeutes qui discutent d'égal à égal.

Médecine intégrative et efficacité en oncologie à l'hôpital Havelhöhe de Berlin

Pr Harald Matthes



Un exemple en oncologie.

En Allemagne, les cancers sont classifiés selon différents types (sein, poumon, prostate, etc.). Tout le système est organisé sur cette base-là.

Il y a 2 000 hôpitaux en Allemagne mais seulement 82 sont certifiés « Centre de traitement des cancers ». La clinique Havelhöhe est l'un de ceux-là.

Une étude a montré que les interventions non médicamenteuses sont utilisées à 55 % par les femmes et seulement à 35 % par les hommes.

Les trois pratiques les plus demandées sont très majoritairement :

- l'eurythmie,
- la thérapie par la musique,
- la thérapie par le dessin.

Pour évaluer la qualité de vie de nos patients en oncologie, nous utilisons différents questionnaires :

- Cancer Fatigue Scale (CFS-D)
- Internal Coherence Scale(ICS)
- State Autonomous Regulation (State aR)
- EORTC QLQ-C30 (EORTC)
- Self-Regulation according to Großarth-Maticsek
- HADS (angoisse et dépression)

Nous testons scientifiquement ce qui se passe pour le patient et la qualité de nos thérapies.

Nous évaluons aussi les effets de l'utilisation du gui (notamment) en complément des traitements classiques. A la grande surprise des pharmacologues, on constate des effets très intéressants sur l'inhibition des tumeurs, sur l'immunité et sur l'amélioration de la qualité de vie du patient grâce à ce complément de thérapie.

Nous publions les résultats de nos recherches (entre 15 et 20 papiers publiés).

Une étude sur le cancer du pancréas montre par exemple que le taux de survie varie en fonction des traitements :

- le taux de survie est le plus bas pour les patients qui refusent tout traitement,
- un taux meilleur est obtenu avec une combinaison de différents traitements,
- un taux encore meilleur est obtenu avec l'utilisation combinée du gui,
- les meilleurs résultats sont obtenus en utilisant la médecine anthroposophique.

Il est impossible de mener des essais randomisés contrôlés dans notre clinique alors nous avons dû aller au-delà de nos frontières en Serbie et nous constatons également que les patients traités en complément avec du gui ont une survie significativement meilleure.



