
SYNTHÈSE DU RAPPORT

AGENCE DES MÉDECINES COMPLÉMENTAIRES
ET ALTERNATIVES

Asseoir les pratiques complémentaires adaptées
et lutter contre les méthodes alternatives.

2021

*« Pour favoriser l'essor des pratiques bénéfiques
tout en luttant contre les dérives thérapeutiques en santé »*



Agence des
Médecines Complémentaires
et Alternatives

www.agencemca.org

DIRIGÉ PAR
Véronique SUISSA
Pr Serge GUÉRIN
Dr Philippe DENORMANDIE
Pr Antoine BIOY

SOMMAIRE

AVANT-PROPOS..... 3

Préface du Professeur Emmanuel Hirsch

CONTEXTUALISATION/LEGISLATION5

Pour contextualiser la situation (inter)nationale

DÉFINITION DU CONCEPT7

Pour mieux comprendre ce dont on parle

ÉVALUATION DES PRATIQUES14

Pour s'accorder sur le plan de la recherche

FORMATION DES PRATICIENS 20

Pour favoriser une formation solide des praticiens

INTÉGRATION/EXCLUSION DES MCA 27

Pour favoriser l'intégration de pratiques adaptées

RISQUES ET DÉRIVES THÉRAPEUTIQUES 32

Pour lutter contre les risques et dérives thérapeutiques

EXPERT EXTÉRIEUR

Pr Hirsch Emmanuel, Professeur d'éthique médicale, Faculté de médecine, président du Conseil pour l'éthique de la recherche et l'intégrité scientifique, Université Paris-Saclay.

Une exigence scientifique et un souci éthique au service de la personne malade et des valeurs que nous partageons.

Affirmons-le d'emblée, ce rapport 2021 de l'Agence des médecines complémentaires et alternatives est un document qui fera date. À la rigueur méthodologique d'une recherche menée en mobilisant les meilleures compétences, s'ajoute une intelligence des réalités humaines, culturelles et sociales de la maladie. Le propos, à travers une construction rigoureuse, argumentée et l'énoncé de propositions étayées par des expertises croisées, relève à la fois des registres de l'épistémologie, de la philosophie morale et politique, de la déontologie médicale et de l'approche raisonnée des bonnes pratiques. Cette pensée des MCA s'est élaborée dans la dynamique de la démocratie en santé, de cette reconnaissance des droits et des préférences de la personne malade dans le cadre d'une concertation éclairée, respectueuse de ses valeurs et de ses attentes.

Aux limites de ce que la biomédecine est en capacité de proposer ou de promettre, l'espace d'appréciation autonome de ce à quoi la personne malade aspire, de ce qu'elle privilégie en termes d'acceptabilité et de qualité d'existence, doit être compris et reconnu comme relevant du souci de son intégrité. La prise en soin « globale », cette approche holistique, ce souci de l'autre en ce qu'il est, imposent au soignant une faculté de perception et d'analyse l'engageant à ce dialogue nécessaire favorisant les arbitrages justes.

La relation de confiance se construit et se noue dans la loyauté, l'écoute, et cette construction d'un projet et d'un parcours de soin qui n'est pas réductible à la stratégie thérapeutique. Être hospitalier à cette personne dans la rencontre médicale, c'est témoigner une attention vraie à son histoire, à ses représentations, à son expertise et à ses choix au sein d'un environnement qui peut également influencer dans le processus décisionnel. Il convient de se situer réciproquement au regard d'enjeux complexes et circonstanciés, qui concernent certes l'intime mais aussi les idéologies, les rationalités, les logiques et les normes qui déterminent les pratiques médicales. Elles sont souvent perçues dans leur technicité, là où le besoin d'humanité ne trouve plus, dans trop de circonstances, les réponses et les soutiens indispensables.

C'est par refus d'une médecine indifférente à d'autres notions que celles de la preuve scientifique et de l'usage des protocoles appliqués de manière systématisés selon des critères strictement méthodologiques, que nombre de personnes se sont réappropriées un espace de liberté en recourant aux médecines alternatives. Il, est parmi les médecins, ceux qui savent devancer et donc accompagner cette démarche qui dès lors ne compromet pas la cohérence d'un traitement. D'autres s'en offusquent au point de fragiliser davantage encore la personne malade ou de l'enfermer dans une clandestinité de nature à l'exposer aux risques de pratiques dangereuses, voire sectaires. Il me semble plus éthique d'être dans le non-jugement et dans la sollicitude témoignée à celui qui tente d'autres voies en cherchant les meilleurs

conseils afin de limiter tout risque, que dans l'opiniâtreté d'un déni de ce recours, au risque d'aboutir à une rupture et au renoncement à la continuité du traitement préconisé.

La médecine dite conventionnelle est confrontée à ses limites en bien des domaines ou à la suite de traitements qui à un moment donné s'avèrent vains, ce dont chacun doit convenir. N'est-il pas alors à envisager des soins de confort, cette « médecine douce » sollicitant le recours à des compétences alternatives d'une efficacité établie ? D'autre part, qu'une personne souhaite, avec ses proches, maximiser les possibilités de bénéficier d'initiatives thérapeutiques alternatives y compris expérimentales mais dans un cadre d'exercice évalué, ne peut lui être contesté. Cela d'autant plus que dans des contextes culturels différents des nôtres, l'approche médicale de la personne relève de traditions et de savoirs aux résultats avérés qui, on le constate, défient parfois nos compétences et nos pratiques biomédicales.

Il n'est pas sans signification à cet égard, d'observer la création d'un centre intégré de médecine chinoise à l'AP-HP avec la création d'un enseignement universitaire en 2014. L'étude de la méditation à l'Institut du cerveau-ICM permet d'explorer de nouvelles approches qui concernent des territoires négligés de la recherche biomédicale. Quels principes intangibles, quelles certitudes indiscutables justifieraient de réprover le développement de recherches scientifiques dans ces champs inédits, y compris lorsque ces connaissances bouleversent nos acquis ?

J'ai découvert dans l'approche de maladies neuro-évolutives comme la maladie d'Alzheimer, le discrédit médical qui accompagnait a priori les premières tentatives de stratégies « non-médicamenteuses », au motif qu'il serait difficile d'en évaluer et d'en prouver l'efficacité. Si l'argument est réfutable, car des recherches sont engagées, il me semble intéressant d'apprécier le bénéfice à tirer d'initiatives alternatives à l'impuissance thérapeutique, en termes ne serait-ce que de qualité de vie, d'insertion sociale, de préservation de l'estime de soi et des capacités de la personne.

La valeur et l'efficacité de la médecine intégrative¹ ouverte à la créativité, à l'éveil des sens, à la restauration d'une autorité sur son corps et son psychisme, en fait à la réhabilitation d'une autonomie pour combattre la maladie, témoignent de cette autre perspective de l'art médical qui se renouvelle humainement dans cette perspective.

C'est pourquoi ce rapport 2021 de l'Agence des médecines complémentaires et alternatives nous est précieux. Il nous propose de mieux saisir les enjeux d'un renouveau nécessaire de la pensée médicale et des pratiques soignantes. Les perspectives innovantes doivent être explorées, évaluées et discutées du point de vue des bénéfices effectifs qu'elles permettent de viser. Réciproquement, les pratiques injustifiables, non probantes, qui exposent à toutes sortes de risques et même de menaces au regard de l'intégrité de la personne et de ses libertés fondamentales doivent être proscrites.

La publication du rapport trouve une signification plus forte encore dans le contexte incertain de la pandémie, suscitant tant d'équivoques relatives à la recherche biomédicale, à l'accès aux traitements, aux pratiques soignantes en établissements comme à domicile ; tant de défiance aussi à l'égard des légitimités et des instances.

« Structurer le champ des médecines complémentaires et alternatives » relève d'une exigence scientifique et d'un souci éthique au service de la personne malade et des valeurs que nous partageons.

¹ Alain Toledano, *La maison de l'après-cancer*, éditions Eres, 2021.

CONTEXTUALISATION INTERNATIONALE

- **CONTEXTE INTERNATIONAL**

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) porte une stratégie mondiale dans le domaine des MCA, elle recommande l'évaluation (2000) et l'intégration de ces pratiques (2002 ; 2014) pour soutenir la prévention, la qualité de vie et le bien vieillir.

- **CONTEXTE EUROPÉEN**

Les résolutions respectivement adoptées par le Parlement Européen (1997) et la Commission des questions sociales, de la santé et de la famille (1999) préconisent une démarche européenne d'encadrement et de reconnaissance de ces pratiques.

- **CONTEXTE NATIONAL**

Par arrêté du 3 février 2009, la Direction Générale de la Santé fonde le Groupe d'Appui Technique (GAT) dédié au repérage des pratiques potentiellement prometteuses ou dangereuses. Les travaux essentiels du GAT permettront la mise à disposition d'informations destinées au grand public. Mais la cessation en 2020 des activités du GAT freine la réflexion initiée par le Gouvernement.

LÉGISLATION INTERNATIONALE

- **POINTS DE REPÈRES INTERNATIONAUX**

Face à l'engouement mondial envers les MCA, les États engagent de nouvelles politiques en la matière et considèrent de façon croissante l'intérêt de leur intégration dans leur propre système de santé. Cependant, la législation dans le domaine reste variable d'un pays à l'autre conduisant à un processus complexe et inégal de redécouverte de certaines MCA – traditionnelles ou contemporaines – s'inscrivant dans le champ de la Médecine Non Conventionnelle (MNC).

- **TROIS SYSTÈMES ÉTATIQUES**

Les traditions et cultures locales jouent un rôle dans les approches déployées envers les MCA. En effet, la Médecine Traditionnelle (MT) demeure une référence pour de nombreux pays émergents, tandis qu'elle a peu à peu perdu sa légitimité au profit du système allopathique dans les pays développés. Par conséquent, il existe différentes approches étatiques selon trois systèmes répertoriés par l'OMS :

- **Un système intégratif**

Les MNC sont reconnues et intégrées dans l'offre de soins. Les MNC sont remboursées, accessibles dans les structures de soins et s'insèrent dans la recherche et l'enseignement. Ex. : Chine, République de Corée, Vietnam.

- **Un système inclusif**

Les MNC reconnues sans être intégrées dans tous les aspects de l'offre de soins. Les MNC sont accessibles sans pour autant être remboursées. Des moyens permettant d'assurer leur innocuité sont déployés, tandis que leur réglementation reste partielle, de même que les dispositifs d'enseignement et de formation. Ex. : Canada, Royaume-Uni.

- **Un système tolérant**

Centré sur la médecine occidentale tout en acceptant certaines MNC. Certaines MNC font l'objet d'une forme de tolérance de la part du système de soins s'illustrant par une dynamique d'intégration plus ou moins formelle. Ex. : France.

