



comité

développement durable Actes /Journée thématique

25 Sept 2019 / Paris

Académie nationale de médecine / 75006 PARIS

Médecine intégrative et Humanisme médical

en établissement de santé

« Un curieux paradoxe caractérise le contexte actuel de l'exercice médical. En un temps où le médecin est à même de proposer des moyens de diagnostic et de traitement tels qu'il n'en a jamais disposé, moyens accessibles favorablement à la majorité et garantissant des soins de qualité, une large proportion des demandeurs de ces moyens se déclare insatisfaite de ses relations avec le monde médical. Nombreux sont les malades qui regrettent qu'en entrant à l'hôpital, ils deviennent anonymes, ne rencontrent jamais le même interlocuteur, éprouvent par conséquent l'impression de n'avoir pas été écoutés. »

Tel est le constat fait par François-Bernard Michel, Daniel Loisance, Daniel Couturier et Bernard Charpentier dans le rapport de l'Académie nationale de médecine du 21 juin 2011 avant de recommander « un Humanisme Médical pour notre Temps dans l'intérêt des malades ». Pourquoi cet humanisme fait-il défaut à la médecine telle que pratiquée en France ? Les thérapies complémentaires peuvent-elles (toutes) apporter une dimension plus humaine aux soins ? Cela comporte-t-il des risques ? Des retours d'expériences témoigneront des bénéfices pour les patients et les équipes soignantes d'une approche intégrative des soins mais aussi des questions que cette approche soulève.



ACTES JOURNÉE THÉMATIQUE

Médecine intégrative et Humanisme médical

en établissement de santé

25 sept 2019 / 9h30-16h30

Académie nationale de médecine 75006 PARIS

9h / Accueil des participants



10h-12h / Programme de la matinée

Qu'est-ce que l'humanisme médical ? En quoi est-il important ?

Présentation du rapport de l'Académie nationale de médecine de 2011 Pr Daniel Loisance - membre de l'Académie de médecine, chirurgien cardiaque, ancien chef de service à l'hôpital Henri Mondor

■ <u>Témoignage de l'expérience d'une patiente enseignante</u> auprès d'étudiants en 5^{ème} année de médecine

Marion L. - Patiente enseignante à la faculté de médecine Paris Descartes. Elle fait le lien entre « expérience patient » et « expérience client » dont elle était experte pour des entreprises du luxe dans la première partie de sa vie professionnelle

- Table ronde « Qu'est-ce que la médecine intégrative, pourquoi est-elle souvent ressentie comme plus humaniste par les patients et les professionnels de santé, quels points de vigilance pour prévenir les phénomènes d'emprise sur les patients...? »
- Pr Grégory Ninot Professeur à l'Université de Montpellier, chargé de la valorisation scientifique à l'Institut du Cancer de Montpellier et directeur de la plateforme CEPS
- Catherine Panichot IBODE aide opératoire d'un chirurgien dans une clinique du groupe ELSAN à Nancy et thérapeute psychocorporelle
- Pr Jacques Kopferschmitt Professeur de thérapeutique, charge de mission sur les Thérapies Complémentaires - Hôpitaux Universitaires de Strasbourg
- Isabelle Celestin Psychologue et directrice de l'Institut Français des Pratiques Psychocorporelles IFPPC Centre CAMKeys

■ Pause

- <u>Médecine intégrative et développement durable</u> point sur les actions du C2DS
- Présentation de la campagne du C2DS « Engagement pour une médecine intégrative » reposant sur la déclinaison française de l'engagement de Berlin, coécrite par cinq associations françaises*
- Retour sur le voyage d'étude à Berlin en janvier 2019
- Perspectives de travail pour le second semestre 2019

- Retours d'expérience de pratiques intégratives et des bénéfices humains pour les patients et les équipes soignantes :
- Humanisme médical et intégration de l'homéopathie et de l'acupuncture au sein d'un dispensaire en Birmanie

Dominique Eraud -Médecin homéopathe, acupunctrice et présidente de l'Association - Solidarité Homéopathie Paris

13h00-14h00 / Déjeuner



14h00-16h00 / L'après-midi



Retours d'expérience de pratiques intégratives et des bénéfices humains pour les patients et les équipes soignantes (suite) :

Institut Rafaël, centre de médecine intégrative (Levallois - 92)

Dr Alain Toledano (Président de l'Institut)

« La cancérologie moderne est de plus en plus performante, mais nous avons constaté qu'elle laissait souvent l'impression de s'occuper plus de la maladie que du malade. Pourtant, c'est justement à ce moment que le patient a le plus besoin qu'on s'occupe de lui, qu'on l'aide à se reconstruire. »

Ecole De La Présence Thérapeutique - EDLPT (Bruxelles)

Dr Thierry Janssen, (Chirurgien, psychothérapeute, auteur et fondateur de l'EDLPT)

« [...] le non-jugement, la bienveillance et la confiance réciproque qui s'instaurent dans la présence, permet une communication plus efficace entre le soigné et le soignant, une meilleure adhésion du soigné aux traitements proposés et l'apparition de meilleurs résultats thérapeutiques. »

■ Conclusion

* Le C2DS (Comité pour le développement durable en santé), la Plateforme CEPS (plateforme universitaire Collaborative d'Evaluation des Programmes de prévention santé et des Soins de support, le CUMIC (Collège Universitaire des Médecines Intégratives et Complémentaires), le GETCOP (Groupe d'Evaluation des Thérapies Complémentaires Personnalisées) et l'ONMC (Observatoire des Médecines non Conventionnelles).





sommaire

Un humanisme médical pour notre temps / Pr Daniel Loisance	p 4-6
Témoignage de l'expérience d'une patiente enseignante auprès d'étudiants en cinquième année de médecine / Marion L.	p 7-15
Humanisme médical et intégration de l'homéopathie et de l'acupuncture au sein d'un dispensaire en Birmanie / Dr Dominique Eraud	р 16
Lien entre médecine intégrative,certification et gestion d'établissement / Laurence Fontenelle	р 17
Retours d'expérience de l'Institut Rafaël, centre de médecine intégrative (Levallois/92) / Dr Alain Toledano	p 18-20
Ecole De La Présence Thérapeutique / EDLPT (Bruxelles) / Dr Thierry Janssen	p 21-23
Conclusion de la journée	р 23





Directrice de publication : Karine Chagnes

Rédaction : Christine Belhomme

 $\textbf{Conception des \'el\'ements graphiques} \ : \textit{Monsieur l'Œil}$

Président du C2DS : François Mourgues

Siège social :

Comité pour le Développement Durable en Santé 3, rue de l'Ile 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 : mai 2020 Crédits photos : AdobeStock



Un humanisme médical pour notre temps

Pr Daniel Loisance / membre de l'Académie de médecine, chirurgien cardiaque, ancien chef de service à l'hôpital Henri Mondor.



La présentation du professeur Loisance s'appuie sur le rapport de 2011 de l'Académie nationale de médecine. Ce rapport recommande, dans l'intérêt des malades, un humanisme médical pour notre Temps.

Ce rapport, voté à l'unanimité à l'assemblée, représente donc bien l'avis de l'Académie elle-même. Il reste d'actualité au sein de l'institution qui poursuit sa réflexion sur le sujet.

Pour l'Académie, l'humanisme médical est la pratique d'une médecine et de soins absolument respectueuse, à tous égards, de la personne humaine.

Constat:

L'humanisme médical est aujourd'hui mis à mal dans les établissements de santé. En effet, on constate un paradoxe : la médecine n'a jamais été aussi performante qu'aujourd'hui tant pour les diagnostics que les traitements grâce à des outils et des moyens thérapeutiques exceptionnels. Et dans le même temps, l'insatisfaction n'a jamais été aussi grande chez les patients (protestations, agressions, plaintes) et chez les soignants (démissions, burn-out, suicides).

Il faut désormais des lois pour protéger le malade (2002) avec des comités de conciliation et des médiateurs. On observe une judiciarisation croissante qui aggrave l'insatisfaction et un passage de la confiance à la défiance. Les médecins se méfient des patients et *vice versa*. Cette situation est dénoncée déjà depuis une auinzaine d'années.



Quelles sont les raisons de cette situation ?

■ Evolution sociétale

La médecine est devenue un service comme un autre. Le médecin est devenu un praticien, le malade un usager et la surveillante une cadre de santé. La tendance est au consumérisme médical. La médecine a changé avec une tendance à l'égalitarisme entre le médecin et le patient.