Médecine intégrative et efficacité en oncologie à l'hôpital Havelhöhe de Berlin

Pr Harald Matthes



Kaplan Meier Survival, UICC IV

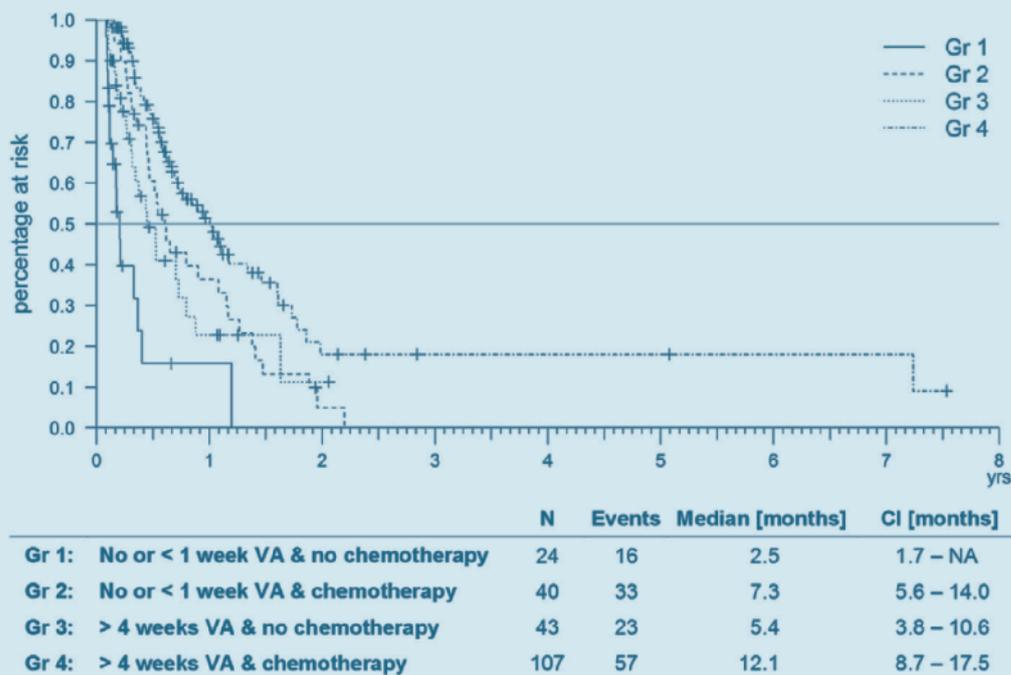


Fig. 4 Kaplan Meier survival based on the UICC IV patients. Stratified for patients receiving no or less than 1 week of VA therapy and those who had it for more than 4 weeks, as well as for patients receiving chemotherapy or not

Patients receiving a combination of chemo & mistletoe therapy lived longer than patients receiving chemotherapy alone (log rank test, $\chi^2= 5.9$, $p= 0.0155$). Patients receiving mistletoe therapy lived longer than patients receiving no chemotherapy and almost no mistletoe therapy (log rank test, $\chi^2= 7.5$, $p= 0.0062$)

Axtner, J, Steele S, Kröz M, Spahn G, Matthes H., Schad. F. BMC Cancer 2016

issu de la présentation du Pr Harald Matthes

L'évaluation par les patients

L'assurance maladie allemande TKK a mené une enquête nationale auprès de plus de 160 000 patients pour recueillir leurs avis sur leur récent séjour hospitalier (2 150 hôpitaux en Allemagne).

La clinique Havelhöhe est arrivée à la première place pour :

- la satisfaction patient,
- l'information et la communication,
- les soins infirmiers,
- les résultats des traitements.

En 2015, Havelhöhe a été également très bien classée pour le traitement des cancers du sein et colorectal.

Concernant l'évaluation économique

Nous avons démarré en 1995 et nous avons doublé le nombre de patients pour en arriver aujourd'hui à 50 000 patients par an.

En revanche, le budget n'a pas augmenté à la même vitesse que le nombre de patients dans les premières années. Mais depuis que les établissements reçoivent leur budget en fonction des diagnostics, la clinique a maintenant un budget conséquent.

Médecine intégrative et efficacité en oncologie à l'hôpital Havelhöhe de Berlin

Pr Harald Matthes



Conclusion :

- La médecine intégrative nécessite une double compétence en médecine conventionnelle et complémentaire.
- Grâce à une formation intensive, un hôpital municipal a pu se transformer en un hôpital anthroposophique.
- La médecine anthroposophique est une médecine holistique et intégrative basée sur la science, intégrée dans le système de santé.
- L'EBM a trois piliers : la médecine intégrative essaie d'intégrer les trois piliers et se trouve donc de fait centrée sur le patient : 70 % de tous les patients en Allemagne veulent une médecine intégrative.
- Une bonne médecine intégrative est une recette du succès et conduit à une bonne efficacité économique dans le système de santé allemand.
- Les analyses économiques montrent que les thérapies complémentaires sont durables et économiquement viables.
- Se centrer sur le patient apporte d'excellents résultats en matière de satisfaction patient et de résultats des thérapies.
- La médecine intégrative nécessite :
 - une coopération interprofessionnelle et interdisciplinaire,
 - une orientation du processus vers le patient et non vers les médecins chefs de départements,
 - un changement dans le management de l'organisation de l'hôpital et l'investissement dans les compétences des équipes.