CONTEXTUALISATION ET LÉGISLATION NATIONALE

- **POINTS DE REPÈRES NATIONAUX**

1. Réglementation de certaines MCA (ex. acupuncture, ostéopathie, chiropraxie)
2. Évaluation par l'Inserm de certaines pratiques par le Ministère de la santé (2010-2020)
3. Reconnaissance de certaines formations par le Ministère du travail ([RNCP](#))
4. Politique de vigilance des dérives sectaires portée par la [Miviludes](#)

- **PROBLÉMATIQUES**

De nombreuses MCA ne sont pas encadrées tandis qu'elles sont utilisées par 4 français sur 10. Elles sont intégrées dans les centres sanitaires et médico-sociaux et les associations mais la démarche n'est actuellement pas structurée. Les niveaux de formation des praticiens sont hétérogènes et certains n'ont pas les compétences requises pour exercer. Enfin, elles peuvent comporter des risques et conduire à des dérives thérapeutiques complexes à identifier.

- **ENJEUX EN FRANCE**

L'enjeu est d'apporter des repères structurants et de guider dans les pratiques à la fois les citoyens, les professionnels et les institutions déployant les MCA. Guider vers ce qui relève de pratiques sûres, scientifiquement validées ; mettre en garde contre les pratiques obscures en s'appuyant sur des niveaux de preuve permettant de trancher ; et enfin dénoncer les pratiques dangereuses et/ou comportant des risques et/ou des dérives thérapeutiques.

- **CRÉATION DE L'A-MCA**

- **Présentation**

L'A-MCA est un lieu de réflexions et d'actions visant à structurer le champ des MCA. Elle s'inscrit dans une double perspective, d'intégration des pratiques complémentaires adaptées et de lutte contre les méthodes alternatives et les dérives thérapeutiques. L'A-MCA est composée de 100 experts (chercheurs, médecins, élus, Hauts dirigeants, etc.) et de 30 partenaires (Fondation de l'Académie Nationale de Médecine, France Alzheimer, Universités nationales et internationales...).

- **Missions**

Elle vise à informer et conseiller sur ces pratiques tout en développant la recherche dans le domaine. Elle a aussi pour but d'aider à organiser l'enseignement et la formation des pratiques validées et de soutenir, sur le terrain, leur mise en œuvre de façon cohérente et adaptée. Enfin, elle vise à lutter contre les dérives des MCA, en particulier les dérives thérapeutiques non sectaires, volontaires ou non, et dont les mécanismes restent peu étudiés et complexes à identifier.

- **Résolution à l'assemblée**

Depuis le 18 Mars 2021, l'A-MCA fait l'objet d'une [Résolution parlementaire](#) inédite en France à l'Assemblée Nationale (N°3994). Portée par huit députés, cette résolution appelle à la transformation de l'A-MCA en une « *Agence gouvernementale d'évaluation des approches complémentaires adaptées et de contrôle des dérives thérapeutiques et des pratiques alternatives* ».

CONTEXTUALISATION

- **CONSTAT**

L'absence de définition et de classification de références ne permet pas de distinguer clairement les pratiques validées et sécurisées, insuffisamment éprouvées, douteuses, voire dangereuses. Elle constitue ainsi une limite à la fois d'un point de vue sociétal, scientifique, médical et politique.

- **ENJEUX**

Définir le concept de MCA et élaborer une catégorisation des pratiques afin d'apporter des repères aux soignants comme aux patients et proposer un référentiel commun pour la recherche.

- **MÉTHODE**

Revue de la littérature scientifique et des travaux scientifiques et gouvernementaux visant au repérage de critères de risques et de dérives propres aux pratiques, aux praticiens et aux usages des MCA.

- **LIVRABLES**

- Définition des MCA et des concepts associés.
- Catégorisation des MCA selon leurs rapports pluriels à la médecine.

LIVRABLE 1 : DIX CRITÈRES DE RÉFÉRENCE Pour définir les Médecines Complémentaires et Alternatives (MCA)

CRITÈRES COMMUNS	CRITÈRES DISTINCTS
1. Champ d'inscription non conventionnel Hors du champ biomédical de référence	1. Médecines plurielles/distinctes de la médecine Médecine chinoise, ayurvédique, africaine...
2. Objet d'investigation en santé Qualité de vie, bien-être, maladie...	2. Pratiques de nature diverses Manuelles, psychologiques, psychocorporelles, ...
3. Objectif de soin Soin préventif, palliatif, curatif...	3. Techniques différentes pour une même pratique Techniques diverses de méditation, d'hypnose...
4. Usage en référence à la médecine Complémentaire ou alternatif	4. Diversité de praticiens / formations Soignants, praticiens hétérodoxes, charlatans...
5. Légitimité non consensuelle Sociale, médicale, scientifique	5. Dimensions subjectives plurielles Usages, motivations, cadre de recours, croyances...

**DÉFINITION DU CONCEPT
de médecine complémentaire et alternative (MCA)**

MCA : « *Pratiques de soins non conventionnelles dispensées dans un contexte de santé ou de maladie par des praticiens proposant des méthodes à visées thérapeutiques pour répondre à la demande et/ou aux besoins des usagers. Les MCA rassemblent indistinctement des méthodes validées et sécurisées, insuffisamment éprouvées, ou encore douteuses, voire dangereuses* ».

« *En France, les MCA entretiennent des rapports pluriels avec la médecine au sein de laquelle certaines pratiques sont acceptées (ex. : acupuncture), tolérées (ex. : soutien spirituel) ou rejetées (ex. : sectes guérisseuses). Certaines pratiques – exclusivement complémentaires – sont intégrées aux centres et dispositifs de soins officiels tandis que d'autres – en particulier les méthodes alternatives – en sont exclues* ».

Terme de « Médecine »	« Terme générique englobant un large spectre de pratiques de soins – traditionnelles et contemporaines – plus ou moins intégrées au système de santé prédominant du pays et utilisées dans le but de préserver et d'améliorer la santé des usagers »
Terme de « Complémentaire »	« Ensemble de pratique de santé non pleinement intégrées au système de santé prédominant du pays et utilisées – pour enrichir les soins standards – en complément de la médecine officielle dont elles ne font pas partie ».
Terme d'« Alternatives »	« Ensemble de pratiques exclues du système de santé prédominant du pays et utilisées – pour remplacer les soins standards – en substitution de la médecine officielle dont elles ne font pas partie ».

Le terme MCA n'est pas un label qualité, il désigne un large spectre de pratiques dont la pertinence de l'usage doit être adossée aux principes suivants :

1. Au niveau de scientificité de l'approche ;
2. Au contexte et à la situation de l'utilisateur ;
3. À l'éthique du praticien précautionneuse des droits de l'utilisateur ;
4. À une démarche complémentaire aux soins standards prodigués par la médecine ;
5. A un intérêt pour l'évaluation du suivi entrepris et des pratiques mises en œuvre.

LIVRABLE 2 : CATÉGORISATION DES MCA À travers leurs rapports pluriels à la médecine

CRITÈRES	MCA ACCEPTÉES Reconnaissance médicale	MCA TOLÉRÉES Indulgence médicale	MCA REJETÉES Vigilance médicale
	Rapport de complémentarité Plus ou moins sécurisé pour l'usager		Rapport d'opposition Dangers pour l'usager
Niveau d'intégration	Pratique intégrée et/ou légalisée	Pratique non intégrée / non légalisée	Pratique exclue et/ou interdite
Norme de formation	Formation du praticien reconnue	Formation du praticien non reconnue	Formation du praticien non reconnue ou illégale
Niveaux de risques	Risques exceptionnels de la pratique	Risques potentiels de la pratique	Risques avérés de la pratique
Présence de dérives	Absence de dérives	Dérives involontaires potentielles	Présence de dérives volontaires
Visée du soin	Sans visée curative de la méthode		Visée curative de la méthode
Usage de la pratique	Usage exclusivement complémentaire		Usage complémentaire ou alternatif
<p>Une même MCA peut intégrer l'une des trois catégories (1) acceptées, (2) tolérées, (3) rejetées selon les critères liés à:</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ La pratique : (1) Niveau d'intégration ; (2) Niveau de risque ; (3) Visée curative ou non. ⇒ Le praticien : (1) Reconnaissance de la formation ; (2) Présence ou non de dérives (volontaires ou non) ; ⇒ L'usager : (1) Usage complémentaire ou alternatif aux soins médicaux. 			
EXEMPLES	LIBERTÉ DE SOINS	LIBERTÉ DE CROYANCES	DÉVOIEMENT DES LIBERTÉS
	Sophrologue dont la formation est reconnue proposant des soins sans visée curative et utilisée de façon complémentaire par l'usager.	Sophrologue dont la formation n'est pas reconnue proposant des soins sans visée curative et utilisés de façon complémentaire par l'usager.	Sophrologue dont la formation n'est pas reconnue proposant des soins à visée curative et utilisés de façon alternative par l'usager.
CHAMP DE LA MÉDECINE NON CONVENTIONNELLE Pratiques à visées thérapeutiques en dehors du modèle biomédical			

LÉGENDE DE LA CATÉGORISATION DES MCA

MCA ACCEPTÉES Cadre adapté et sécurisé	MCA TOLÉRÉES Manque de cadre	MCA REJETÉES Cadre inadapté et dangereux
Ensemble de pratiques légalisées ou en partie intégrées aux centres et dispositifs de soins officiels. Elles sont dispensées par des praticiens dont les formations sont reconnues, de façon complémentaire aux soins officiels et dans un objectif thérapeutique sans visée curative. Elles font référence à des pratiques comportant des risques exceptionnels et n'impliquant aucune forme de dérives.	Ensemble de pratiques non intégrées aux centres et dispositifs de soins officiels. Aucune d'entre elles ne sont légalisées. Elles sont dispensées par des praticiens dont les formations ne sont pas reconnues, de façon complémentaire aux soins officiels et dans un objectif thérapeutique sans visée curative. Elles font référence à des pratiques comportant des risques potentiels et/ou de dérives involontaires.	Ensemble de pratiques exclues des centres et des dispositifs de soins officiels. Certaines sont interdites par la loi. Elles sont dispensées par des praticiens dont les formations ne sont pas reconnues, de façon complémentaire ou alternative aux soins officiels et dans un objectif thérapeutique avec visée curative. Elles font référence à des pratiques comportant des risques avérés et impliquant des dérives volontaires.