■ Evolution de la médecine elle-même

Devenue hyperspécialisée et fonctionnant en silo, la médecine s'intéresse à un problème et non à un malade. Le médecin a perdu toute approche singulière et personnalisée avec son patient. Il n'y a plus de regard holistique, aussi bien en médecine hospitalière au'en médecine de ville.

■ Evolution liée au coût de la santé

Si la santé n'a pas de prix, elle a un coût. Or, la situation est éminemment inflationniste pour deux raisons :

- le vieillissement de la population. Après 70 ans, une personne a en moyenne sept pathologies et douze après 80 ans.
- le coût des diagnostics et des traitements a beaucoup augmenté. Personne ne s'effraie de voir le traitement d'une maladie génétique particulière coûter 1 million 800€ l'injection et qu'il faut de multiples injections...

¹ Un humanisme médical pour notre temps - François-Bernard Michel, Daniel Loisance, Daniel Couturier et Bernard Charpentier (au nom d'un groupe de travail et de la Commission XV - Exercice médical en milieu hospitalier public et en milieu hospitalo universitaire)



Un humanisme médical pour notre temps

Pr Daniel Loisance

Dans le même temps, les contraintes budgétaires conduisent à une politique de réduction de la durée moyenne de séjour et au développement de la chirurgie ambulatoire. La réduction drastique de la durée de séjour après un pontage coronaire conduit à 30 % de réhospitalisation et dans ces 30 % il y a une mortalité élevée. Reporter la prise en charge post opératoire d'un patient sur l'environnement familial n'aide ni à contenir les coûts de santé ni à améliorer la qualité des soins.

Aujourd'hui, il est devenu très difficile de rencontrer son médecin et encore plus son chirurgien. Les rendez-vous sont à des échéances très longues et il est quasi impossible de rencontrer son chirurgien (il est occupé, il opère...). C'est une nouvelle façon de faire de la chirurgie.



<u>Evolution de la gouvernance</u> <u>hospitalière</u>

Les patrons de services qui avaient une vision ont disparu et on assiste à une hyper inflation administrative. Le pouvoir administratif « déconnecté de la vraie vie » a pris le pas sur celui des médecins.

Résultats: climat délétère, démissions en cascade, postes non pourvus, surcharge de travail pour les « survivants ». La situation est analogue en ville (temps administratif, contrôles). Tout ceci rend très difficile l'exercice normal de la médecine.

Evolution de la sélection et la formation des médecins

On a constaté la pauvreté de la culture générale et l'immaturité grandissante des étudiants en médecine pendant plusieurs années même si la situation semble évoluer en mieux ces dernières années

Par ailleurs, il serait nécessaire de mieux informer les lycéens de la réalité des professions de santé. Il serait pertinent d'organiser des stages d'observation pour les lycéens en première et terminale. Beaucoup d'étudiants en médecine y entrent par défaut, ne pouvant pas faire de prépa ou autre et donc ayant une méconnaissance complète de ce que sera leur métier.

Personne ne veut entendre parler de sélection à l'entrée dans cette filière, y compris les étudiants. Et pourtant la sélection existe, est nécessaire et persistera sous une autre forme. La réforme en cours retardera le processus de sélection de la fin de première année à la fin de la seconde année mais il existera toujours.

Pour ceux qui sont rentrés dans le processus de formation, on constate un recul dans le premier contact avec les malades. Les étudiants sont aujourd'hui dispensés de stage infirmier et ne rencontrent vraiment les malades qu'en fin de deuxième ou de troisième année.

Il y a également disparition des grandes figures inspirantes pour les étudiants (les mentors).

Facteurs liés à l'évolution technologique

Au niveau diagnostique, on assiste à une fuite dans la prescription d'examens (IRM, scanner...) à défaut d'examens cliniques.

Au niveau thérapeutique, c'est une escalade sans fin des interventions pour éviter une annonce difficile et prolonger de quelques heures une vie qui se termine. 75 % des circulations extracorporelles mises en place en France en 2018 correspondaient à des indications futiles. C'est une dérive importante.



Un humanisme médical pour notre temps

Pr Daniel Loisance

Principales propositions de l'Académie nationale de médecine

Depuis sa création, l'Académie a toujours eu la préoccupation de rendre acceptable par tout le monde l'exercice de la médecine. Son ambition est immense mais ses moyens très limités. La déshumanisation n'est pas liée à un manque d'argent mais à des problèmes d'organisation.

Quelques propositions de l'Académie

- Clés détenues par le Ministère de l'Enseignement Supérieur :
 - améliorer les conditions de recrutement et le contenu des programmes au cours des premières années
 - informer les lycéens de la réalité des professions de santé
 - organiser des stages d'observation pour un contact précoce avec la dureté de la réalité du métier (patient très malade, en fin de vie...)
 - réviser les modalités de la sélection :
 - sur dossier : les notes du bac
 - interview, lettre de motivation, curriculum vitae
- Concrètement la formation doit s'intéresser à :
- apprendre les comportements par le biais du compagnonnage. Former à la bientraitance est une démarche active. Les doyens devraient demander aux chefs de clinique de se réapproprier l'activité de formation des jeunes. La plupart ont démissionné de ces fonctions pour se consacrer à la leurs activités de recherche

- privilégier l'enseignement clinique parce qu'on soigne par sa présence, son regard, ses mains, sa parole, son écoute et en s'adaptant aux singularités des personnes. Le premier contact avec le malade est primordial : comportement d'empathie, écoute active, regard dans les yeux (et non regard sur l'écran de l'ordinateur). Le secret du bon médecin est lié à ce qu'il sent, à ce qu'il fait et dit au malade et ce au lit du malade
- Bientraitance aussi des médecins :
- pour être bientraitant, ils doivent être eux-mêmes bien traités. On doit reconnaître de nouveau leurs compétences, leur générosité et leur rigueur
- porter une certaine considération à une profession qui poursuit son action dans des conditions souvent difficiles permettrait de rétablir un climat de confiance indispensable à une pratique humaniste de la médecine

Question liée au rôle d'internet dans la relation médecin/patient

Selon le Pr Loisance, internet est le marqueur d'un dysfonctionnement dans la relation patient/médecin et non la source du dysfonctionnement. Si le médecin est à l'écoute de son patient qui sent que les informations qui lui sont transmises sont personnalisées et vraiment adaptées à son cas particulier, le patient n'éprouvera pas le besoin d'aller chercher sur internet. L'écoute et la personnalisation induisent un climat de configure.

Conclusion

Il faut comprendre les raisons multiples qui ont conduit à une dégradation du service rendu au patient et essayer d'y apporter les corrections point par point. Une grande réforme d'ensemble est illusoire. Ce n'est pas simplement une « affaire de gros sous ».

Il est important aussi de reconnaître les raisons du succès populaire des médecines complémentaires.

L'attrait de l'exotisme, l'approche holistique, un vrai investissement du thérapeute et la reconnaissance financière dont il bénéficie expliquent le grand succès de ces médecines complémentaires.

Aujourd'hui, nous sommes dans une situation où ces deux types de médecines ont beaucoup à apprendre l'une de l'autre. Position de l'Académie sur les médecines complémentaires : elle ne condamne pas ces pratiques mais considère au contraire qu'elles ont un rôle à jouer à la suite d'un avis médical, exercé par des praticiens bien formés, et faisant l'objet d'une évaluation.



Témoignage de l'expérience

d'une patiente enseignante auprès d'étudiants en cinquième année de médecine

Marion L. - Patiente enseignante à la faculté de médecine Paris Descartes. Elle fait le lien entre 'expérience patient' et "expérience client" dont elle était experte pour des entreprises du luxe dans la première partie de sa vie professionnelle.



Introduction

Marion L., soignée il y a cinq ans d'un cancer du sein, a une expérience en tant que patiente. Pendant ses soins, si elle a eu le réflexe de regarder, de ressentir et d'analyser comment elle était prise en charge, c'est sans doute parce que, pendant de nombreuses années, elle a travaillé sur l'expérience client dans des entreprises haut de gamme du luxe et de la gastronomie où une attention particulière est portée sur tous les détails. Ces deux expériences ont fait écho.

Il existe de multiples parallèles entre les prestations d'un environnement haut de gamme et dans la santé. Dans ces deux univers du luxe et de la santé, qu'il s'agisse d'un bijou ou de son corps/sa santé, c'est un « bien précieux » qui est en jeu. Dans les deux cas, le client et le patient ont des attentes implicites très fortes et très intenses. Et dans ces deux métiers, il y a des savoir-faire très forts.