Question : « *quelle est la continuité des soins apportés au patient à la sortie de l'hôpital ?* »

Réponse : « en effet, il est important de mentionner que la clinique fait partie d'un réseau et qu'il existe des lieux pour le sport et la diététique qui permettent d'assurer une continuité. Le problème est que les compagnies d'assurance sont peu enclines à rembourser les thérapies complémentaires une fois que le patient est sorti de la clinique. Seulement cinq ou six thérapies complémentaires sont prises en charge. Dans notre clinique, les thérapies complémentaires sont intégrées dans le parcours de soin et ne coûtent rien au patient. »

Question : « *comment est utilisé le gui ?* »

Réponse : « le gui est utilisé de manière combinée avec les traitements conventionnels en sous cutané, en intra tumoral. »

Question : « *l'étude randomisée réalisée en Serbie a-t-elle été publiée et peut-on se la procurer ?* »

Réponse : « l'étude de Serbie "Quality of life of patients with advanced pancreatic cancer during treatment with mistletoe— a randomized controlled trial Dtsch Arztebl Int 2014; 111(29-30): 493-502; DOI: 10.3238/arztebl.2014.0493" a été publiée par Tröger, W et al.

Les résultats de l'étude ont été tellement probants qu'ils ont été publiés dans le « *Deutsche ÄrzteBlatt* » que chaque médecin reçoit.

Il y a quelques erreurs dans la manière dont l'étude a été conçue mais six mois plus tard, une étude statistique a été réalisée sur les études en oncologie. Cette étude serbe a été reconnue comme l'une des trois meilleures sur les dix dernières années. Les médecins conventionnels ont dit que la méthode était mauvaise mais les méthodologies ont conclu qu'elle était de très haute qualité. »

Globalement, nous souhaiterions réaliser plus d'études comparatives entre médecine anthroposophique et médecine conventionnelle mais aucun service de l'Hôpital Universitaire de la Charité ne souhaite coopérer. Ils ne veulent pas être comparés parce qu'ils ne disposent pas d'autant de thérapeutes et d'équipes soignantes aussi nombreuses. »



L'Observatoire des Médecines Non Conventionnelles de Nice

Dr Véronique Mondain



L'observatoire, fondé en 2014 sous l'impulsion du doyen Patrick Baqué, est composé de médecins et de non médecins. Il s'est donné pour mission :

- d'avoir une approche scientifique pour étudier les pratiques non conventionnelles, favoriser la recherche et prévenir des dérives,
- de communiquer sur ces médecines non conventionnelles,
- de se mettre en lien avec les soignants et les étudiants pour les aider à travers des ateliers et des séances qui leurs sont offertes (sophrologie, yoga, ...),
- de mettre en place un DU de méditation,
- de créer un module d'enseignement pour les étudiants en médecine.

En termes de communication, l'observatoire organise tous les ans une journée ouverte au public. En 2017, la journée portait sur la respiration déclinée sous ses aspects allopathiques (avec notamment le doyen Baqué, professeur d'anatomie) et non conventionnels (yoga, sophrologie, chant lyrique, etc.). 500 personnes étaient présentes.

L'observatoire fonctionne grâce au bénévolat et il existe différentes commissions :

- HYPNOSE ADULTE : Dr Pascal Delaunay, Dr Véronique Mondain
- HYPNOSE PEDIATRIQUE : Dr Florence Blazeix-Cabane
- THERAPIES BREVES-EMDR : Roselyne Giacchero
- AROMATHERAPIE : Dr Pascale Pallanca, Isabelle Sogno-Laloz
- PHYTOTHERAPIE : Dr Pascale Gelis-Imbert
- MICRONUTRITION : Dr Yolanda Weerts
- MEDECINE CHINOISE/SHIATSU : Dr Béatrice Leloutre
- HOMEOPATHIE : Dr Jean Louis Ode
- MEDECINE MANUELLE-OSTEOPATHIE : Dr Alexandre Gabinski
- MEDITATION : Mahalia Dalmasso
- SOPHROLOGIE Caycédiennne : Christine Tatin
- YOGA : Laurent Ermellini
- MEDECINE INTEGRATIVE : Dr Béatrice Leloutre, Dr Valérie Lefevre

La reconnaissance de l'OMNC devra passer par sa présentation en CME.