LEXIQUE DE LA CATÉGORISATION

Niveau d'intégration	Les MCA intégrées font référence aux pratiques encadrées (ex. : acupuncture) et/ou proposées dans les centres et dispositifs de soins officiels (ex. art-thérapie). Les MCA non encadrées peuvent être tolérées (ex. soutien spirituel) ou rejetées (ex. secte guérisseuse).
Norme de formation	Les formations reconnues sont celles faisant l'objet d'un diplôme réglementaire ou universitaire. Exemples : écoles agréées par le ministère de la Santé, formations inscrites au RNCP reconnues par le Ministère du travail, diplôme universitaire ou interuniversitaire.
Niveaux de risques	Les risques des MCA peuvent-être liés à la pratique elle-même (ex. : risque d'interaction médicamenteuse), au praticien (ex. : manque de qualification conduisant à des actes inappropriés) ou à l'usage (ex. : recours alternatif notamment dans le cas de maladies grave).
Présence de dérives	Les dérives des MCA peuvent être volontaires ou non, de nature théorique (ex. : conception dénigrant la médecine), thérapeutique (ex. : soin pratiqué inapproprié et/ou contre-indiqué par la médecine) ou sectaire (ex. : emprise mentale exercée sur l'utilisateur).
Visée du soin	La visée du soin dispensée par une MCA peut être multiple (préventive, de support, palliative, curative...). Les visées curatives, généralement proposées par des approches alternatives à la médecine, constituent un critère de dérive.
Usage de la pratique	L'usage de la pratique (complémentaire ou alternatif) est lié au choix de la personne. L'usage complémentaire n'est pas exempt de risques (ex. : adhésion à des préconisations inadaptées). L'usage alternatif peut être dangereux et conduire à une perte de chance.
Exemples de MCA	Acupuncture, Aromathérapie, Art-Thérapie, Chiropraxie, Homéopathie, Hypnose, Massages, Méditation, Musicothérapie, Ostéopathie, Phytothérapie, Qi gong, Réflexologie, Relaxation, Shiatsu, Sophrologie, Tai Chi chuan, Yoga, Zoothérapie.

RECOMMANDATIONS

« Pour mieux comprendre ce dont on parle »

1. VULARISER LE CONCEPT DE MCA POUR LE RENDRE DAVANTAGE ACCESSIBLE AU PUBLIC

Élaborer une définition vulgarisée en créant un support visuel infographique qui intègre et simplifie les principaux éléments conceptuels des MCA afin d’informer sur la nature mixte de ces pratiques (du profitable au dangereux) et de mieux guider vers un choix éclairé vers les pratiques vertueuses.

2. OUVRIR LE DIALOGUE SUR LES MCA DANS LES CENTRES DE SOINS ET ASSOCIATIONS DE PATIENTS

Sensibiliser les patients aux MCA en organisant, dans les centres de soins et associations de malades, des sessions interactives de sensibilisations à thématiques sur le sujet.

3. CRÉER ET DIFFUSER DES SUPPORTS D’INFORMATION – DÉDIÉES AUX USAGERS – CENTRÉS SUR CHAQUE MCA

Concevoir des fiches pratiques de MCA afin de proposer aux usagers un ensemble d’informations et de repères clés (définition, formation, indications, risques) relatifs à chacune d’entre elles.

4. ALERTER LES PUBLICS SUR LES FAUSSES INFORMATIONS DIFFUSÉES SUR INTERNET

Réaliser une veille internet des sites francophones dans le domaine et analyser les contenus relatifs aux éléments de définition et d’informations autour des MCA, puis au regard de ces données, élaborer une Foire aux Questions (FAQ) éclairée et structurée pour lutter contre la désinformation.

REGARD D'UN EXPERT EXTÉRIEUR

Gérald Kierzek, Médecin des hôpitaux et Directeur médical de Doctissimo.

Le rapport de l'Agence des Médecines Complémentaires et Alternatives est une initiative de santé publique indispensable dans un champ malheureusement délaissé par la médecine académique, et pourtant plébiscité par les patients et les citoyens.

Il a le mérite de poser les fondations d'une tentative de définition et de classification de ce que l'on appelait jusqu'à présent sous le vocable flou et hétérogène de « médecines douces ».

Ce travail est aussi urgent qu'il est complexe.

L'urgence est liée à l'engouement sociétal envers beaucoup de ces pratiques, à tel point que la seule définition ou classification, et donc critère de qualité, ne semble être que la notoriété voire la publicité de telle ou telle approche. La viralité d'une pratique ou les talents de communicant d'un praticien ne sont gages ni de qualité ni de compétence. Les nouveaux réseaux de communication type réseaux sociaux offrent une visibilité inégalée pour certains, et donc une vitrine alléchante pour des malades en quête de solutions à tout prix, d'autant que ces pratiques ne sont encadrées par aucun code de déontologie fixant des limites.

Mais au-delà de l'effet de mode, les patients sont en véritable recherche de mieux-être et de complément, voire d'alternative à une médecine curative allopathique. Ce travail est donc nécessaire pour aider le public à s'y retrouver dans une offre de plus en plus large et hétérogène. L'enjeu est véritablement la sécurité des soins, tout en respectant le libre-choix des patients, droit fondamental. En ce sens, la médecine et les médecins doivent s'approprier ce travail et ne pas rejeter le champ des Médecines Complémentaires ou Alternatives. Ils sont même les garants de leur bonne utilisation avec un quasi nouveau rôle du médecin : celui de conseiller et de boussole. Il est de leur devoir à la fois de considérer les potentialités thérapeutiques ou préventives des MCA, mais aussi de protéger les patients des risques de dérives (diagnostiques, financières).

Pour autant, ce travail est complexe. Le modèle biomédical et le modèle holiste de la médecine se sont toujours opposés et la médecine « moderne » fondée sur les preuves (*Evidence Based Medicine*) laisse peu de place à une autre approche. Pourtant, une réponse uniquement au nom de la science risquerait d'attiser la défiance vis-à-vis d'une médecine purement scientifique et chimique et d'éloigner des cabinets médicaux toute une partie de la population qu'il faudrait au contraire convaincre et ramener.

Donner des définitions claires, avec des mots simples et compréhensibles par les usagers est la condition sine qua non du consentement aux soins. Cette information et son corollaire, un consentement libre et éclairé, sont des obligations légales depuis la loi du 4 mars 2002 dans lesquelles les préconisations de ce rapport s'inscrivent.

On ne peut donc que saluer les recommandations préconisées par le rapport. Il s'agit là d'orientations pour une médecine à la fois moderne et humaniste dans une société où les citoyens, malades ou non, cherchent à de plus en plus à être acteurs de leur santé. En s'ouvrant aux MCA, la médecine remplira son rôle comme elle l'a toujours fait, et comme en témoigne le Serment d'Hippocrate que prêtent tous les praticiens : « Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux ».

EXPERTS CONTRIBUTEURS DE L'AXE « DÉFINITION » DU RAPPORT

EXPERTS COORDONNATEURS

Pr Marie-Carmen Castillo

Professeur en psychologie,
Directrice du Laboratoire de Psychopathologie et Neuropsychologie (LPN), Université Paris VIII.

Dr Tolotra Andriamparany

Médecin chercheur et épidémiologiste, Organisation Mondiale de la Santé (OMS).
Ancien chef de service “pharmacopée et médecine traditionnelle”, Ministère de la Santé, Madagascar.

EXPERTS CONTRIBUTEURS

Dr Christelle Besnard-Charvet

Gynécologue-obstétricienne, présidente de l'association Centre Ressource Lyon
Enseignante à la Fédération française des Sociétés d'Homéopathie (FFSH).

Pr Bernard Pachoud

Professeur de psychopathologie, psychiatre, Université Paris Diderot.

Pr Alfonso Santarpia

Professeur Adjoint, Département de psychologie, Université de Sherbrooke, Canada.

Dr Alain Tolédano

Médecin, Directeur médical de l'institut de cancérologie Hartmann et Président de l'Institut Raphaël.

REPRÉSENTANT DES USAGERS

Denis Brami

Patient partenaire et Pharmacien.

EXPERTS RELECTEURS

Jeannine Dubié

Député et ancienne directrice d'EHPAD.

Valérie Egloff

Conseiller Régional Normandie et infirmière.

François Michel Lambert

Député.

EXPERT EXTÉRIEUR

Dr Gérald Kierzek

Médecin des hôpitaux et Directeur médical de Doctissimo.

CONTEXTUALISATION

- **CONSTAT**

La pluralité des approches évaluatives, l'hétérogénéité des méthodes utilisées ainsi que la mise en évidence de biais méthodologiques au sein des études dans le domaine des MCA complexifie les possibilités de se repérer au sein de la littérature scientifique et complexifie par extension la mise en œuvre d'une démarche d'évaluation rigoureuse.

- **ENJEUX**

Proposer une démarche d'évaluation standardisée – applicable à 23 MCA présélectionnées – fondée sur la prise en compte de critères méthodologiques rigoureux afin de réduire, au sein des études, le risque de biais méthodologiques.

- **MÉTHODE**

Analyse des référentiels standards en matière d'évaluation et mise en évidence des critères les plus rigoureux tout en considérant l'articulation des données objectives, centrées sur des faits (EBM) et subjectives centrées sur des valeurs (EBVM).

- **LIVRABLES**

1. Démarche évaluative des MCA appliquée à un panel de 23 pratiques
2. Choix méthodologiques pour évaluer les MCA

LIVRABLE 1 : DÉMARCHE ÉVALUATIVE

Des médecines complémentaires et alternatives (MCA) – Focus sur 23 MCA

La démarche constitue une première étape dans la réflexion des critères d'évaluation à prendre en considération lors d'études évaluant des MCA. Le contexte fait acte de l'ambiguïté existante entre les différentes études d'évaluation existantes. Ces réflexions préliminaires seront approfondies pour lever cette ambiguïté. Le contenu des travaux se veut donc dynamique et est destiné à évoluer.

Introduction à la démarche

Les techniques d'évaluation sont nécessairement relatives au type d'objet à évaluer. Une sélection de 23 pratiques répondant aux critères MCA a été effectuée chacune d'entre elles constituant un cas particulier de mode d'action et de théorie référente, il importe a minima de catégoriser ces pratiques et d'indiquer les types d'évaluation éventuellement applicables dans chaque cas. Il s'agit donc de décrire les procédés de recherche des effets des traitements applicables ou non à chaque cas et de classer les MCA selon ces critères méthodologiques.

L'évaluation s'effectue à partir de données informatives multiples, éléments pour l'évaluation qui permettent de définir la population concernée, le type de traitement proposé, la taille et le mode d'échantillonnage des groupes étudiés, les types de mesures et d'informations recueillies. On peut associer les données quantitatives et qualitatives en utilisant une méthode d'évaluation dite « mixte ».

1. Population concernée

- **Quels types de patients ?**
 - Les critères d'inclusion et d'exclusion des patients doivent être définis avant l'étude,
 - Les données sociodémographiques collectées,
 - Les données psychologiques notées.
- **Quelle maladie ou symptôme ?**
 - Le diagnostic est établi si possible avec une procédure inter-juge,
 - L'histoire de la maladie et les comorbidités notées,
- **La taille de l'échantillon :**

Elle doit être définie selon les hypothèses posées.
- **Les méthodes statistiques utilisées :**

Elles doivent tenir compte également du nombre de variables étudiées et recueillies.
- **La puissance de l'étude :**

Elle doit être définie en amont de même que le risque alpha.
- **L'effectif dans chaque groupe :**

Il doit être suffisant pour démontrer l'hypothèse posée.
- **Les groupes :**

Ils doivent être homogènes, seule l'intervention thérapeutique doit changer entre les groupes.