Elle a traversé ce moment de sa vie comme une vraie expérience, avec un début et une fin puisqu'à ce jour, tout va bien. Pleine de gratitude pour les équipes qui l'ont pris en charge, elle est rentrée ensuite dans le comité des patients de l'hôpital qui l'a soigné. Ce comité rassemble des anciens, patients, des patients encore en traitement et des proches. Il travaille sur l'amélioration du parcours de soins soit à l'initiative des patients de ce comité, soit des personnels soignants.

Il lui a été proposé de rejoindre un cours dispensé aux étudiants de cinquième année de médecine à la faculté Descartes dans le cadre d'un module optionnel sur l'éthique de la relation médecin/patient.

Son expérience de patiente

Ce qu'elle entend par expérience patient peut être : l'ensemble du vécu et des perceptions mémorisées par le patient. C'est donc un ensemble de faits et de choses qui s'est passé mais aussi un ensemble d'émotions avec la subjectivité qui est celle du patient. Mémorisées, les émotions vont occuper une place particulière et notamment les pics émotionnels (ce qui s'est très bien passé et très mal passé).

Il y a cinq ans, le diagnostic de Marion L. était assez banal sur le plan oncologique avec un pronostic plutôt bon. Mais cette nouvelle a été tout sauf banal pour elle.

Son expérience est globalement bonne mais elle se considère comme privilégiée parce que :

- elle avait la capacité d'aller chercher de l'information, à comprendre, à se plonger dans un sujet
- elle a été très bien entourée par son compagnon et son entourage

- dans la maladie, elle a vécu des choses très belles. Elle a en effet eu la joie de devenir maman, son cancer ayant été diagnostiqué à 7 mois ½ de grossesse. Même si le diagnostic a généré une angoisse particulière quant à son propre devenir et celui de son enfant, il n'est pas donné à tout le monde de vivre ces moments de grande joie pendant la maladie
- elle avait les moyens d'avoir recours à des médecines complémentaires (moyens financiers et moyens de trouver l'information)

Le parcours protocolisé à l'hôpital n'a pas été extraordinaire du point de vue humanisme. Il n'est pas pensé pour ça. Elle a eu l'impression d'être un maillon dans la production de soins, dans le séquençage de l'activité et les salles d'attente pleines. En prenant du recul, elle a compris ce côté « effet de masse » mais cela contraste avec la propre attention que le patient se porte à ce moment-là pour sa propre survie.



Témoignage de l'expérience

d'une patiente enseignante auprès d'étudiants en cinquième année de médecine Marion L.





Son expérience de patiente (suite)

L'annonce

Malgré tout, elle a rencontré des professionnels dévoués et sa première consultation à l'hôpital a été exceptionnelle : très claire et très empathique (le médecin était assis à côté d'elle et non en face). Une grande attention a été portée à la coordination avec la maternité pour le respect des étapes de sa grossesse. La cancérologue parlait aussi aux sages-femmes. Rentrer dans la maladie de cette facon a été très rassurant.

Le parcours

Il y a aussi eu des moments moins rassurants, notamment au moment de la décision de faire ou non une chimiothérapie. Dans un premier temps, la décision lui a été laissée mais trois jours après, le *staff* décidait qu'il fallait très clairement une chimiothérapie dans son cas. Pourquoi ce revirement de situation ? Avait-elle vraiment tous les éléments pour décider par elle-même ?

Dans le cas d'un cancer asymptomatique comme le sien, il était difficile de se motiver pour aller en chimiothérapie avec tous les effets secondaires engendrés. Elle avait l'impression d'aller chercher une dose de poison, impression renforcée par l'attitude des médecins qui ne parlaient que des effets secondaires de la séance précédente. Leur attitude n'était pas très « vendeuse ».

Elle a eu besoin de se tourner vers les thérapies complémentaires parce que quelque chose n'était pas suffisant dans le parcours de soin conventionnel. Il s'agissait de minimiser les effets secondaires des traitements, de ralentir l'escalade médicamenteuse et préparer l'après. Elle voulait « prendre la main » sur sa santé.

A l'hôpital, les médecins l'incitaient à faire la guerre contre son cancer. Au-delà du côté absurde de se faire la guerre à soi-même (contre ses propres cellules mutantes), avec quelle énergie mener cette guerre ?

Pour contrebalancer ce vocabulaire guerrier, elle avait besoin de choses plus apaisantes. Les médecins à qui elle en a parlé n'ont pas rejeté mais n'ont pas pu l'aider à s'orienter.

La sortie des traitements

Elle s'est sentie un peu démunie à la fin de la prise en charge par l'hôpital.

Conclusion

D'un point de vue humanisme, l'expérience a été plutôt bonne à l'hôpital et un peu moins bonne avec le médecin acupuncteur qui l'a pris en charge. Les individus en médecine conventionnelle ou complémentaire sont talentueux ou non, formés ou non à l'humanisme. C'est plus une question de personne et de formation à la relation que de métier et de technique pratiquée.





Témoignage de l'expérience

d'une patiente enseignante auprès d'étudiants en cinquième année de médecine Marion L.



Son expérience de patiente enseignante

Avec trois autres patients, elle intervient à Paris Descartes dans un cours sur l'éthique de la relation patient/médecin. Ce sont 30 heures de cours sur six séances. C'est un modèle optionnel qui s'adresse à des étudiants de cinquième année motivés par le sujet. Ils sont une vingtaine sur une promotion de 300. Ils ne seront donc que 20 à avoir reçu une formation sur l'éthique de la relation patient/médecin, ce qui pose un peu question.

Les étudiants participants sont souvent motivés soit parce qu'ils ont vécu des choses difficiles en tant que praticiens ou parce qu'ils ont vu des choses difficiles et n'ont eu ni réponse ni accompagnement.

Ces cours ne proposent pas d'apport théorique très formels mais des travaux en sous-groupes sur des thèmes donnés posés au préalable par des intervenants variés. Les patients se répartissent dans les sous-groupes et questionnent, interrogent les pratiques et le jargon et les savoir-être. Il s'agit plus de faire prendre conscience que de fournir des boites à outils. Cette prise de conscience est très importante parce qu'il y a une grande dissymétrie au départ entre le patient et le médecin et donc des difficultés de communication.

Ces temps sont importants parce qu'ils questionnent le sens qu'ils vont donner à leur métier à la fois très scientifique et relationnel. Leur valeur ajoutée est attendue dans leur capacité à faire la synthèse, à entrer en relation, à comprendre les besoins du patient, à ouvrir leur intuition et écouter les signaux.



Conclusion

L'humanisme se ressent plus à travers le relationnel avec le soignant ou le personnel administratif qu'avec l'organisation même si celle-ci peut être « déshumanisante ». La médecine conventionnelle n'est pas moins dotée d'humanisme que les médecines complémentaires mais la philosophie des thérapies complémentaires pose cet humanisme en élément fondateur. L'humanisme dépend des individus et la formation est une clé.

C'est aussi au patient d'aller chercher cet humanisme en lui lorsque son état le permet et il ne faut pas tout attendre du praticien ou du médecin.





« Qu'est-ce que la médecine intégrative, pourquoi est-elle souvent ressentie comme plus humaniste par les patients et les professionnels de santé, quels points de vigilance pour prévenir les phénomènes d'emprise sur les patients ? »



Présentation des intervenants

- Isabelle Celestin / Psychologue. Elle travaille depuis 25 ans en centre anti-douleur à Paris d'abord à l'hôpital Trousseau puis au Kremlin Bicêtre. Elle a créé un DIU de pratiques psychocorporelles et santé intégrative pour permettre aux étudiants d'avoir une vision d'ensemble de ces pratiques dans une perspective scientifique. Elle est par ailleurs fondatrice et dirigeante de l'Institut Français des Pratiques Psycho Corporelles IFPPC Centre CAMKeys à Paris et à Châteaudun. Ce centre regroupe une quinzaine de médecins professionnels de santé et propose des consultations individuelles et de groupe. Il participe avec l'Inserm à différentes recherches sur le sujet notamment sur l'évaluation de la qualité de vie des patients.
- Catherine Panichot / IBODE aide opératoire d'un chirurgien dans une clinique du groupe ELSAN à Nancy et thérapeute psychocorporelle. Son parcours a été conventionnel jusqu'à 2005, période où elle s'est mise en quête de pratiques non conventionnelles pour elle-même afin de l'aider à gérer la violence du bloc opératoire et les émotions qu'elle vivait. Aujourd'hui, elle intervient auprès de ses patients en santé intégrative en proposant un accompagnement avec hypnosédation mais aussi en mettant à disposition des lunette PSiO de relaxoluminothérapie, en enseignant des techniques de libération des peurs, du stress et des exercices de respiration.