Une pratique qui se développe très bien est l'hypnose avec différentes actions :

- Création d'un DU d'hypnose médicale et d'une formation à la pratique de l'hypnose thérapeutique 2014 (réservés aux médecins, dentistes, sages-femmes).
- Une enquête mail a été menée à l'été 2017 pour faire un état des lieux en matière de formation, de sensibilisation et d'intérêt pour l'hypnose. Il y a eu 84 réponses.
- Création de l'hypnose-groupe du CHU de Nice : 40 membres pluridisciplinaires
 - Un groupe soin pour faire des supports de traçabilité des séances d'hypnose, un annuaire qui regroupe toutes les personnes qui pratiquent l'hypnose en interne et qui valorisent ces pratiques auprès des instances en interne.
 - Un groupe formation avec deux missions :
 - Créer pour fin 2018, un module de deux jours à destination des infirmières, des aides-soignantes et des étudiants en médecine qui ont envie d'avoir une formation à l'hypnose mais qui ne le peuvent pas parce que les formations institutionnelles sont encore assez limitées.
 - Un staff d'initiation d'une heure dans toutes les équipes..
 - Un groupe recherche : promouvoir des études médicales et paramédicales. Ce groupe s'est réuni en février 2018 et avait pour invité le Dr Jean Becchio, médecin généraliste Praticien Consultant des Hôpitaux de Paris et un des fondateurs de l'Association Française d'hypnose Médicale.

Mi-mars, l'établissement et la faculté (porté par le Pr Alunni) ont donné un accord institutionnel pour la création d'un module de médecine non-conventionnelle pour les étudiants et les soignants dont la première brique sera « introduction à l'auto-hypnose et relation soignante bénéfique ».

L'Observatoire des Médecines Non Conventionnelles de Nice

Dr Véronique Mondain



Exemple d'un projet de recherche qui permet d'aborder la question de l'efficacité : « L'hypnose comme outil thérapeutique chez les patientes souffrant de cystites récurrentes. - HYPNOCYST »

C'est une pathologie bénigne mais très courante chez les femmes qui a des répercussions multiples sur la qualité de vie, qui a un coût important et pour lequel elles se résignent. On connaît peu de chose de la physiopathologie des cystites. La clinique est assez simple mais 1/3 des femmes qui ont des cystites n'ont pas de microbe dans les urines donc l'origine est ailleurs.

En général, elles ont un parcours de soin compliqué avec une réponse univoque en France : antibiotique. Face à la problématique de l'antibiorésistance, certains pays ont décidé d'utiliser d'autres pratiques.

C'est pour cette raison que nous avons monté un protocole de preuve de concept : hypnocyst. C'est une étude monocentrique interventionnelle non randomisée pilote sur 15 patientes. L'objectif principal est l'amélioration des paramètres psychologiques après trois séances espacées de quatre semaines et d'auto-hypnose (*écouter une séance : <https://www.youtube.com/watch?v=b71RobH2Ad8>*)

Les objectifs secondaires sont d'évaluer :

- douleur sur l'échelle visuelle analogique (EVA),
- bénéfice à six mois et un an sur ces deux échelles,
- réponse à échelles analogiques : satisfaction globale, capacité à gérer leurs symptômes, autonomie, nombre de crises de cystites, impact sur sexualité, coût de la prise en charge (comparaison/année précédente).

La thèse est en cours donc il n'est pas possible de communiquer les résultats définitifs mais sur les dix premières patientes, une seule a fait une récurrence. Peut-être que l'hypnose parvient à mobiliser des éléments de l'ordre du système immunitaire, de la neurophysiologie et immunologie, etc.

Si trois séances d'hypnose de 45 min. sans effet secondaire évitent huit épisodes annuels de cystite, de la douleur et de l'anxiété, des arrêts de travail, Cs médicale, examen cytot bactériologique des urines (ECBU), prise d'antibiotiques, effets secondaires... c'est très intéressant, y compris d'un point de vue coût.