2. Le traitement proposé

- La formation du thérapeute ?
- Les modes d'intervention ? (Verbal, corporel, mixte, médicamenteux)
- Le contexte thérapeutique ? (Seul, en groupe, en distanciel, en présentiel, par procuration).
- Le temps de la séance ?
- La fréquence des séances ?
- Le temps de la prise en charge ?
- Les caractéristiques du modèle thérapeutique de référence ?
- Les actions thérapeutiques accomplies (pendant les séances ou en dehors de séances)
- Les retours d'expérience des thérapeutes ?
- Double aveugle possible ? Le patient peut-il ignorer le type de traitement qu'il reçoit ?

3. Les mesures d'efficacité

- Choix minutieux du critère d'efficacité en fonction du problème de santé et de la MCA.
- Utilisation d'outils de mesure fiables et valides pour la population
- Utilisation d'échelles d'auto-évaluation et d'hétéro-évaluation ;
- Mise en place si nécessaire de procédures d'enregistrement audio ou vidéo des traitements.
- Si nécessaire entretiens et passations d'échelles post-traitement

4. Étudier et analyser la mise en œuvre de la MCA par entretiens et/ou observation

- L'alliance (questionnaires d'alliance passés auprès du thérapeute et du patient)
- La perception du traitement par le patient
- L'influence du modèle de référence sur la représentation du patient et de sa maladie
- La relation du thérapeute avec son modèle de référence
- La conception de sa propre évolution par le patient
- La conception de l'évolution du patient par le thérapeute

LIVRABLE 2 : CHOIX MÉTHODOLOGIQUES

En accord avec les critères méthodologiques simplifiés proposés par Hogedez & al (2019), il est d'usage de distinguer les essais randomisés contrôlés (ERC), les études quasi-expérimentales (EQE) et les observations cliniques raisonnées (OCR) selon le degré d'objectivité de l'étude.

- **Les ERC impliquent l'étude d'un traitement univoque**
Constitué d'un acte simple, unique et le même pour chaque sujet de l'échantillon.
- **Les EQE et les OCR se distinguent des ERC par leur type de traitement équivoque**
Constitué d'un acte complexe, multiple et différent pour chaque sujet de l'étude
- **Les EQE et OCR se distinguent par l'existence ou non de groupes contrôles**
Mais aussi par la taille des échantillons (faible pour les OCR) et par le type de données recueillies (principalement quantitatif dans le premier cas et qualitatif/observationnel dans le second)

À retenir :

Le recours à la statistique quantitative est compensé dans les OCR par des analyses comportementales des interactions voire micro-analyses permettant de suggérer les principes actifs d'une thérapie. Le choix d'une méthode ou d'une autre est dépendant du projet scientifique visé, du type de thérapie étudié et des possibilités offertes par le terrain.

EXEMPLES

L'évaluation des MCA comme l'aromathérapie ou la phytothérapie permettrait d'appliquer la procédure ERC avec placebo.

- Pour l'acupuncture, c'est également le cas car il existe des placebos d'aiguilles d'acupuncture, qui s'enfoncent dans la culasse de l'aiguille et donc uniquement de quelques millimètres, ce qui n'est pas suffisant pour avoir un effet. Ces placebos d'aiguilles s'utilisent ainsi en double aveugle.
- Pour les autres MCA, les groupes contrôles sont toujours possibles, par exemple en comparant un traitement shiatsu à un traitement par relaxation. Dans chaque cas, il est toujours possible de comparer les effets thérapeutiques à des groupes contrôles.

LES OCR SONT APPLICABLE À TOUT TYPE DE THÉRAPIE

Ce sont des observations cliniques contrôlées qui permettent d'accéder à l'étude des interactions thérapeutes-patients et ainsi de mettre en évidence des principes actifs qui échappent à la conscience des uns et des autres.

- Par exemple une étude des patterns cachés d'interactions thérapeutiques de type psychanalytique a permis de dégager le rôle crucial de la communication mimo-posturo-gestuelle dans le processus de prise de conscience d'un patient.
- De même, la mise en évidence des processus d'emprise (qui ne sont pas nécessairement intentionnels ou conscients) dans l'interaction thérapeutique n'est possible que par le biais de ce type d'étude observationnel raisonné le plus souvent effectué à partir d'enregistrements vidéo des traitements.

CONCLUSION

La mise en place d'études d'évaluation des MCA devrait considérer celles qui réunissent des traitements évaluables de manières similaires. Dans un premier temps, il faudrait faire une analyse de la littérature, car selon les MCA, certaines recherches ont pu déjà être menées. Puis si besoin, un prototype de chaque catégorie pourrait faire l'objet d'études préliminaires, sachant que la fiabilité de ces études suppose un investissement important et souvent plusieurs chercheurs.

De tels travaux de recherche peuvent être menés par des équipes pluridisciplinaires et internationales en particulier européennes. Mais ils peuvent aussi faire l'objet de thèses de doctorat encouragées par des contrats doctoraux ou des bourses de recherches publiques ou privées.

RECOMMANDATIONS

« Pour s'accorder sur le plan de la recherche »

1. DÉCRIRE ET DÉFINIR L'OBJECTIF DE L'ÉTUDE

Décrire avec attention et rigueur les actes thérapeutiques réalisés, les indications invoquées et les résultats attendus afin de permettre la reproductibilité. Pour cela, mettre en œuvre des études exploratoires, observationnelles, quantitatives et qualitatives et raisonnées, puis appliquer des méthodes en référence aux standards méthodologiques reconnus.

2. PRÉCISER LES BUTS DE L'ÉVALUATION ET LE CRITÈRE DE JUGEMENT POUR ÉVALUER LES EFFETS SUR ET AVEC LE PATIENT

Définir clairement les objectifs de l'évaluation et choisir le critère de jugement pertinent pour le patient – élément essentiel de la validation du résultat des traitements non médicamenteux – afin d'évaluer les effets sur et avec le patient parmi les trois champs suivants :

- L'efficacité symptomatique et/ou sur la maladie et son évolution
- L'action sur l'état psychologique et l'expérience du patient
- Les effets contextuels et sociaux

3. CONSTITUER LE TERRAIN D'UNE RECHERCHE COLLABORATIVE ET MENER AUTANT QUE POSSIBLE UNE RECHERCHE COMPARATIVE

La recherche nécessite un travail collaboratif entre chercheurs et praticiens en lien avec les patients. Suivre les recommandations de bonnes pratiques selon le type d'étude réalisée. Parmi les méthodes, privilégier une recherche comparative : comparer un groupe intervention et un groupe contrôle et si c'est possible, utiliser des outils permettant un schéma expérimental ou quasi-expérimental. Prévoir un calendrier temporel suffisamment étendu pour effectuer des mesures répétées.

4. EFFECTUER DES MESURES FIABLES ET VALIDÉES LORS D'ÉTUDES QUANTITATIVES & QUALITATIVES ASSOCIANT LES PATIENTS ET SI BESOIN LEURS ASSOCIATIONS

Appliquer des méthodes d'investigation mixtes, quantitatives et qualitatives et si possible expérimentales, selon des principes « pragmatiques » qui permettent de mesurer les bénéfices d'un traitement comme « un tout » et dont l'intégration de la perspective du patient ainsi que ses valeurs prennent une importance particulière. Les mesures pourront alors concerner des champs plus larges comme les parcours de soins et pourront être objectives & subjectives, quantitatives & qualitatives. Elles pourront prendre la forme de recherches collaboratives avec les patients et leurs associations.

REGARD D'UN EXPERT EXTÉRIEUR

Pr Bernard Laurent, Professeur de neurologie, CHU Saint-Etienne.

L'évaluation des techniques MCA acceptées ou tolérées doit prendre en compte l'effet placebo au sens fort du concept, qui contrairement à la caricature, n'est pas une illusion de guérison mais un effet psychobiologique démontré, fonction de la qualité relationnelle entre le thérapeute et le patient et des croyances réciproques de résultats.

L'effet placebo avec attente est un phénomène neurobiologique scientifiquement établi (Benedetti et al., 2011) dont la réalité est attestée par des essais contrôlés "à trois bras", et les mécanismes éclairés par les neurosciences, notamment l'imagerie cérébrale. Il est prouvé que sa puissance dépend de l'attente du patient, de l'annonce qui lui est faite, et de ce qui lui est proposé (charisme du thérapeute, réputation de la méthode, complexité du dispositif).

L'effet « conditionnement » est ainsi lié à la répétition d'expériences antérieures d'amélioration sous médicament actif et dépend de structures cérébrales profondes comme l'amygdale. Le cerveau rejoue l'amélioration déjà expérimentée avec des médicaments actifs. De plus, la réponse neurochimique engage les neuromédiateurs concernés par la pathologie : endorphines pour la douleur, benzodiazépines endogènes ou sérotonine pour les troubles anxiodépressifs et insomniaques, dopa pour la maladie de Parkinson comme l'a prouvé l'imagerie cérébrale avec les marqueurs de ces systèmes.

Ces effets sont au cœur du ressenti bénéfique de l'acte d'homéopathie et expliquent qu'en l'absence d'effet pharmacologique convainquant, les français « croient » à ses bienfaits : ainsi, les données sociétales, selon une estimation de l'ANM et de l'ANP, montrent que 72% des Français croient aux bienfaits de l'homéopathie, que 52% y ont recours, que 43% des professionnels de santé prescrivent des produits homéopathiques (Piolot et al, 2015), et que les thérapies complémentaires, l'homéopathie incluse, sont utilisées en milieu hospitalier, notamment en tant que soins de support dans les centres et services d'oncologie dans 3/4 des structures.

L'effet propre de la technique doit donc toujours s'affranchir de l'effet non spécifique "placebo", avec ses deux composantes de l'attente positive de résultat et du conditionnement. On assiste dans certaines MCA les plus usitées (acupuncture, Activité Physique Adaptée, homéopathie, ostéopathie) à des propositions de techniques "sham" et il faut saluer cette "prise de risque" des thérapeutes... Ce d'autant que la plupart des études ne peuvent différencier le simulacre (sham) de techniques pratiquées par un praticien reconnu dans un contexte identique à la véritable technique, par exemple dans l'ostéopathie, l'acupuncture, l'homéopathie. Ceci tend à prouver que la part technique (site anatomique, précision du geste, contenu des gouttes...) intervient moins que la relation soignant/soigné. Cela n'exclut nullement un effet spécifique de la technique pour certaines MCA mais cet effet personnalisé est noyé dans l'analyse statistique de groupe. Dès lors, il s'agit de savoir anticiper un effet placebo : les échelles de placebosensibilité, placebo génétique, open placebo (Sagy et al., 2019).

Enfin ces notions doivent aussi être enseignées dans toutes les formations de thérapeutes en MCA.

EXPERTS CONTRIBUTEURS DE L'AXE « ÉVALUATION » DU RAPPORT

EXPERTS COORDONNATEURS

Pr Alain Blanchet

Professeur émérite en psychologie, Président de l'École des Psychologues Praticiens.