Sur le site des deux cliniques du Médipôle de Gentilly, elle propose un accompagnement des soignants dans le bien-être au travail et l'éducation à la santé avec des massages shiatsu assis, du yoga, de la relaxoluminothérapie et du bol d'air Jacquier.

- Pr Jacques Kopferschmitt / Professeur de thérapeutique, ancien chef de pôle, chargé de mission sur les thérapies complémentaires Hôpitaux Universitaires de Strasbourg par le doyen de la faculté de médecine.
- Pr Grégory Ninot / Professeur à l'Université de Montpellier et chargé de recherche à l'Institut du Cancer de Montpellier, double cursus en STAPS et psychologie. Il mène des recherches sur l'évaluation des interventions non médicamenteuses (INM). Il a fondé en 2011 et dirige la Plateforme universitaire CEPS encourageant la recherche sur les INM, recensant les chercheurs et les études cliniques sur les INM et menant une réflexion épistémologique sur leur évaluation.
- La Miviludes n'a pas répondu à l'invitation du C2DS.



Médecine intégrative, comment la définir ?

<u>Pr Jacques Kopferschmitt</u>: ce n'est pas une simple sommation d'évènements médicaux ou autres. C'est une approche qui intègre les résultats brillants de la médecine moderne mais qui est centrée sur les valeurs et la participation du malade et pas uniquement centrée sur la maladie comme le propose la biomédecine. Cette dernière a tronçonné l'approche médicale alors que les patients ont besoin d'une vision globale. L'approche intégrative propose un changement de paradigme.

<u>Isabelle Celestin</u>: la médecine intégrative, c'est utiliser le meilleur de la médecine conventionnelle et le meilleur des pratiques complémentaires (pour lesquelles il existe des données scientifiques de haute qualité quant à la sécurité et à l'efficacité des traitements) afin de tirer profit des meilleurs soins des deux approches. Cette médecine tient compte de la personne dans sa globalité et des différents aspects du mode de vie, en prenant en compte l'importance de la relation thérapeutique.

C'est aussi la réflexion sur un parcours de soin intégratif. Donc c'est forcément une approche personnalisée.

La médecine intégrative s'appuie sur des pratiques qui ne sont pas seulement des techniques mais pour la plupart des modalités pour être dans une autre forme de relation avec les patients et entre professionnels de la santé.



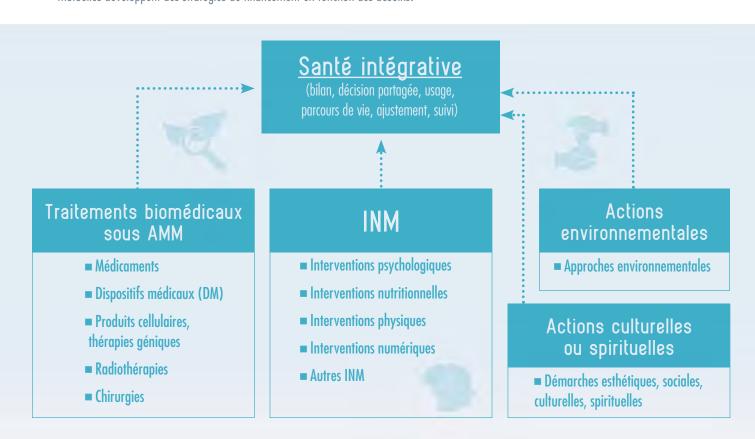
« Qu'est-ce que la médecine intégrative, pourquoi est-elle souvent ressentie comme plus humaniste par les patients et les professionnels de santé, quels points de vigilance pour prévenir les phénomènes d'emprise sur les patients ? »



Médecine intégrative, comment la définir ?

<u>Catherine Panichot</u>: il ne s'agit en effet pas d'opposer deux approches mais bien de les intégrer parce qu'elles sont complémentaires. L'approche intégrative accompagne le patient tout en le rendant beaucoup plus acteur.

Pr Grégory Ninot: la médecine prédictive, le dépistage précoce des maladies chroniques et le vieillissement de la population vont obliger de plus de plus de personnes à s'intéresser à leur santé. Cette révolution amène à parler désormais de parcours de santé incluant la prévention et le soin et non plus seulement la prise en charge thérapeutique. Ce bouleversement amène une nouvelle façon de travailler avec les patients. Ce n'est donc plus un professionnel de santé mais des professionnels de santé et plus largement des acteurs de santé qui vont travailler autour du patient devenant acteur de sa santé. Tout le paysage de l'accompagnement des personnes malades chroniques et de la prévention personnalisée va changer de façon très importante. Un nouveau domaine est en train d'émerger pour une santé plus intégrative au côté des traitements biomédicaux, des actions éducatives, sociales et culturelles et des politiques environnementales : les INM (Interventions non médicamenteuses). Ces INM physiques (par exemple une thérapie manuelle), psychologiques (par exemple une méthode de gestion du stress), nutritionnelles (par exemple une stratégie nutritionnelle), digitales (par exemple une application santé) et élémentaires (par exemple une tisane à base de plantes) vont être proposées au plus grand nombre. Ces pratiques sont fondées sur la science. L'Assurance Maladie et les mutuelles développent des stratégies de financement en fonction des besoins.





« Qu'est-ce que la médecine intégrative, pourquoi est-elle souvent ressentie comme plus humaniste par les patients et les professionnels de santé, quels points de vigilance pour prévenir les phénomènes d'emprise sur les patients ? »



<u>Catherine Panichot : qu'est-ce que la médecine intégrative au bloc opératoire a changé en termes d'humanisme pour le patient et pour les professionnels de santé ?</u>

Le patient est beaucoup plus confiant. Il se sent écouté, considéré et dans un cocon bienveillant.

Catherine Panichot retrouve du sens à son métier. Elle n'est plus uniquement dans une course pour endormir le patient mais retrouve la notion du « prendre soin ». Il y a globalement moins de violence au bloc opératoire et les relations au sein de l'équipe sont beaucoup plus sereines. Chacun est bien à sa place et interagit harmonieusement. Les chirurgiens peuvent avoir une forte prestance mais plus nécessairement dans l'agressivité. Les émotions des uns et des autres sont mieux gérées. La formation aux thérapies complémentaires propose souvent un travail sur soi avant de le mettre en œuvre pour les autres thérapies proposées au patient.

<u>Est-ce que la dimension humaniste</u> <u>est intrinsèque à toutes les thérapies</u> complémentaires ?

<u>Isabelle Celestin</u>: la dimension humaniste devrait être intrinsèque au rôle propre de tout professionnel de santé. Il y a un travail à faire sur la formation de ces professionnels pour que ce soit effectivement le cas.

Les premiers thérapeutes de notre ère, très bien décrits dans le livre de Jean-Yves Leloup « Prendre soin de l'Etre - Philon et les thérapeutes d'Alexandrie », se posaient les mêmes questions que nous : comment soigner ? Qu'est-ce que le soin ? Quelle posture du soignant ? Ils arrivaient à la conclusion qu'il s'agit d'utiliser des techniques mais aussi d'être dans la relation d'être à être et de pouvoir rencontrer la personne.

Il y a un retour à faire vers le regard, l'écoute et le toucher. Les pratiques complémentaires permettent souvent ce retour. Il faudrait pouvoir revenir à ça dans la formation première des médecins, psychologues et autres professionnels de santé.

Dans nombre des pratiques complémentaires, il y a une vision globale des individus. On prend en compte la pathologie et les ressources de la personne que ce soit dans les médecines traditionnelles ou les pratiques issues de ces médecines.



L'idée est que pour soigner, il faut activer l'énergie et les ressources de la personne donc il y a une propension à l'humanisation des pratiques.

Dans la mise en œuvre de ces pratiques, la technique peut parfois être parfaite mais pas l'attention portée au patient. Dans les pratiques complémentaires, si la technique est utilisée juste comme un outil en oubliant la dimension relationnelle, on perd la dimension relationnelle au risque de fonctionner comme la critique qui est souvent faite à la médecine conventionnelle.