L'Observatoire des Médecines Non Conventionnelles de Nice

Dr Véronique Mondain



Maison de la médecine et de la culture

C'est une autre association qui a débuté en 2015 initiée par le Dr Jean-Michel Benattar, gastroentérologue. Pour lui, la médecine est très technique et il faut absolument remettre en place les humanités, la parole du patient, le partage d'expérience et tout ça peut être véhiculé par l'art.

Nous avons choisi le cinéma en pensant qu'il est parfois plus facile de s'identifier à un héros de fiction plutôt que de vivre soi-même ses émotions présentes dans la vraie vie.

La charte de la maison de la médecine et de la culture est « Soigner, se soigner, nous soigner et le faire véritablement ensemble ».

C'est un tout petit groupe de médecins, non médecins, hospitaliers et non hospitaliers et nous organisons des « ciné conférences débat » trimestriels au cours desquels un thème de l'éthique médicale est décliné et représenté par un film. Le public visionne le film puis des philosophes, des patients... viennent débattre de façon à ce que la question soit abordée sous tous les angles.

Le socle de la maison de médecine et de la culture est scientifique sur lequel reposent quatre « murs » : l'art, les humanités, les médecines non conventionnelles et le cadre de l'institution. Le toit pourrait être représenté par la voix du patient et des accompagnants et la voix des professionnels de santé.

- Art
- Humanités
- Médecines non conventionnelles
- Institutions

issu de la présentation du Dr Véronique Mondain



Médecine scientifique

À quoi sert cette maison ?

Elle sert à traiter des questions autour de l'éthique du soin.

Les quatre piliers de l'éthique selon Pierre Le Coz sont :

- la bienveillance,
- la non malfaisance,
- l'autonomie,
- la justice.

Nous essayons de discuter de ces quatre piliers de l'éthique pour aboutir à une synthèse qui est la rencontre avec les patients, un partage des savoirs, décisions partagées, comment vivre avec sa maladie.

La non malfaisance a été illustrée par quatre films :

- bienvenu à Gattaca,
- le patient a-t-il la parole,
- Dr Knock, tous malades ?
- un monde sans humains.

Les ciné-débats qui se déroulent au sein de la faculté rassemblent entre 100 et 120 personnes.

En 2018 a été lancé un DU de l'art du soin ouvert à des patients, des étudiants, des médecins et des non médecins qui permet de poser les bases de ce qu'est le soin.

L'Observatoire des Médecines Non Conventionnelles de Nice

Dr Véronique Mondain



Question : « *quel est l'écho de cet observatoire et de la maison et de la médecine sur le territoire ?* »

Réponse : ces initiatives sont jeunes et n'ont pas beaucoup de moyens. Elles commencent juste à s'implanter et 2018 sera « l'année institutionnelle » avec des démarches auprès de différents acteurs pour se faire reconnaître.

L'idée serait de développer un département de médecine intégrative qui rassemble l'observatoire, la maison de la médecine et de la culture et la promotion de la santé.

Question : « *vous avez parlé de Ciné-Débats au sein de la faculté de médecine, y a-t-il beaucoup d'étudiants qui y participent ?* »

Réponse : « ces projections ont lieu le samedi après-midi parce que ça dure entre trois et quatre heures et malheureusement, beaucoup de personnes n'y participent pas parce que c'est le week-end et qu'elles ont des obligations familiales. En moyenne une centaine de personnes participent à ces séances. Nous allons beaucoup plus communiquer dessus en 2018 notamment auprès de l'institution pour en faire une innovation parce que c'est vraiment ça, la santé de demain. »

Question : « *comment voyez-vous l'intérêt de la médecine intégrative dans la lutte contre les infections nosocomiales ?* »

Réponse : « la diminution des prescriptions antibiotiques par des approches plus globales comme exposées dans le protocole hypnocyst par exemple, peut influencer sur l'épidémiologie des résistances bactériennes. Par ailleurs, une personne porteuse d'une bactérie résistante voit souvent sa qualité de vie très impactée et une souffrance psychologique peut s'installer du fait du confinement dans certains locaux ou certaines structures. Je pense par exemple à ce qu'on impose à de jeunes patients atteints de tuberculose multirésistante et qui, du fait de la gravité de leur cas, sont enfermés dans leur chambre parfois des semaines, voire des mois. Il est évident que des techniques de gestion du stress psycho corporelles pourraient adoucir cette incarcération médicale. Le Dr Mondain pense que le pouvoir de l'esprit sur le corps est largement sous-estimé et qu'il pourrait être développé dans tous les domaines de la médecine. »