Pr Gilles Berrut

Professeur en médecine, Fondateur du Gérontopôle Pays de la Loire,
Médecin chercheur, laboratoire « EA 4334 mobilités interaction performance, Université de Nantes ».

EXPERTS CONTRIBUTEURS

Nadège Lemeunier

Docteure en épidémiologie, Équipe constitutive du CERPOP, UMR 1295 INSERM – Université Toulouse III ;
Université d'Ontario (Canada) et co-auteur des travaux « CADRE » et des recommandations de bonnes pratiques en
chiropraxie labélisées HAS.

Dr Jean-Christophe Mino

Spécialiste de santé publique, médecin chercheur HDR à l'institut Siel Bleu et enseignant au département Éthique
de la faculté de médecine de Sorbonne Université.

Dr Stéphane Sanchez

Médecin en santé publique, Hôpitaux Champagne Sud, Maître de conférences associé des Universités - Université
de Reims Champagne Ardennes.

REPRÉSENTANT DES USAGERS

Fanny Bernardon

Ancienne patiente en oncologie et rédactrice santé.

EXPERTS RELECTEURS

Pr Philippe Berta

Député et professeur en génétique.

Dr Hélène Renoux

Médecin homéopathe.

Pr Cédric Villani

Député et médaille Field.

EXPERT EXTÉRIEUR

Pr Bernard Laurent

Professeur de neurologie, CHU Saint-Etienne

CONTEXTUALISATION

- **CONSTAT**

La diversité des dispositifs de formations reconnues déployés pour une même pratique conduit à l'hétérogénéité des niveaux de qualification des praticiens. Par ailleurs, l'essor des formations non reconnues participe de la difficulté pour l'utilisateur de se repérer ou d'accéder à des praticiens qualifiés. Enfin, si certains praticiens sont légalement tenus de respecter certains principes éthiques propres à leur profession d'origine (ex. secret professionnel pour médecins) d'autres n'y sont pas tenus.

- **ENJEUX**

Apporter des repères permettant à l'utilisateur d'identifier les formations actuellement reconnues et proposer aux praticiens titulaires d'un diplôme reconnu de se réunir autour de valeurs éthiques communes pour garantir la qualité et la sécurité des interventions.

- **MÉTHODE**

Délimitation des formations reconnues à partir des normes réglementaires et universitaires et mise en lumière de leurs caractéristiques spécifiques. Puis, réflexion croisée – à l'appui de chartes existantes – afin de dégager de grands principes éthiques destinés aux praticiens dont la formation est reconnue.

- **LIVRABLES**

1. Synthèse des formations reconnues.
2. Charte éthique commune aux praticiens de MCA titulaires d'un diplôme reconnu.

LIVRABLE 1 : SYNTHÈSE DES FORMATIONS RECONNUES

DÉFINITION GÉNÉRALE	INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES	REMARQUES LIÉES AUX MCA
Formations inscrites au Répertoire National des Certifications professionnelles (RNCP)		
<p>Les formations inscrites au RNCP sont reconnues par l'État. Les diplômes délivrés sont certifiés : ils garantissent la validation de connaissances et de compétences nécessaires pour l'exercice d'une activité selon des critères établis par le Ministère du travail. Les niveaux de certifications sont gradués du niveau 6 (brevet) au niveau 1 (min bac+5).</p>	<p>Les formations inscrites au RNCP sont consultables sur le site de <i>France Compétence</i>, Autorité nationale de financement et de régulation de la formation professionnelle. Il contient les fiches descriptives de chaque formation et indique notamment les compétences acquises ainsi que les métiers pouvant être exercés avec cette certification.</p>	<p>Certaines professions de MCA sont ainsi certifiées telles que la réflexologie, la sophrologie, ou encore l'art thérapie. Cela ne signifie pas pour autant que ces pratiques sont systématiquement certifiées. Seules les formations en MCA inscrites au RNCP sont reconnues par l'État, ce qui signifie qu'il existe pour ces mêmes pratiques, des formations non certifiées.</p>
Diplômes Universitaires		
<p>Les Diplômes Universitaires sont multiples : DU et DIU (bac+3), DESU (bac+4) et DFFSU (bac+5). Un DU (bac+3) est un diplôme propre à une université, c'est-à-dire qu'il ne constitue pas un diplôme d'État. Un DU est organisé par une seule université, tandis que les DIU associent plusieurs universités pour organiser la même formation. Ces diplômes, certifient l'acquisition de connaissances propres à la formation qu'ils proposent.</p>	<p>Ces diplômes sont organisés de façon autonome par les universités (DU) ou groupement d'universités (DIU) qui en déterminent les modalités (enseignements, durée, mode d'accès, évaluation, etc.). Par conséquent, les programmes de formations diffèrent d'un Diplôme à l'autre. Ils s'adressent aux étudiants (Licence Master Doctorat), aux professionnels et aux personnes en recherche d'emploi.</p>	<p>De nombreuses MCA font l'objet de DU/DIU, telles que la méditation, l'hypnose, la musicothérapie, la phytothérapie, etc. La plupart de ces DU/DIU sont réservés aux professionnels du soin ou de la santé (ex. hypnose, méditation) et certains sont spécifiquement dédiés aux professions médicales (ex. homéopathie, médecine manuelle-ostéopathique, mésothérapie). Enfin, les DESU ainsi que les DFFSU sont peu présents dans le champ des MCA.</p>
Capacité en médecine		
<p>La capacité de médecine est un diplôme réglementé réservé aux docteurs en médecine qui attestent de compétences supplémentaires ou d'un champ d'exercice plus large. Les capacités ne confèrent pas la qualification de spécialiste auprès de l'Ordre National des Médecins, mais celui-ci les reconnaît comme des titres auxquels peuvent prétendre les médecins.</p>	<p>L'admission dans une capacité est conditionnée à la réussite d'un examen propre à chaque capacité. Les capacités sont obtenues après un enseignement théorique et pratique étalé sur une durée variant d'un à trois ans. Ouvertes à tous les médecins, indépendamment de leur cursus initial, les capacités s'inscrivent dans le cadre d'une formation continue.</p>	<p>Les MCA concernées par l'obtention d'une capacité sont actuellement rares et exclusivement proposées en facultés de médecine. La pratique de l'acupuncture, réservée aux professions médicales, fait l'objet d'une capacité en médecine. D'autres capacités connexes telles que la médecine de la douleur et du sport sont également proposées dans le cadre de capacités.</p>
Écoles et associations agréées par l'État		
<p>Des écoles privées mais également des associations peuvent faire l'objet d'un agrément d'État par les Ministères de la Santé, de l'Éducation ou chargés des sports. La reconnaissance d'un centre de formation par l'État atteste qu'il possède toutes les conditions nécessaires à l'obtention des diplômes auxquels il prépare.</p>	<p>L'admission dans une école privée agréée par l'État est variable selon la nature des formations dispensées dont les agréments dépendent d'un ministère spécifique. Les associations agréées par l'État correspondent aux formations dont le programme répond aux priorités pédagogiques établies par les ministères spécifiques.</p>	<p>Les écoles agréées par l'État formant à l'exercice de MCA correspondent aux professions autonomes actuellement réglementées par la loi (ex. chiropraxie, l'ostéopathie). Certaines associations proposant des formations en MCA (ex. shiatsu, sport et bien-être...) sont aussi agréées par l'État et rattachées à un Ministère spécifique.</p>

LIVRABLE 2 : CHARTE ÉTHIQUE

Destinée aux praticiens de Médecines Complémentaires et Alternatives (MCA) et titulaires d'un diplôme reconnu

PRÉAMBULE

Cette charte a pour objet l'élaboration de principes éthiques destinés à tous les praticiens de Médecines Complémentaires et Alternatives (MCA) titulaires d'un diplôme reconnu. Les diplômes reconnus font ici référence aux formations médicales, réglementaires et Universitaires impliquant l'obtention de l'un des diplômes suivants : (1) capacité en médecine ; (2) diplôme Universitaire (DU) ou Interuniversitaire (DIU) ; (3) diplôme dont la formation est inscrite au Répertoire National de certifications professionnelles (RNCP) ; (4) Diplôme dont l'École est agréée par l'État. Le respect des règles de la présente Charte repose sur une réflexion éthique et une capacité de discernement dans l'observance des principes suivants :

Principe 1 : respect du droit de la personne

Le praticien réfère son exercice aux principes édictés par la législation nationale, européenne et internationale sur le respect des droits fondamentaux, et en particulier de leur dignité, de leur liberté et de leur protection. Il respecte l'autonomie de la personne qu'il accompagne, et tout particulièrement sa liberté de jugement et de décision. Le praticien intervient avec le consentement libre et éclairé des personnes.

Principe 2 : préservation de l'anonymat

Le praticien préserve la vie privée et l'intimité des personnes qui le consultent ou l'ont consulté en garantissant leur anonymat. Lorsqu'il utilise des données issues de son expérience ou de ses documents de travail, le praticien doit prendre toutes les dispositions pour que l'identification du patient ne soit pas possible.

Principe 3 : concordance avec sa profession d'origine

Le praticien est tenu d'exercer dans le strict respect des lois, des normes et des règles éthiques régissant sa profession d'origine. Il doit être en concordance avec sa profession d'origine, et les formations qui s'y rattachent. Il ne doit exercer sa pratique que dans les domaines où il peut justifier de connaissances, de diplômes et d'une expérience suffisante (acquise par sa profession d'origine).

Principe 4 : compétences professionnelles

Le praticien intervient exclusivement dans son champ de compétences. Il ne doit pas entreprendre ou poursuivre des soins dans des domaines qui dépassent ses connaissances, son expérience et les moyens dont il dispose. Les techniques qu'il utilise doivent être en accord avec le diplôme obtenu et le domaine de compétences propre à son activité. Par conséquent, il s'engage à ne pas utiliser sa pratique dans d'autres situations cliniques que celles autorisées strictement par sa profession.

Principe 5 : domaine de connaissances

Le praticien doit s'appuyer sur des connaissances exclusivement éprouvées et être en capacité de discerner ce qui relève de ses connaissances professionnelles et de ses croyances personnelles. En aucun cas, le praticien n'utilise ses croyances personnelles pour justifier d'une pratique, d'une méthode ou d'une technique à visée thérapeutique. Le praticien se doit de réactualiser ses connaissances et se tenir informé des développements de sa pratique et de ses techniques.

Principe 6 : champ d'intervention

Le praticien doit être en capacité de délimiter son champ d'intervention (ex. prévention, bien-être, thérapeutique) et d'en identifier les limites. Il doit pouvoir expliciter aux personnes qu'il accompagne son champ d'action et ne pas le dépasser. Quelle que soit la pratique exercée, la connaissance des techniques de MCA ne saurait constituer une base suffisante pour l'activité thérapeutique. Le praticien doit détenir la formation et les diplômes requis lui permettant d'exercer dans le champ du thérapeutique.