« Qu'est-ce que la médecine intégrative, pourquoi est-elle souvent ressentie comme plus humaniste par les patients et les professionnels de santé, quels points de vigilance pour prévenir les phénomènes d'emprise sur les patients ? »

Un corpus d'études évalue les pratiques complémentaires et montre celles qui marchent vraiment pour quelle pathologie. Cela permet de relativiser - y compris pour les praticiens - et de comprendre qu'une pratique n'est pas forcément la meilleure pour tout.

La revue des études sur les résultats obtenus par les psychothérapies (Lambert et al., 1986) montre par exemple que l'amélioration d'une personne en thérapie serait déterminée par :

1/ des facteurs extra-thérapeutiques (env. 40 %) qui tiennent du patient et de son environnement

2/des facteurs relationnels communs et non-spécifiques aux modèles thérapeutiques (env. 30 %) comme l'empathie, la chaleur relationnelle, l'encouragement... Certains patients ont besoin d'une attitude cadrante du praticien et d'autres d'une attitude plus maternante. La bonne attitude est celle qui sait s'adapter et trouver la bonne manière d'activer les ressources du patient. Certains patients ont besoin d'entendre un vocabulaire guerrier pour combattre la maladie et d'autres pas du tout

3/les attentes du patient (env. 15 %) vis-à-vis de la thérapie qu'il entreprend. Si le patient choisit une pratique en pensant qu'elle est la meilleure pour lui, elle sera plus efficace

4/ les facteurs techniques (env. 15 %) spécifiques au modèle appliqué par le thérapeute. Ce dernier constat doit rendre les praticiens humbles

Certaines pratiques sont malgré tout plus efficaces pour certaines indications et il existe aussi parfois des contre-indications. Il est donc important d'avoir un bon réseau pour pouvoir orienter le patient vers la pratique optimale pour lui.

On lit par exemple dans un rapport de l'Association française des soins de supports que la phytothérapie est globalement très efficace pour lutter contre la fatigue et stimuler l'immunité mais certains apports phytothérapeutiques sont contre indiqués pour certaines chimiothérapies. Il est donc important qu'un médecin donne son avis.

<u>Jacques Kopferschmitt</u> : la médecine conventionnelle est une tradi-thérapie qui a bien réussi alors que certaines pratiques complémentaires ont encore besoin de faire leurs preuves.

Le gros avantage des thérapies complémentaires, c'est que l'on y trouve un bel exemple de la mondialisation. Le défi proposé est de parvenir à rapprocher les cultures occidentales, orientales, africaines...

Par ailleurs, le défi de la sécurisation des pratiques est bien présent. L'aromathérapie citée en exemple plus haut peut être nocive si elle est mal utilisée. L'humanisme n'est pas l'apanage des thérapies complémentaires. Il devrait faire partie de la médecine quelle qu'elle soit, conventionnelle ou non. On se rend compte qu'il y a des lacunes importantes dans la formation des étudiants et il est nécessaire et très urgent de modifier les enseignements. La première année de médecine pourrait être le bon moment pour commencer à aborder la question de l'humanisme parce que les étudiants ont une grande appétence de découverte, en prévoyant des rappels au cours des années suivantes. La conférence des doyens présidée par Jean Silbilla avance fortement sur le suiet.

Le danger serait de tronçonner les thérapies complémentaires pour les transformer en techniques qui perdent de vue la globalité de l'individu. Beaucoup de thérapeutes complémentaires se retranchent derrière leur technique avec des comportements parfois très sectaires. Il faudrait laisser de côté les démarches parfois agressives de différents praticiens qui cherchent à se défendre.

Il est primordial de faire connaître les différentes approches.



« Qu'est-ce que la médecine intégrative, pourquoi est-elle souvent ressentie comme plus humaniste par les patients et les professionnels de santé, quels points de vigilance pour prévenir les phénomènes d'emprise sur les patients ? »



Grégory Ninot: il est important d'avoir à l'esprit qu'en France, un ambulancier est réglementairement un professionnel de santé alors qu'un psychologue ou un spécialiste de l'activité physique ne l'est pas. Il est évidemment nécessaire de former les 24 catégories de professionnels de santé à plus d'humanisme mais ce n'est pas suffisant. Il faudrait élargir le cadre des acteurs de santé (notamment en direction de la prévention), comme il faudrait plus impliquer les patients dans les formations des professionnels de santé. Les initiatives telles que celle de la Sorbonne sur les patients experts vont dans le bon sens. Il faut encourager la formation des professionnels de santé aux sciences humaines et sociales, la sensibilisation du grand public et des professionnels sur l'importance des INM dans les stratégies préventives et thérapeutiques et l'accès à l'information scientifique sur les INM. Il est par exemple regrettable que la principale base de données des publications consultée par les médecins, PubMed, ne présente pas toutes les études évaluant des INM. L'information est si tronquée que la Plateforme CEPS a lancé un moteur de recherche en accès libre sur le sujet en 2018 : www.motrial.fr.

Comment évaluer l'humanisme et ses bénéfices pour le mettre en lumière et convaincre ceux qui doutent de son intérêt ?



<u>Jacques Kopferschmitt</u>: c'est la notion d'efficience qui est l'évaluation de l'humanisme parce qu'on parle bien de résultat global. Jusqu'à maintenant, la science exacte ne regardait que l'efficacité et pas le résultat global sur l'humain. On parle de l'efficacité d'un médicament, par exemple, mais sans regarder si le patient mange mieux, s'il vit globalement mieux... L'efficience est une notion très importante qui n'est pas apprise aux étudiants en médecine.

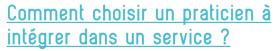
Un directeur d'établissement souhaite que son établissement fonctionne bien avec des malades qui vont mieux, des personnels qui se sentent bien. Les thérapies complémentaires sont un élément supplémentaire qui peut amener une manière de travailler autrement dans le soin et en matière d'organisation.

<u>Grégory Ninot</u>: un ancien PDG de l'INSERM disait que la France a beaucoup investi sur la science des problèmes pour comprendre chaque mécanisme physiopathologique, en allant dans l'extrême détail de chacun, jusqu'au moléculaire. Cette science des problèmes a pris le pas sur la science des solutions, celle de la mise en œuvre chez l'humain. Étudier la manière de déployer une INM, ses bénéfices et ses risques, ses interactions, le savoir-faire et le savoir-être du professionnel et l'expérience vécue du patient sont aussi indispensables que de connaître ses mécanismes d'action. Jusque dans les années 2010, une universitaire canadienne, Louise Potvin, regrettait dans le secteur du cancer et de la santé publique le faible nombre d'études interventionnelles en France comparé aux études mécanistiques.

<u>Isabelle Celestin</u>: il existe des échelles très bien faites pour évaluer la qualité de vie des patients. Elles permettent d'avoir une vision globale sur le problème lui-même mais plus largement sur le vécu des patients.



« Qu'est-ce que la médecine intégrative, pourquoi est-elle souvent ressentie comme plus humaniste par les patients et les professionnels de santé, quels points de vigilance pour prévenir les phénomènes d'emprise sur les patients ? »



La Miviludes avait été contactée pour participer à cette table ronde et partager sa vision de certaines vigilances à avoir pour l'intégration des thérapies complémentaires. Elle n'a pas donné suite à l'invitation mais il est possible de retrouver sur son site internet ses travaux sur les points qui permettent d'identifier les dérives sectaires.

Isabelle Celestin: à l'hôpital ou en libéral, les professionnels de santé demandent souvent à quel praticien de thérapie complémentaire adresser tel ou tel patient. Les patients se posent aussi la même question. L'IFPPC a réuni un groupe de travail indépendant qui se réunit depuis 2018 pour écrire un référentiel qui permettra d'identifier, région par région et par discipline, des personnes ressources qui ont une vision la plus globale possible sur ces pratiques complémentaires. Soit, elles sont elles-même formées à plusieurs pratiques complémentaires ou bien elles ne sont formées qu'à une mais raisonnent en termes de parcours patient au sein d'un réseau qui compte des praticiens d'autres thérapies complémentaires.

L'étape suivante sera de développer un annuaire de ces personnes ressources mis à jour annuellement.

Il existe aussi une charte qui reprend notamment les éléments de la Miviludes.