Conseils pratiques aux établissements de santé pour évaluer le service rendu par la médecine intégrative

Pr Jacques Kopferschmitt, Pr Harald Matthes,
Dr Véronique Mondain, Olivier Toma, Meryl Aubrun



Meryl Aubrun qui fait partie du groupe AFNOR a travaillé à la rédaction du référentiel ISO 26000 pour la contribution des organisations au développement durable. Le lien avec la santé est évident. Elle est aussi formatrice et évaluatrice avec le label engagé RSE du groupe AFNOR et d'autres outils en lien avec la RSE.

Olivier Toma est fondateur du C2DS et d'une agence d'experts qui accompagne des établissements de santé sur le terrain. Il est passé d'une association qui met en réseau à une agence qui accompagne.

Quels conseils pratiques donner aux établissements aujourd'hui pour évaluer l'efficacité de la médecine intégrative, quels indicateurs mettre en place et globalement comment s'y prendre ?

Dr Véronique Mondain : en Allemagne, il existe un tarif global en fonction d'une pathologie identifiée, ce qu'on appelle en France le groupe homogène de maladies. En France, ce sont les actes qui rapportent de l'argent. Dans ce contexte, il est sans doute difficile de mettre en place les thérapies complémentaires.

Pr Jacques Kopferschmitt : sommes-nous tous d'accord sur la définition de l'efficacité ? Est-ce seulement une minimisation des moyens ? Dans la santé, nous avons des indicateurs quantitatifs alors que nous avons besoin d'indicateurs qualitatifs. Il faut se demander si la médecine intégrative améliore la santé publique. Ce n'est pas forcément faire des économies. C'est un choix de société, un choix politique courageux et c'est pour cela qu'il y a de grandes différences entre les pays. Le qualitatif est très important et malheureusement il y a peu d'indicateurs en médecine qui sont utilisables pour la vie de tous les jours. La question de fond est : a-t-on vraiment envie d'améliorer la santé de la population ?

Certains détracteurs de la médecine intégrative cherchent à cantonner cette pratique au bien-être or le bien-être dans le soin intéresse-t-il les décideurs ? Il y a une révolution culturelle importante à faire.

Par ailleurs, tant qu'on est dans un système de tarification à l'acte réservée à l'hospitalisation, il sera difficile d'avancer parce que les thérapies complémentaires concernent beaucoup plus l'ambulatoire. Ce champ-là devrait se saisir de ces thérapies et c'est le parent pauvre de l'hospitalisation actuellement.

La clé est dans l'évaluation de la qualité des soins et de son impact sur la santé publique. Il faut cibler les maladies chroniques et des populations à hauts risques (les cancers, personnes âgées, etc.). Mais a-t-on vraiment envie d'évaluer cette amélioration ?

Quelques indicateurs qualité qui concernent des éléments de vie :

- Reprise des activités physiques, sportives, professionnelles, sexuelles. Qui pose cette question en chirurgie ? Cette question n'apparaît jamais dans les dossiers.
- Sommeil.

Meryl Aubrun : la démarche holistique de la médecine intégrative est une démarche visée par le développement durable et la responsabilité sociétale. On ne prend pas un indicateur indépendamment des autres et il devrait en être de même pour la médecine intégrative. Il a été mentionné dans une intervention précédente différents concepts de maison de la santé et de la culture, de promotion de la santé globale, d'un parcours de la santé des individus. Il est important de noter qu'aujourd'hui, au-delà de la sphère de la santé, dans l'univers de l'entreprise, on vise la santé dans sa globalité à travers la santé sécurité au travail.