Principe 7 : pratique des MCA

Les MCA impliquent la mise en œuvre de moyens qui tendent vers l'autonomie et le mieux-être des patients, dans le respect de leurs valeurs et de leurs croyances (religieuses, politiques ou philosophiques), et sans jamais mettre en péril leur intégrité psychique, sociale et morale. L'intérêt et le bien-être du patient doivent toujours constituer un élément prioritaire d'exercice.

Principe 8 : complémentarité aux soins officiels

Toute MCA est considérée comme un complément aux soins prodigués par la médecine. Le praticien est tenu de ne pas inciter à modifier ou interrompre le traitement médical de la personne qu'il accompagne. Il est tenu de diriger vers un médecin toute personne se plaignant ou présentant des symptômes dépassant son champ de compétence. Il est tenu de ne pas conseiller ou prescrire des médicaments si la législation en vigueur de l'y autorise pas.

Principe 9 : lieu d'exercice du praticien

Le praticien doit disposer d'un lieu d'exercice professionnel, d'une installation convenable et conforme aux normes d'hygiène et de sécurité. Il doit également avoir le matériel nécessaire à l'exercice de sa pratique. Le lieu d'exercice doit permettre de respecter le confort, l'intimité et la dignité des personnes qu'il accompagne.

Principe 10 : diffusion de savoirs autour de sa pratique

La diffusion d'un savoir à propos de sa pratique à la fois pertinent, scientifiquement valide, et adapté au public auquel le praticien s'adresse, est encouragée. Le praticien ne facilitera ni ne soutiendra sa pratique par des personnes non qualifiées. Par conséquent, les praticiens titulaires d'un diplôme reconnu ne s'impliquent pas dans l'apprentissage de leur pratique auprès d'un public de non professionnels, exception faite des étudiants en formation délivrant un diplôme reconnu. De même, toute communication ou information autour de la pratique exercée ne devra jamais aller à l'encontre des connaissances scientifiques qui appuient la compréhension de la méthode et en autorise l'usage.

En signant cette charte, les praticiens confirment leur adhésion aux valeurs et principes qui la régissent. La présente charte est datée et signée. Elle doit être conservée sans limite de temps, du fait qu'elle affirme l'approbation aux principes qui la constituent.

RECOMMANDATIONS

« Pour favoriser une formation solide des praticiens »

1. INTRODUIRE UN PRÉ-REQUIS DE FORMATION POUR L'EXERCICE DE LA PROFESSION

Rendre obligatoire pour les praticiens non soignants une formation dédiée à l'apprentissage des pathologies et psychopathologies, de la relation d'aide et du positionnement du praticien, délivrée par une Université (DU) ou par une école dont la formation est agréée par l'État (RNCP).

2. DISTINGUER LES NIVEAUX DE COMPÉTENCES DES PRATICIENS

Introduire une durée minimale de formation, évaluée de façon indépendante, avec un coût justifié, par des formateurs eux-mêmes diplômés, expérimentés, et disposant d'une formation pédagogique. Puis, Distinguer différents niveaux de compétences des praticiens en considérant la notion d'expertise à partir de 1500 heures de pratique dans le domaine d'exercice correspondant au prérequis du nombre d'heures exigées pour une inscription à une Validation des Acquis de l'Expérience (VAE).

3. DIFFUSER LES PRINCIPES ÉTHIQUES COMMUNS AUX PRATICIENS DE MCA DONT LA FORMATION EST RECONNUE PAR L'ÉTAT ET/OU L'UNIVERSITÉ

Diffuser auprès des centres de formations réglementaires et universitaires (écoles agréées, formations RNCP, DU, DIU), la charte éthique élaborée, destinée aux praticiens titulaires d'un diplôme reconnu.

4. AMÉLIORER LES CONDITIONS DE LA PRATIQUE CLINIQUE ET FAVORISER UNE COOPÉRATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTÉ ET PRATICIENS DE MCA INTERVENANTS DANS LES CENTRES SANITAIRES ET MÉDICO-SOCIAUX.

Instaurer des réunions d'équipes spécifiquement dédiées aux soins complémentaires dispensés par des praticiens non soignants – ne pouvant de fait assister aux staffs de nature médicale/paramédicale – dans une logique de suivi et de coordination du parcours de soins des patients. Puis, promouvoir la supervision par des pairs expérimentés.

REGARD D'UN EXPERT EXTÉRIEUR

Pr Richard Villet, Secrétaire Général de la Fondation de l'Académie de Médecine.

Si les méthodes statistiques changent et méritent parfois d'être critiquées, les pratiques médicales doivent s'appuyer sur des preuves et obéissent ainsi à la règle du « p statistique » significatif. A cette « EBM » (*Evidence Base Medicine*) qui a permis de remarquables progrès thérapeutiques s'ajoute de plus en plus une évaluation économique puisque la plupart de ces soins sont à la charge de l'État et donc de tous... Cette médecine qui est enseignée n'aboutit pas toujours à la guérison et fait ainsi l'objet de critiques fallacieuses. Celles-ci sont d'autant plus fréquentes qu'on est dans le domaine de la prévention.

Les médecines complémentaires et alternatives (MCA) – dont les définitions restent imprécises, couvrent un vaste domaine thérapeutique – font l'objet de critiques car elles ne passent les fourches caudines des études statistiques et de plus n'obtiennent le plus souvent aucun remboursement. Or à côté des bénéfiques qu'elles peuvent fournir et en dehors de tout commentaire sur leur efficacité, elles peuvent être à l'origine d'un marché de profit important, curieusement moins souvent mis en cause par le public que les grands groupes pharmaceutiques...

La mise en évidence de l'action des MCA parfois incontestable, même si elle repose sur un effet placebo, n'atteint pas le niveau de preuve dans les méthodes standardisées d'évaluation. Aussi, la formation et l'information sur ces MCA posent encore plus de difficultés que les médecines conventionnelles, pour les faire admettre et lutter contre leur mauvais usage et le charlatanisme qui les entourent. Les faire admettre et accepter qu'elles soient utilisées, impose la probité du prescripteur qui aura reçu une formation, exceptionnellement universitaire, auprès d'utilisateurs reconnus pour leur sérieux et leur intégrité. Quant à l'information les concernant, comme pour les médecines obéissant à l'EBM, elle devra être contrôlée et dans cet esprit, rappelons les contraintes de l'information médicale.

Les sources du savoir viennent des sachants. Ces derniers doivent obéir à des critères de qualité où la place et la valeur des diplômes universitaires, même si certains veulent les remettre en cause, restent un de ces critères. La littérature scientifique où la ligne éditoriale et « l'impact factor » de la revue constitue une garantie de véracité, reste souvent incompréhensible pour les non-initiés et doit de ce fait, être accompagnée d'information dite de vulgarisation. Ces informations peuvent être véhiculées par la presse écrite spécialisée ou non, par les méthodes audiovisuelles classiques ou contemporaines (ex. réseaux sociaux). Le problème est que le contenu scientifique initial, du fait de sa complexité, doit souvent être simplifié et adapté pour devenir plus clair au risque d'être déformé. On assiste ainsi souvent à une distorsion de l'information qui est involontaire ou au contraire volontaire avec une déformation naïve ou délibérée à l'origine de « *fake news* » exploitées ensuite par d'autres.

Les polémiques sur les sujets de santé sont fréquentes et ne datent pas d'hier¹. Il est probable que Voltaire aurait pris part au débat actuel sur les informations en médecine quelle qu'elle soit, conventionnelle, complémentaire ou alternative tandis que son rival Jean Jacques Rousseau dont l'œuvre invite à l'écologie aurait sans doute défendu les MCA... Concernant les polémiques contemporaines dans le domaine, souhaitons que la formation et l'information en matière de MCA soient abordées avec objectivité et sérénité.

¹ Dans ce domaine, celle sur l'inoculation de la petite vérole à partir des vésicules infectées entre les mères et leurs enfants, développée à partir de 1715 en est un bel exemple.

EXPERTS CONTRIBUTEURS DE L'AXE « FORMATION » DU RAPPORT

EXPERTS COORDONNATEURS

Pr Julien Nizard

Professeur en médecine et chef du centre Fédératif douleur, soins palliatifs et de support, CHU de Nantes, Vice-Président du CUMIC. Psychologue clinicienne Espace Cancer de la Ville de Paris.

Dr Antoine Demonceaux

Médecin homéopathe et psychanalyste.

EXPERTS CONTRIBUTEURS

Corinne Daver

Docteur en droit, spécialisé en droit de la santé, Directeur Associé Fidal.

Dr Yvan Krakowski

Président Association des Soins Oncologiques de Support (AFSOS).

Dr Gérard Lepou

Administrateur, Ligue Nationale contre le cancer.

REPRÉSENTANT DES USAGERS

Marie-Aude Gou

Ancienne patiente en oncologie et Présidente du Pôle Santé du Réseau Professionnel National des Sophrologues (RPNS).

EXPERTS RELECTEURS

Myriam El Khomri

Ancienne Ministre du travail, auteur du rapport ministériel 2019 Métiers du Grand Âge.

Joël Jaouen

Président France Alzheimer.

Jean-Michel Ricard

Président et fondateur de Siel Bleu.

EXPERT EXTÉRIEUR

Pr Richard Villet

Secrétaire Général de la fondation de l'Académie de Médecine.

CONTEXTUALISATION

• CONSTAT

Les MCA font l'objet d'un mouvement d'intégration en milieu sanitaire, médico-social et associatif. Elles sont notamment proposées par les centres de soins pour répondre aux attentes des patients qui les utilisent de façon croissante. Mais cette dynamique n'est pas structurée au sens où l'intégration des pratiques repose sur les choix et stratégies propres à chaque institution.

• ENJEUX

Apporter une meilleure visibilité des MCA et des modalités de leur intégration en milieu sanitaire et proposer des critères permettant une intégration cohérente, structurée et sécurisée.

• MÉTHODE

Enquête de terrain appuyée par un questionnaire pré-élaboré visant à recenser les pratiques et les modalités de leur intégration auprès de 42 centres sanitaires.