Pour le moment, tous ces éléments s'adressent à des professionnels de santé. La réalité de terrain montre que des non professionnels de santé exercent aussi et souvent avec une belle efficacité. La force du maillage territorial entre professionnels de santé et non professionnels de santé est importante pour garantir les meilleurs soins au patient.

<u>Jacques Kopferschmitt</u> : il existe un brouillage sémantique en France entre praticien, médecin... et le rôle de chacun.

Le public est perdu. Qui choisir pour quelle technique pratiquée ?

En France, seul un médecin est autorisé à poser un diagnostic.

Le milieu universitaire est sécurisant et il devrait donner l'impulsion aux autres professionnels de santé. Le médecin doit être le chef d'orchestre qui propose au patient différentes approches.





Humanisme médical et intégration de l'homéopathie et de l'acupuncture au sein d'un dispensaire en Birmanie

Dr Dominique Eraud / médecin homéopathe, acupunctrice et présidente de l'Association - Solidarité homéopathie Paris





Solidarité homéopathie (créée en 1994) est une association qui a pour mission d'aider les populations les plus pauvres, en France et à l'étranger, à améliorer leur santé et à se soigner de manière peu onéreuse, à partir de leurs propres ressources, personnelles et environnementales en utilisant l'homéopathie, l'acupuncture l'ostéopathie, la phytothérapie et l'agriculture bio. L'association ne compte que des bénévoles et ne part dans un pays que quand elle a un partenariat avec le gouvernement et les autorités *ad hoc.* Ce sont des partenariats qui s'inscrivent dans la durée avec des interventions plusieurs fois par an dans un même pays.

Le Dr Eraud a des autorisations pour transporter les granules et l'aromathérapie qu'elle apporte dans le dispensaire. Elle s'arrange sur place pour créer un cadre d'accueil chaleureux. Les patients viennent de toute la Birmanie, le plus souvent en famille, et les soins sont gratuits. Un repas équilibré est proposé à chacun.

Les pathologies les plus souvent rencontrées sont l'hypertension, les pathologies digestives et ORL. Une traductrice est présente lors des consultations. La consultation dure 30 minutes et porte sur le patient, son cadre de vie, ses soucis, sa famille... Ils apprécient cet intérêt pour eux qui n'est pas habituel. L'écoute et l'empathie sont très importantes dans les pratiques utilisées. Lorsque les premiers patients disent autour d'eux que «ça ne fait pas mal», le bouche à oreille fonctionne et de plus en plus de patients viennent.



Des moines des monastères environnants viennent aussi pour soulager leurs douleurs articulaires.

Le Dr Eraud forme aussi les médecins birmans allopathes qui sont sur place pour dispenser l'homéopathie et les autonomiser.





Lien entre médecine intégrative, certification et gestion d'établissement

Laurence Fontenelle / Lamalou-les-Bains en charge de la qualité et du développement durable / vice-présidente du C2DS



Dans son établissement, son projet développement durable est un projet de performance globale basé sur les trois piliers du développement durable : le social, l'économique et l'environnemental.

Comment valoriser en interne et faire du maillage entre ces pratiques de médecine intégrative et prouver la valeur ajoutée économique et plus largement humaine et environnementale? Pour que les soignants s'occupent bien des patients, il faut qu'ils soient eux-mêmes bien.

La période de certification est un cap dans la vie d'un établissement de santé mais c'est une démarche qui se vit aussi au quotidien. La version 2020 de la certification devient un vrai indicateur de financement qui va devenir exponentiel dans les années à venir.

A l'horizon 2022, les IFAQ (Indicateurs financiers à l'amélioration de la qualité) qui sont aujourd'hui de 40 millions d'euros pour l'ensemble du système de santé vont passer à 4 milliards. Le camembert global ne change pas. C'est la répartition à l'intérieur qui évolue. Les IFAQ deviennent de plus en plus importants et il devient encore plus important de voir comment valoriser les pratiques de développement durable et de médecine intégrative qui visent à une meilleure efficience des soins.

L'axe trois de la Stratégie nationale de santé 2022 « Soutenir le développement et encourager l'évaluation des Interventions non médicamenteuses » est un axe prioritaire. Il est à intégrer dans le projet d'établissement, dans le Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) et dans l'ensemble des contrats avec l'ARS (type CAQUES).



La V2014 était basée sur 21 processus. La V2020 est structurée en quatre chapitres :

- le patient, très en lien avec l'humanisme médical dont il est question aujourd'hui
- le soin qui n'est plus appréhendé seulement sous l'angle de protocole organe par organe mais sous forme de parcours avec les articulations entre services et avec la médecine de ville
- l'établissement qui peut permettre de mettre en avant la stratégie de médecine intégrative si elle existe. Dans l'hôpital au sein duquel je travaille, c'est inscrit dans le projet médical et en cours d'intégration dans le projet de soin qui comprend aussi le projet d'éco conception des soins
- le Groupement hospitalier de territoire

Il y a une autre façon de valoriser la médecine intégrative qui est en lien avec les audits patients traceurs, modalité de visite qui s'amplifie avec la V2020. Les équipes sont auditées, mais aussi les patients.

L'évaluation des pratiques professionnelles et de la pertinence des soins peut permettre de valoriser la pratique de la médecine intégrative comme un vrai segment de différenciation quand un patient vient dans l'établissement parce qu'il propose ce type de prise en charge globale dans son offre de soin.



Retours d'expérience de l'Institut Rafaël, centre de médecine intégrative (Levallois/92)

Dr Alain Toledano / médecin cancérologue radiothérapeute et président de l'Institut



Le Dr Alain Tolédano est cancérologue radiothérapeute au centre Hartmann de Levallois. C'est un centre qui fait beaucoup de technique. C'est le premier centre mondial de radiochirurgie (radiothérapie guidée par des robots). C'est un peu décalé par rapport à la médecine intégrative mais toute cette technologie de pointe pour des parcours de soins complexes n'empêche pas de se préoccuper aussi de la dimension humaine.

Comme beaucoup de cliniciens, on peut ressentir la frustration d'être embarqué dans un système qui ne laisse pas le temps qualitatif pour apprendre à connaître le patient et s'occuper de lui correctement. L'idée est de ne pas rejeter sa médecine mais d'aller aussi vers d'autres thérapies.

C'est dans un esprit d'accueil et de non-abandon que nous avons décidé que les circuits de soins classiques devaient comporter un parcours plus intégré et centré sur l'humain. Nous avons donc créé un lieu qui propose une médecine non pas centrée sur la maladie mais centrée sur le patient. L'Institut Rafaël est un espace de 2 000 m² proche du centre de radiothérapie et de chimiothérapie Hartmann mais pas à l'intérieur. La clinique était déjà saturée et ne permettait pas d'avoir une organisation de vie autour du patient. Le système incite à la réalisation d'actes techniques mais c'est plus compliqué pour juste échanger avec une personne qui a mal. Notre médecine doit évoluer et s'enrichir d'une forme de sagesse du passé. La chimie ou la physique moléculaire ont une place mais les mots aussi ont le pouvoir de quérison ou de destruction. Le courant transhumaniste aux Etats-Unis qui arrive en Europe est à prendre en considération. A nous de faire un effort pour intégrer des pratiques moins développées et moins reconnues, dans un système médical qui a besoin d'elles. Il ne s'agit pas de jeter une médecine technologique pour défendre une médecine humaniste. Ce n'est pas « OU » mais « ET ».

On a une énorme richesse humaine en France : 223 000 médecins, plus de 300 établissements de santé, 660 000 infirmières, 390 000 aides-soignantes. Malgré tout ça et avec 250 milliards de dépenses par an et un PIB de 2 500 milliards, le système ne répond pas aux attentes du patient dans la plupart des cas. Il nourrit aussi le mécontentement des professionnels de santé. Historiquement, il a de profondes rigidités d'organisation et des tensions financières croissantes.

Dans le plan Ma santé 2022, on travaille sur la qualité des soins, la pertinence des actes, le numérique, la formation, les modes de financement. On va dans le bon sens dans la manière de penser un système différent mais il faut néanmoins une rupture philosophique certaine pour passer d'une assurance maladie à une assurance santé.

Dans les consultations de cancérologie, il est question de cancer du sein bien-sûr mais pas uniquement. Dans les consultations de suivi, il est question du sommeil, des ongles abimés, du stress, de la sècheresse des muqueuses, des problèmes pour reprendre un travail... Ecouter prend du temps. Il est compliqué d'orienter vers les acteurs de soins paramédicaux et des parcours possibles et accessibles physiquement et financièrement.