Cela a amené à considérer l'ensemble des parties prenantes : les personnels de soin, les patients et tous ceux qui gravitent autour du soin comme les institutionnels, les mutuelles, les assurances, etc. C'est vers eux qu'il est important de se tourner pour montrer l'effet bénéfique des thérapies complémentaires : aller faire des interviews, des questionnaires pour démontrer que les méthodes mises en place aboutissent à des résultats en matière de qualité de vie et de santé publique.

À travers les évaluations de développement durable et de responsabilité sociétale, c'est qu'on cherche à faire : toujours vérifier que les méthodes aboutissent à des critères de maturité et de performance.

Conseils pratiques aux établissements de santé pour évaluer le service rendu par la médecine intégrative

Pr Jacques Kopferschmitt, Pr Harald Matthes,
Dr Véronique Mondain, Olivier Toma, Meryl Aubrun



Meryl Aubrun : Mettre en place des indicateurs quantitatifs et qualitatifs en s'offrant le luxe d'interroger tous les acteurs. Le mix de l'interrogation des parties prenantes est crucial. C'est ce qui va permettre d'évaluer si les pratiques mises en œuvre sont bénéfiques sur toutes les dimensions humaines, économiques et environnementales.

Une première étape pour mettre en place une évaluation pertinente consiste en un inventaire des parties prenantes concernées directement ou indirectement, à court, moyen ou long terme. Ce travail permet d'identifier des acteurs auxquels on n'aurait pas pensé spontanément et qui pourtant peuvent être des leviers d'action intéressants.

Il est aussi intéressant pour les médecins/infirmières qui mettent en œuvre des thérapies complémentaires de se rapprocher de la personne en charge du développement durable dans l'établissement. Tant que ces thérapies devront être exercées en plus, en dehors des heures de travail des soignants, cela ne fonctionnera pas. Cela devrait faire partie d'un projet d'établissement écrit et précisé pour impulser un vrai changement d'attitude. Ce sera long mais l'hôpital moderne ne pourra pas évoluer s'il n'y a pas ce changement.

Question de la salle : *est-ce que les professionnels de santé pourraient se servir des Évaluations des Pratiques Professionnelles et du DPC qui sont obligatoires pour développer initiatives en équipes pluridisciplinaires au sein des établissements ?*

Réponse du Pr Jacques Kopferschmitt : il existe des réunions pluridisciplinaires où toutes ces questions pourraient être discutées. Tout ce qui est évoqué aujourd'hui devrait faire partie du fonctionnement normal d'un hôpital et non pas être considéré comme un ajout.

Témoignage de la salle : *les thérapies complémentaires ont un impact sur le ressenti des personnes et il est important de les tester pour être en capacité d'imaginer des indicateurs pour les évaluer. Il faut un travail pédagogique de découverte.*

Olivier Toma : Il ne faut pas compter sur des choix politiques dans ces domaines parce qu'il y a des lobbies très puissants et qu'il n'y a pas de réelle politique de santé en France. Il existe des objectifs à court terme alors que sur ces sujets, on devrait être sur une approche à très long terme. La troisième voie, c'est nous. Ce sont les acteurs de terrain qui peuvent se lancer dans une logique de lobbying éthique.

Il y a cinq étapes incontournables :

1. Identification des pratiques.
2. Mettre en réseau pour favoriser les liens entre acteurs engagés.
3. Évaluer ces pratiques non pas sous l'angle de l'efficacité médicale mais sous l'angle de la réduction des impacts économiques, écologiques et sanitaires. Quels sont les déchets que l'on diminue, les troubles musculo-squelettiques, les résidus médicamenteux évités.
4. Former les personnes. Les acteurs ne sont pas formés.
5. Mettre en lumière les acteurs.



Conseils pratiques aux établissements de santé pour évaluer le service rendu par la médecine intégrative

Pr Jacques Kopferschmitt, Pr Harald Matthes,
Dr Véronique Mondain, Olivier Toma, Meryl Aubrun



Pr Jacques Kopferschmitt : il faut foncer sur ces sujets. On peut s'organiser. Il y a très peu de recherche solide sur ces sujets en France et les articles écrits en chinois sont difficilement traduisibles. Alain Baumelou à l'AP-HP a quelques projets de recherche mais ils sont anecdotiques. Et lorsqu'il y a des recherches, les résultats ne sont pas publiés.