• LIVRABLES

1. Synthèse des MCA et des modalités de leur intégration en milieu sanitaire
2. Liste de critères de référence pour une intégration cohérente, structurée et sécurisée des MCA

LIVRABLE 1 : SYNTHÈSE DES MCA ET DES MODALITÉS DE LEUR INTÉGRATION EN MILIEU SANITAIRE

Focus sur 42 centres sanitaires français

Typologie des centres sanitaires de l'enquête	<ul style="list-style-type: none"> • CHU et Hôpitaux publics (n=28) dont 7 services pédiatrique • Centres de Lutte Contre le Cancer (n=10) • Cliniques et hôpitaux privés (4)
Localisation des centres	Amiens ; Angers ; Besançon ; Bordeaux ; Brest ; Caen ; Clermont-Ferrand ; Dijon ; Guadeloupe ; Lille ; Limoges ; Lyon ; Marseille, Metz ; Montpellier ; Nancy ; Nantes ; Nice ; Nîmes ; Paris ; Poitiers ; Rennes ; Reims ; Réunion ; Rouen ; St Etienne ; Strasbourg ; Suresnes ; Toulouse ; Versailles ; Villejuif
Nombre de MCA déployées dans les centres	<ul style="list-style-type: none"> • 278 MCA déployées parmi les 42 centres • 30 MCA différentes dans les centres adultes • 15 MCA différentes dans les services pédiatriques
Principales MCA déployées (services adultes)	Hypnose (n=42) ; Activité Physique Adaptée (n=28) ; Relaxation (n=22) ; Méditation (n=20) ; Acupuncture (n=19) ; Sophrologie (n=19) ; Activités de médiation (n=18) ; Socio-esthétique (n=17) ; Ostéopathie (n=15)
Principales MCA déployées (services pédiatriques)	Hypnose (n=7) ; Ostéopathie (n=2) ; Réflexologie (n=2) ; Musicothérapie (n=1) ; Zoothérapie (n=1) ; Activité Physique Adaptée (n=1) ; Acupuncture (n=1)
Praticiens qui dispensent les MCA	<ul style="list-style-type: none"> • Principalement des professionnels de santé en interne • Orientation vers des praticiens soignants ou non • Une liste de praticiens est disponible dans certains centres
Principaux facteurs d'intégration des MCA dans les centres	<ul style="list-style-type: none"> • Reconnaissance médicale/scientifique de la pratique • Absence de risque et/ou d'interaction avec le traitement • Coordination interne et locaux adéquats
Principaux facteurs d'exclusion des MCA dans les centres	<ul style="list-style-type: none"> • Pratique non éprouvée et/ou risques avérés de la méthode • Formation du praticien non reconnue ou insuffisante • Pratique couteuse et/ou non encadrée par un professionnel de santé
Éléments facilitant l'inclusion des MCA dans les centres	<ul style="list-style-type: none"> • L'information aux professionnels de santé et leur motivation • Possibilité de financer les MCA/de les inscrire dans un plan de formation du centre • L'existence de moyens humains et de projets de recherches
Nombre de MCA faisant l'objet d'une orientation extérieure par les centres	<ul style="list-style-type: none"> • 84 orientations extérieurs sont effectuées dans ces 42 centres • 21 MCA font l'objet d'une orientation extérieure • 10 MCA différentes font l'objet d'une orientation
Principales MCA vers lesquelles les patients sont orientées par ces centres	Acupuncture (n=13) ; Ostéopathie (n=11) ; Activité Physique Adaptée (n=8) ; Hypnose (n=6) ; Méditation (n=5) ; Réflexologie (n=4) ; Art thérapie (n=4) ; musicothérapie (n=4) ; Sophrologie (n=4) ; Relaxation (n=3) ; EMDR (n=3)

LIVRABLE 2 : 13 CRITÈRES DE RÉFÉRENCE
Pour une intégration cohérente, structurée et sécurisée des MCA

1. Validité	Reconnaissance scientifique et médicale de la méthode
2. Complémentarité	Méthode complémentaire à la prise en charge médicale
3. Sans risque	Absence d'interaction et/ou de conflit avec le traitement conventionnel
4. Qualifications	Formation reconnue* et suffisante des praticiens
5. Encadrement	Pratique encadrée et coordonnée par un professionnel de santé
6. Thérapeutique	Acte à visée thérapeutique réservé aux professionnels de santé
7. Locaux	Infrastructure adéquate – locaux disponibles
8. Moyens humains	Temps et moyens humains disponibles (professionnel, secrétariat dédié)
9. Tarif	Coût acceptable de la pratique pour la structure comme pour le patient
10. Cohérence	Intégration de la pratique dans une prise en charge globale et cohérente
11. Formations	Formations institutionnelles sur les MCA dédiées aux équipes
12. Information	Stratégie d'information déployée auprès des patients
13. Coordination	Démarche coordonnée et cohérente avec le parcours de soin

* **Formations reconnues** : (1) Formations inscrites au Répertoire National des Certifications Professionnelles (RNCP) ; (2) Diplômes Universitaires (DU, DIU, DESU, DFFSU) ; (3) Capacité en médecine ; (4) Écoles Agréées par l'État.

RECOMMANDATIONS

« Pour favoriser l'intégration de pratiques adaptées »

1. ENCOURAGER L'INTÉGRATION, EN MILIEU SANITAIRE, DE PRATIQUES COMPLÉMENTAIRES RECONNUES ET COORDONNÉES PAR LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

Favoriser dans ces centres l'inclusion de pratiques bénéficiant d'une reconnaissance médicale et pouvant être encadrées et coordonnées par les professionnels de santé qui y exercent.

2. INTÉGRER DANS LES CENTRES SANITAIRES EXCLUSIVEMENT LES PRATICIENS DONT LA FORMATION EST RECONNUE ET SUFFISANTE

Conditionner l'intégration des praticiens à leur qualification en s'assurant de l'obtention d'un diplôme reconnu par l'État et/ou l'Université, d'une expertise pointue de la pratique dispensée et d'une expérience suffisante pour intervenir auprès des patients.

3. SENSIBILISER LES ÉQUIPES AUX INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS DES MCA DÉPLOYÉES DANS UN CONTEXTE DE MALADIE

Organiser des journées de sensibilisation pour les professionnels de santé autour des indications et des contre-indications des MCA déployées dans un contexte de maladie.

4. ÉVALUER LES PRATIQUES INTÉGRÉES DANS LES CENTRES SANITAIRES

Conditionner l'intégration des MCA à leur évaluation en systématisant la mise en place d'une approche évaluative pour chacune des pratiques intégrées au sein des centres sanitaires.

Les propositions (12 critères de référence et 4 recommandations) me paraissent très utiles pour mettre un peu d'ordre et de clarté dans les MCA en établissements de santé et en pratique de soins libérale. Les données analysées sont un préalable utile pour l'état des lieux des MCA, comprendre leur acceptation, les critères de choix et d'exclusion... Ceci permet quelques commentaires.

- L'hétérogénéité des pratiques est évidente sans que l'on sache le rôle respectif des preuves scientifiques et des croyances y compris des soignants ; il suffit d'un membre de l'équipe, investi et consensuel, pour introduire une proposition thérapeutique dont l'effet positif conforte l'équipe dans la pertinence de son choix.

- La disponibilité des techniques et des thérapeutes est un facteur clé du choix, celle-ci dépendant de nombreux facteurs : formation des soignants, contexte socioculturel (articles scientifiques, enquêtes journalistiques, réseaux sociaux...), contraintes socio-économiques.

- Les limites d'accès liées aux coûts des praticiens et à l'acceptation de financements des tutelles ; les MCA ne sont jamais prioritaires en situation de déficit budgétaire et dépendent pour la plupart d'associations ou de fondations de recherche.

- La difficulté de démonstration d'efficacité par les essais randomisés contrôlés (ERC), voire d'études quasi-expérimentales (EQE) ou même d'observations cliniques raisonnées (OCR), comme exposé plus haut, rend difficile l'accès aux budgets de recherche.

- Ceci explique que le nombre des MCA varie beaucoup de 1 à 13 entre les différents CHU (Angers/Amiens) et d'un facteur 4 pour les MCA souvent utilisées dans le cancer comme l'homéopathie (Angers/Lyon).

Mon expérience comme président du comité scientifique d'une fondation qui consacre d'importants budgets aux thérapies complémentaires de la douleur me permet aussi quelques réflexions générales sur les MCA. Les demandes sont jugées par un conseil scientifique aux compétences élargies car comportant différents médecins spécialistes mais aussi une infirmière cadre de santé, un psychologue, un philosophe... Ces regards croisés sont indispensables pour des thérapies proposées dans différentes situations, avec l'éventail large du cancer aux troubles dits fonctionnels : le "*disease*" des maladies identifiées par leurs critères anatomopathologiques et thérapeutiques où la MCA est complémentaire de prise en charge reconnue, le "*illness*" des symptômes sans lésion connue où le panel des MCA est large et le bénéfice très dépendant de l'effet placebo, et enfin le "*sickness*" des maladies sans démonstration biologique formelle mais reconnues par la société et l'assurance maladie (Fibromyalgie, Lyme chronique...).

Il est utile comme proposé dans le tableau déjà cité plus haut de distinguer les MCA selon plusieurs axes où l'on pourrait aussi différencier sur le plan neurophysiologique les techniques qui sollicitent le corps de celles qui sont purement intellectuelles et langagières (hypnose, méditation...) ; parmi les premières séparer le toucher/contact (massage acupuncture auriculothérapie) des autres entrées sensorielles (odeur, musique, vue avec la multiplication des programmes en réalité virtuels souvent abusivement assimilés à de l'hypnose...). Il serait sans doute possible de différencier dans certaines pathologies l'effet des techniques psychologiques par rapport aux approches corporelles ... et sans doute plus difficile parmi ces dernières de hiérarchiser des approches ostéopathiques, massages, chiropraxie... pour des syndromes répondant au contact corporel. Enfin respecter le choix du patient dans le type d'entrée sensorielle, le choix des musiques, des odeurs, les liens avec son autobiographie émotionnelle est indispensable.

EXPERTS CONTRIBUTEURS DE L'AXE « INTÉGRATION / EXCLUSION » DU RAPPORT

EXPERTS COORDONNATEURS

Dr Chantal Wood

Médecin chercheur, médecin de la douleur, pédiatre et hypno-thérapeute.

Dr François Bourgonon

Médecin psychiatre et psychothérapeute,
Praticien à l'Institut de Cancérologie de Lorraine (ICL), Directeur de l'IFTBM Mindful-France.

EXPERTS CONTRIBUTEURS

Dr Catherine Bitker-Viens

Médecin, ancien praticien AP-HP, Directrice du projet MCA de l'AP-HP et praticienne en Qi-gong médical.

Laurence Cimar

Maître de conférences, Docteur en droit, Université de Grenoble Alpes.

Dr Sylvie Colombani Claudel

Médecin anesthésiste et hypno-thérapeute, Institut Bergonié, Nouvelle-Aquitaine.

Dr Annie Felten

Médecin acupunctrice.

REPRÉSENTANT DES USAGERS

Juliette Viatte, Rédactrice en Chef Revue Geroscopie

EXPERTS RELECTEURS

Audrey Dufeu

Députée et auteur du rapport “ réussir la transition démographique et lutter contre l'âgisme”.

Dr Sophie Moulias

Praticien hospitalier en gériatrie CHU Ambroise Paré et GHU Paris île de France Ouest APHP
Enseignant chercheur laboratoire EA 4569 Éthique, politique et santé, Université Paris Descartes.

Dafna Mouchenik

Présidente SYNERPA Domicile.

Eric Sanchez

Directeur de la valorisation et des initiatives sociales AG2R La Mondiale.

EXPERT EXTÉRIEUR

Pr Bernard Laurent

Professeur de neurologie, CHU Saint-Etienne.

CONTEXTUALISATION

• CONSTAT

La pratique de certaines MCA ouvre à des risques de « dérives thérapeutiques » complexes à identifier dans la mesure où (1) elle n'implique pas nécessairement d'emprise mentale de l'utilisateur qui conserve sa liberté de choix ; (2) Il n'existe aucune définition permettant de la caractériser.