Le Dr Tolédano voit en moyenne 40 patients par jour avec moins de dix minutes par patient. Un médecin seul ne peut pas travailler. Pour protéger les patients, il ne faut surtout pas qu'il dépende d'un seul médecin. Il est nécessaire d'avoir des équipes et des gens qui se sentent être le maillon d'une chaîne. Le patient doit être au centre d'un système pour pouvoir faire de la prévention, de la aestion des effets secondaires...

La santé n'est pas l'absence de maladie mais bien la santé sexuelle, émotionnelle, la santé psychologique, la santé sociale. Une personne sur trois perd son travail deux ans après le diagnostic. Au sein de l'Institut Rafaël a été monté « mon parcours pro » avec des DRH, des psychologues du travail... pour refaire les CV, appeler les entreprises et mener un travail de fond sur la santé sociale. Ça fait partie de la consultation mais si on continue à penser que pour un cancer, c'est au cancérologue de se débrouiller seul, les choses ne vont pas avancer.

Il faut penser des équipes autour des patients et arrêter de croire qu'ajouter des tâches au médecin cancérologue est la bonne solution. Ça ne marchera pas.



Retours d'expérience de l'Institut Rafaël, centre de médecine intégrative (Levallois/92)

Dr Alain Toledano / médecin cancérologue radiothérapeute et président de l'Institut



Pour la création de l'Institut Rafaël en novembre 2018, il a été décidé en équipe de se regrouper dans un établissement avec 20 médecins et une soixantaine d'acteurs paramédicaux sur une trentaine de disciplines. Toute l'équipe a décidé des espaces et des couleurs et de co-construire avec chaque patient des parcours d'accompagnement.

La coordinatrice de parcours, lors d'un entretien dédié et structuré d'une heure avec le patient, va discuter de toutes les dimensions de la santé. Sur un échange de cinq minutes avec le cancérologue, le patient peut donner le change et dire que tout va bien. Au bout de 15 minutes avec la coordinatrice, il ressort que 50 % des patients sont déprimés et au bout de 30 minutes que 80 % ont des troubles sexuels.

La co-construction avec les patients après une phase d'entretien ciblé et dédié permet de construire des parcours qui intègrent nutrition, émotion, activité physique, bien-être. Pour ne pas être l'ambassade d'une médecine à deux vitesses, tout est offert au patient mais il a des contraintes capacitaires. Sur les quinze premiers mois d'activité, 11 500 soins ont été offerts à 3 500 patients.

Tout est évalué pour faire la démonstration par l'exemple. En effet, si le système peut rembourser des antidépresseurs pendant 20 ans, il ne rembourse pas de consultation chez le psychologue. Il faut donc démontrer qu'avec des mots et en discutant on peut aider les gens et que leur devenir soit meilleur. Et pourquoi ne pas aller même jusqu'à imaginer qu'il y a moins de rechutes lorsqu'on a réglé certains traumatismes ?

L'Institut Rafaël est structuré autour de quatre pôles :

Pôle Emotions qui est un pôle fondamental :

- atelier d'art-thérapie qui permet de faire ressortir des traumatismes comme l'inceste ou le viol
- atelier de dramathérapie pour le théâtre
- atelier de bibliothérapie avec une agrégée de philosophie qui conseille des lectures
- des psychologues travaillent avec les drama thérapeutes sur les psychodrames
- des danses-thérapeutes
- des musico-thérapeutes

Pôle « nutrition santé » et « nutrition plaisir »

Il est composé de pharmaciens, médecins, nutritionnistes, naturopathes, chefs cuisiniers, qui proposent notamment des ateliers cuisine. ateliers sensoriels d'olfacto thérapie et de méditation olfactive... La privation sensorielle génère de la vulnérabilité. L'enjeu est d'améliorer la résilience et la capacité à rebondir par les sens, par le bien manger et par l'éducation, par le sens qu'on va donner aux choses, par l'affect et par les interactions avec l'environnement.

Pôle bien-être (psychologues, sophrologues, ostéopathes, acupuncteurs, yoga...)



Pôle activité physique (coach sportifs, kinésithérapeutes, psychomotriciens, ergothérapeutes...)

On constate déjà qu'il y a tous les jours des innovations et de la transversalité qui se créent entre les disciplines. Toutes ces activités amènent les patients et les soignants à regarder la vie autrement avec des liens qui se créent, des amitiés qui naissent, etc.



Retours d'expérience de l'Institut Rafaël, centre de médecine intégrative (Levallois/92)

Dr Alain Toledano / médecin cancérologue radiothérapeute et président de l'Institut



Dans l'institut, il y a aussi des espaces de conférence et de formation. En effet, chaque soignant signe une charte par laquelle il s'engage à :

- participer aux soins
- participer à l'évaluation et la recherche sur les soins
- participer à l'enseignement avec une logique de « on acquiert des savoirs et on transmet des connaissances » pour enrichir l'équipe

Sur des parcours complexes, il faut aller chercher de nouveaux outils et arriver à structurer une ou des thérapies complémentaires pour les intégrer dans une approche d'ensemble. L'enjeux n'est pas de déplacer les problèmes de la médecine à la para-médecine mais de penser les choses de manière intégrée autour du patient. Il existe de multiples thérapies complémentaires et ce qui doit nous guider pour les choisir c'est leur énergie et la manière dont ils vont intégrer le groupe.



Par ailleurs, on doit avoir une approche par symptôme et pas seulement par discipline. La façon de présenter les choses au patient est fondamentale. Proposer au patient de rencontrer un psychologue, une orthophoniste ou un ostéopathe peut générer des blocages en fonction de la représentation qu'il a de ces métiers. En revanche lui proposer de voir Audrey (la psychologue) parce qu'il est stressé ou bien X (ostéopathe) pour les troubles de la déglutition ou bien Y (orthophoniste) pour ses troubles cognitifs post-chimio peut être plus engageant. Les étiquettes métiers sont une chose et les spécialisations par symptôme une autre.

L'Institut Rafaël est un projet pilote qu'Alain Tolédano espère d'intérêt général :

- bénéfice sociétal
- démarche d'évaluation avec une grande base de données qui s'alimente en permanence et qui va pouvoir se positionner en démonstration
- innovation technologique
- innovation des métiers
- ancrage territorial
- considération de l'épanouissement au travail

L'Institut travaille aussi sur l'expérience patient, un cercle éthique... Il existe une multitude de projets.

La ministre des solidarités et de la santé a annoncé en septembre 2019 la prise en charge des parcours de soin après cancer : c'est un excellent signe, très fort.



Ecole De La Présence Thérapeutique / EDLPT (Bruxelles)

Dr Thierry Janssen / chirurgien, psychothérapeute, auteur et fondateur de l'EDLPT



Ancien chirurgien, il s'est orienté il y a 20 ans vers l'accompagnement psycho thérapeutique.

En 2006, il a écrit le livre « la solution intérieure, vers une nouvelle médecine du corps et de l'esprit ». C'est une forme de réconciliation entre l'univers médical scientifique basé sur l'évidence et des pratiques plus humanistes faisant appel à des acquis d'un patrimoine médical mondial. Le livre montrait quel intérêt il y avait à intégrer toutes ces approches. Mais se parler d'une culture médicale à l'autre est quelque chose de très difficile à faire. Comment parler une langue commune pour se comprendre ?

En tant que psychothérapeute accompagnant des personnes malades physiquement, il s'est efforcé de maintenir un lien avec les confrères allopathes qui dispensaient par ailleurs les traitements à ses patients. Il a été frappé de constater les résistances de ces médecins et en a conclu qu'il serait impossible de changer la médecine sans commencer par changer les médecins. Il est important de faire évoluer les mentalités et donc les représentations que l'on a de soi. Pour qu'il y ait un vrai changement, il faut que l'individu change à l'intérieur de lui-même.

La vision de la médecine qui traite un organe à chaque étage de l'hôpital correspond à la vision intérieure que nous avons de nousmême, à savoir très morcelée.

L'idée lui est donc venue de créer l'Ecole de la présence thérapeutique pour aider les professionnels de santé à se transformer. C'est un espace où les professionnels vivent une initiation parce que c'est ce qui manque dans la médecine et dans notre société.

Une initiation est une mise en situation pour vivre une expérience qui amène la personne à mieux se connaître et à mieux connaître la vie en elle. Et dans toutes les cultures traditionnelles, il y a des initiations notamment pour les soignants. Dans toutes les cultures, le guérisseur, qui n'est pas que dans la résolution de problème mais qui amène la guérison, est appelé à traverser des initiations.