Par rapport aux cinq étapes précédemment citées, quelle est la priorité ? Par quoi commencer ?

Intervention de la salle : à Berlin, de nombreux chercheurs européens étaient présents et sans doute faudrait-il mieux exploiter ces recherches faites par les pays voisins. Cela éviterait de refaire ce qui est déjà fait à l'international.

Proposition de la salle (médecin) : commençons par mobiliser l'opinion publique. Le changement ne viendra pas des politiques ou des hôpitaux et des médecins mais des citoyens. Il faut éduquer les enfants dès le plus jeune âge. La nouvelle génération est décomplexée et n'a pas peur de tout ce dont nous avons peur.

Autre commentaire : M^c Donald's a basé toute sa stratégie marketing depuis 1969 sur le neuro marketing et le fait de séduire les enfants pour modifier le comportement d'achat des parents. C'est pour cette raison qu'ils ont introduit un jouet dans les menus. L'idée d'éduquer les enfants à une autre approche de la santé pourrait être une solution pour faire évoluer la culture des parents.

Témoignage : pour mettre en place la biographie hospitalière en place au CH de Chartres il y a dix ans, au départ il n'y avait aucun moyen, juste de la motivation et un engagement des équipes. Puis l'industrie pharmaceutique a proposé de financer l'action ce qui a permis d'avoir recours aux médias, de développer l'action puis de mettre en place une évaluation, de bénéficier d'aides de fondations, etc. Dix ans après, il existe des biographes hospitalières dans plusieurs établissements et la pratique se développe.

Olivier Toma : concernant le fait de toucher l'opinion publique, ce n'est pas facile. L'approche par le scandale sanitaire qui fait le buzz dans les médias et touche l'opinion publique a été testée par le C2DS (cf. différentes actions passées en matière de santé environnementale). Cette approche, qui signifie aller à l'affrontement, est violente et nécessite d'accepter de prendre des « coups ».

L'autre approche, c'est nous, parce que l'hôpital a une vocation d'exemplarité et de pédagogie (idem pour les praticiens libéraux). Formons, échangeons et créons du lien autour de cette autre vision de la santé et du soin et transmettons-la aux patients.

Pr Harald Matthes : on parle de changer de système et on sait que 80 % des maladies chroniques proviennent de nos modes de vie. Et nous savons en même temps qu'il est très difficile pour les patients de changer de mode de vie. Par exemple, si on parle de la prévention de la récurrence d'un infarctus on sait que les thérapies avec l'aspirine sont sans effet dans 150 cas sur 156. Alors que nous constatons des résultats bien meilleurs si on parvient à faire changer les patients de mode de vie : bouger plus, changer son alimentation, etc. Dans ce cas, les résultats sont là et bien meilleurs que les autres approches. Et tous les cardiologues le savent. Et pourtant, en France et en Allemagne, combien d'hôpitaux ont des « écoles du cœur » ? En Allemagne, il en existe six.

Ce qui est vrai pour les patients, l'est aussi pour les médecins : il est difficile de changer ses pratiques. Il est plus facile de prescrire de l'aspirine plutôt que de monter une école du cœur.

Autre chose : si le médecin prescrit de l'aspirine, le contrôle est dans les mains du médecin alors que si on change d'approche, la responsabilité est remise dans les mains du patient. Il faut donc voir comment faire accepter au médecin la notion de perte de contrôle.

Le problème concerne aussi les compagnies d'assurance. Nous avons compris que les patients sont souvent favorables à la notion de médecine intégrative mais pour les assureurs, les directives sont construites de telle sorte qu'il est difficile de recourir à un traitement conventionnel combiné à d'autres pratiques. Il faudrait que les compagnies d'assurance puissent revoir la structure de leur approche et leur grille tarifaire.