Lorsque Thierry Janssen enseignait la chirurgie à l'université de Bruxelles sous forme d'ateliers en petit groupe, il pouvait échanger avec les étudiants. Il leur posait la question « pourquoi avez-vous choisi de faire des études de médecine ? ».



La plupart des étudiants répondait en première intention :

- parce que mon père est médecin
- parce que ca rend service à la société
- parce que c'est un beau métier
- parce que c'est une façon honorable de gagner sa vie

En grattant un petit peu, il se rendait compte que la plupart avait choisi ce métier parce qu'ils avaient peur et même très peur de la maladie et de la souffrance et ils étaient terrifiés à l'idée de la mort. Peut-être que les étudiants puisaient dans ces peurs leur énergie pour persévérer et travailler suffisamment et aller au bout des études de médecine qui sont longues et difficiles.

La première question dans une initiation est de se demander pourquoi on a choisi ce métier et regarder en soi pour trouver la vraie réponse. Il y a aussi cette notion de toute puissance véhiculée par la médecine occidentale qui prétend supprimer la souffrance et la mort, vécue comme un échec par les médecins lorsqu'elle survient. Les patients apportent de l'argent au médecin mais aussi de la gratitude narcissique et une forme de dépendance réciproque. Tout ça se fait sans s'en rendre compte, de façon inconsciente.

Cette école fait appel à des outils psychocorporels parce que pendant les études de médecine, on apprend à parler et à réfléchir mais pas à sentir. Le mental est déconnecté du ressenti et de la vie émotionnelle et physique. Le mental déconnecté peut faire sortir du sillon du bon sens et notre médecine a, à bien des égards, quitté ce sillon du bon sens. Notre médecine a ses propres représentations et il est déroutant de rencontrer d'autres médecines qui ont d'autres représentations. On a tendance à balayer d'un revers de la main des personnes qui ne pensent pas comme nous. Notre médecine est singulièrement déconnectée de la vie. Et cette médecine n'est que le résultat de ce que l'occident est.



Ecole De La Présence Thérapeutique / EDLPT (Bruxelles)

Dr Thierry Janssen / chirurgien, psychothérapeute, auteur et fondateur de l'EDLPT



Dans la Grèce antique et la civilisation védique par exemple, on essayait de comprendre la place de la vie. On pérennisait l'intention de tenir cette place. Il s'agissait moins d'innover et de soi-disant progresser que de pérenniser. Quelle est la différence entre un philosophe et un sage ? Le philosophe pense la vie, un sage la vit. Au cinquième siècle avant Jésus-Christ, il a été question de penser le monde au lieu de le vivre.

La science a exploré la matière jusqu'à l'atome mais on sait aujourd'hui que ces atomes sont regroupés en particules et en cordes et que finalement, cela se résume à de l'énergie. Mais notre médecine croit encore que le corps est un ensemble de particules alors que c'est aussi de l'énergie. Beaucoup d'autres approches de la médecine touchent cela.

Aujourd'hui, il nous est demandé de nous ouvrir pour enrichir nos horizons. Et pour qu'un médecin puisse croire cela, pour que cela dépasse l'idée de la croyance et ne pas chercher à remplacer une croyance créée par le mental par une autre, il faut que la croyance soit remplacée par une évidence et l'évidence nait de l'expérience.

Le drame dans les études médicales c'est qu'on ne fait pas faire d'expérience. Les étudiants rencontrent les patients tard dans leur cursus et quand ils les rencontrent, ils mettent un système de protections en place pour affronter la violence que cela représente. Les étudiants ne sont pas accompagnés pour comprendre leurs réactions intérieures, les mouvements énergétiques qui se mettent en place, pourquoi ils se ferment ou cherchent à dominer, pourquoi ils s'enfuient. Toutes ces peurs et ces mécanismes d'adaptation que nous portons tous en nous et dont nous ne sommes pas conscients ne sont pas expliqués.

A l'EDLPT, les personnes qui s'inscrivent sont invitées à parcourir un programme pendant trois ans qui s'appelle « Accompagnement à la présence thérapeutique » partant de l'idée que quand on est conscient de soi et de tous ces mouvements intérieurs, on a un espace de liberté pour les ajuster et revenir dans une posture juste pour soi et pour les autres. Ce recentrage et cet apaisement sont la base des arts martiaux.

L'attitude et l'information dégagée deviennent alors tout à fait différentes et la vision du monde change aussi. Cela devient une évidence qu'il faut travailler de concert avec d'autres, qu'il faut s'enrichir de la culture des autres et qu'il faut créer cette médecine intégrée (et non intégrative).

Toutes les personnes du monde médical conventionnel et non conventionnel qui s'inscrivent à l'EDLPT viennent parce qu'elles ont toutes l'humilité de se rendre compte que le premier outil de la relation thérapeutique c'est le soignant et tout change quand cet outil est maitrisé. Cette école devrait, comme l'institut Rafaël, être remboursé par la sécurité sociale parce que cela permettrait d'éviter beaucoup de dépenses inutiles et beaucoup de désarroi qui entraine de l'absentéisme, des rechutes, etc.

Cette école qui existe depuis cinq ans commence à attirer les regards. L'AP-HP a demandé s'il serait possible de venir animer des ateliers au sein des équipes médicales parce qu'ils se rendent compte que le *coaching* ne suffit pas. On ne peut pas se contenter de reprogrammer la façon de penser. Il faut reprogrammer tout l'être dans sa présence à lui-même et à l'autre.





Ecole De La Présence Thérapeutique / EDLPT (Bruxelles)

Dr Thierry Janssen / chirurgien, psychothérapeute, auteur et fondateur de l'EDLPT



La démarche est clairement spirituelle, à ne pas confondre avec religieuse. Des personnes peuvent avoir une religion et pas de spiritualité. La spiritualité est ce qui nourrit la religion. La spiritualité est un des piliers de la vie et nous sommes déconnectés de la vie.

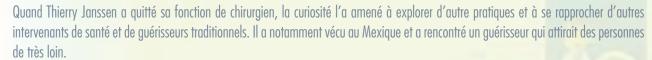
Nos hôpitaux sont des lieux de maladie et non des lieux de vie. Notre système est un système de la maladie. Le PIB qui mesure la bonne santé d'une nation intègre les dépenses de santé, ce qui signifie qu'une nation est en bonne santé quand il y a des malades à soigner parce que tout le monde s'enrichit.

A l'école, il y a trois années : la première année est « soi avec soi-même », la deuxième année est « soi avec les autres » et la troisième année travaille dans l'entre-deux, ce monde non visible des intentions et des informations que nous véhiculons.

A la création de l'école, en seulement 15 jours, 700 demandes de personnes venant de France, de Belgique, du Maroc, de Suède... ont été reçues. Thierry Janssen a des demandes pour ouvrir une école au Canada ou dans d'autres pays ce qui illustre qu'il y a une vraie attente et une vraie demande des soignants. Ce sont des questions fondamentales d'avenir.

Le but de cette école n'est pas de détourner les soignants de leur métier et de leur lieu de travail mais de leur permettre d'y retourner avec une force qui leur permet de vivre mieux les situations difficiles et déstabilisantes. Ils deviennent des zones de rayonnement dans les endroits où ils travaillent.

Conclusion



Thierry Janssen regardait encore ces pratiques avec son conditionnement de chirurgien. Le guérisseur ne touchait pas les gens mais passait la main sur eux et force était de constater qu'il se passait des choses chez les personnes.

- A un moment, le guérisseur a regardé Thierry Janssen et a dit : « tu doutes ».
- Thierry Janssen, voulant paraître gentil a répondu : « non, non ».
- Le guérisseur lui a alors demandé : « entre toi et moi, qu'est-ce qui est le plus important ? »
- Imaginant qu'il voulait l'emmener dans un débat positionnant sa culture et son système de croyance par rapport au sien, Thierry Janssen a répondu : « pour être honnête, je pense qu'entre toi et moi, le plus important c'est quand même moi »
- Le guérisseur répond : « mais non, entre toi et moi, le plus important c'est ET, c'est le lien. Ce sont les liens qui font la vie. Et si tu peux travailler sur ces liens même dans l'invisible, tu verras comme les processus de la vie apporteront de la guérison aux gens que tu rencontreras ».