• ENJEUX

Apporter des repères permettant de définir et de prévenir les risques et les dérives thérapeutiques des MCA à partir de critères et de signes d'alertes de références

• MÉTHODE

Analyse croisée des travaux scientifiques et gouvernementaux visant au repérage de critères de risques et de dérives propres aux pratiques, aux praticiens et aux usages des MCA.

• LIVRABLES

1. Grille de critères de risques et de dérives thérapeutiques des MCA.
2. Définition du concept de « dérive thérapeutique ».
3. Fiche de repérage des « dérives thérapeutiques » pour les patients usagers des MCA.

LIVRABLE 1 : 24 CRITÈRES DE RISQUES ET DE DÉRIVES THÉRAPEUTIQUES Des médecines complémentaires et alternatives (MCA)

NIVEAUX	RISQUES EN SANTÉ	DÉRIVES THÉRAPEUTIQUES
Pratique	<ol style="list-style-type: none"> 1. Méthode non validée scientifiquement 2. Conceptions non fondées de la méthode 3. Promotion du bien-être comme un moyen de guérir 4. Coût exorbitant de la pratique 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Visée curative de la méthode/d'un groupe 2. Conceptions de la méthode dénigrant la médecine 3. Incitation à rencontrer des thérapeutes auto-proclamés 4. Méthode illégale investissant la santé
Praticien	<ol style="list-style-type: none"> 5. Formation non reconnue 6. Thérapeute auto-proclamé 7. Séances modelées par des croyances 8. Recommandations inadaptées/inévaluées 	<ol style="list-style-type: none"> 5. Promesse de guérison/promotion de l'auto-guérison 6. Phénomène de culpabilisation de l'utilisateur 7. Recommandations contraires à celles des médecins 8. Relation de pouvoir établie avec l'utilisateur
Usager	<ol style="list-style-type: none"> 9. Fausses informations récoltées 10. Croyances personnelles anti-médecine 11. Confiance envers l'efficacité curative des MCA 12. Non divulgation au médecin du recours aux MCA 	<ol style="list-style-type: none"> 9. Confiance excessive envers le praticien 10. Croyances personnelles d'auto-guérison 11. Attente de guérison à travers la méthode 12. Recours alternatif aux MCA

LIVRABLE 2 : DÉFINITION DU CONCEPT DE DÉRIVE THÉRAPEUTIQUE Des médecines complémentaires et alternatives (MCA)

Dérive thérapeutique : *Acte ou procédé à visée thérapeutique non éprouvé par la science, inadapté à la situation de la personne, potentiellement risqué pour sa santé et allant à l'encontre des recommandations médicales.*

Dérives thérapeutiques des MCA : *Elles n'impliquent pas nécessairement un phénomène d'emprise mentale de la personne qui conserve sa liberté de choix mais engagent des risques pour sa santé physique, psychique, sociale et peuvent conduire à des dérives sectaires.*

**LIVRABLE 3 : FICHE D'ALERTE ET DE REPÉRAGE POUR LES PATIENTS
des risques et des dérives thérapeutiques*
liés aux médecines complémentaires et alternatives (MCA)**

AXES	SIGNES D'ALERTE	COMMENTAIRES
1. Méthode non validée	La méthode n'est pas validée sur le plan scientifique et médical.	Il est conseillé de prendre un avis auprès de son médecin et/ou des équipes soignantes.
2. Formation non reconnue par l'État	La formation du praticien n'est pas reconnue, c'est-à-dire non agréée par l'État ou l'Université.	Le praticien ne possède pas de diplôme ou vous indique avoir lui-même conçu la méthode.
3. Promotion du bien-être	Le praticien fait la promotion excessive du bien-être comme un moyen de vaincre la maladie.	Il sous-entend qu'un changement radical de votre mode de vie, selon ses conseils, conduira à votre guérison.
4. Coût de la pratique	Le praticien vous invite à régler des séances à l'avance et souvent très coûteuses.	Il vous engage à revenir régulièrement, à suivre des stages ou à acheter des produits ou des appareils miracles.
5. Déroulé des séances	Les séances sont centrées sur les croyances du praticien et méthodes non rationnelles	Le praticien évoque des notions de circulations d'énergies, d'incantations ou des méthodes d'auto-guérison.
6. Visée de guérison	La méthode est présentée comme un outil capable de vous guérir.	Elle est souvent présentée comme le « remède miracle » à vos problèmes de santé.
7. Conseil inadaptés	Les recommandations du praticien sont contraires à celles de votre médecin.	Il vous propose par exemple de faire des régimes excessifs tandis que votre médecin le déconseille.
8. Sens à la maladie	Le praticien propose une explication à votre maladie et/ou il vous en rend responsable.	Il estime qu'elle est le résultat de conflits personnels/familiaux ou de désordres énergétiques.
9. Posture du praticien	Le praticien se présente comme le seul interlocuteur capable de vous comprendre/de vous aider.	Il dénigre le corps médical, votre environnement social et il vous invite à vous en éloigner.
10. Critique des traitements	Le praticien vous déconseille de recourir à des traitements médicaux.	Il estime que ces traitements peuvent être délétères et vous invite à un usage exclusif de sa méthode.
11. Critique de l'entourage	Le praticien dénigre votre entourage familial et professionnel.	Il vous explique que vos problèmes de santé ont pour origine votre entourage (conjoint, enfant, ami...).

** Il est à noter qu'un seul de ces critères ne peut à lui seul caractériser la dérive thérapeutique : c'est l'accumulation de ces signes qui augmente le risque de dérive. Autrement dit, plus le nombre de signes d'alerte est présent, plus le risque de dérive est important.*

RECOMMANDATIONS

« Pour lutter contre les risques et dérives thérapeutiques »

1. INFORMER LES PATIENTS SUR LES DÉRIVES THÉRAPEUTIQUES LIÉES AUX MCA

Lutter contre la désinformation dans le domaine en élaborant un guide d'information dédié aux patients et centré sur le phénomène de dérives thérapeutiques appliqué aux MCA.

2. FORMER LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ AUX RISQUES ET AUX DÉRIVES THÉRAPEUTIQUES DES MCA

Déployer, dans les établissements de santé et médico-sociaux des programmes de formations dédiés aux équipes et centrées sur les risques et dérives thérapeutiques des MCA.

3. RÉPERTORIER DANS UN ANNUAIRE EXCLUSIVEMENT LES PRATICIENS DONT LA FORMATION EST AGRÉE PAR L'ÉTAT

Créer un annuaire des praticiens – toutes pratiques confondues – dont les formations sont exclusivement reconnues (écoles et/ou formations agréées par l'État).

4. INTERDIRE CERTAINS FINANCEMENTS PUBLICS DE MCA DONT LES FORMATIONS NE SONT PAS AGRÉES PAR L'ÉTAT

Réduire le risque de dérives thérapeutiques liés au manque de qualification des praticiens en incitant, par une approche pédagogique, l'interdiction de financements publics de formations non reconnues par l'État.

REGARD D'UN EXPERT EXTÉRIEUR

Catherine Simonin, Vice-Présidente de la Ligue Nationale contre le cancer

Dans le prolongement de sa participation au colloque « colloque « lutter contre les dérives en santé » organisé par l'A-MCA, la ligue apporte aujourd'hui son regard sur son rapport et en particulier sur l'axe dérives élaboré par différents experts (élus, expert de la Miviludes, universitaires...) et coordonné par un administrateur de la Ligue et une psychologue en oncologie.

La Ligue, depuis les États généraux des personnes atteintes de cancer en 1998, a noté la demande de ces personnes d'être accompagnées pendant ou après leur traitement. Les effets de ces derniers peuvent modifier leur image corporelle, ce qui est source de difficultés pour la reprise d'une vie socioprofessionnelle. La Ligue et ses 103 comités départementaux se sont saisis des difficultés rencontrées par les personnes malades en proposant des « soins de supports », de nature à atténuer leur souffrance : activité physique adaptée, socio-esthétique, psychologie, diététique...

Si les soins de support déployés dans ses comités font exclusivement référence à des soins de qualité, la Ligue a conscience des risques – dénoncés par la Miviludes – liés à certaines pratiques douteuses qui prolifèrent dans notre société. Ce constat réclame une attention particulière en considérant l'attrait des français pour ces pratiques et en particulier celui des personnes malades. En effet, selon la Miviludes, 4 Français sur 10 ont recours aux pratiques non conventionnelles, dont 60% des personnes atteintes de cancer. Cette réalité de terrain explique pourquoi deux experts en oncologie ont coordonné l'axe de ce rapport. Devant l'engouement des personnes malades envers ces pratiques, la Ligue a mis en place des actions concrètes permettant de renforcer la qualité des soins de support déployés et de minimiser le risque de dérives :

- Elle élabore des recommandations qu'elle diffuse aux Comités départementaux afin d'encadrer l'offre proposée aux personnes malades, ainsi que le recrutement et le suivi des intervenants.
- Elle est également dotée depuis 2020, d'un Comité d'expertise¹ en soins de support, destiné à préserver leur qualité et leur sécurité. Sous la responsabilité de la Ligue, ce comité apporte un avis consultatif sur ses travaux dans le domaine et contribue à l'actualisation de documents internes.
- Elle a pour objectif 2021 de préciser encore ses recommandations, d'élaborer des documents de communication sur les risques de dérives à destination des personnes malades et de leurs proches. Cette démarche va dans le sens de la recommandation du rapport « informer les patients sur les dérives thérapeutiques des MCA » et montre l'importance de communiquer auprès des personnes.
- En parallèle, dans le cadre d'un partenariat avec la Miviludes, elle va également sensibiliser ses Comités à cette question en mettant en place des réunions d'information.
- Enfin, un référentiel de formation devrait être proposé afin de limiter les risques de dérives en santé. Cela étant, ces initiatives gagneraient à être renforcées. Cette perspective s'inscrit également la recommandation du référentiel « formation » proposé dans le rapport permettant de mieux se repérer face à la diversité des praticiens.

Pour aller plus loin, et comme le propose ce rapport, la Ligue souhaiterait que des études scientifiques soient menées afin de prouver l'efficacité des soins de support comme la socio-esthétique et la sophrologie sur l'équilibre psychologique des personnes malades. En effet, l'étude CyPRES montre qu'elles plébiscitent ces deux accompagnements qui leur permettent de se relaxer et de regagner en assurance, ce qui induit une meilleure qualité de vie. Enfin, l'action des pouvoirs publics est également indispensable pour identifier et dénoncer les entreprises sectaires, et protéger les personnes d'une sortie du parcours de soins avec des pertes de chances associées.

¹ Les membres de ce comité impliquent notamment l'AFSOS et la Miviludes mais également des Universitaires, des médecins ou encore des patients ressource.

EXPERTS CONTRIBUTEURS DE L'AXE « RISQUES / DÉRIVES » DU RAPPORT

EXPERTS COORDONNATEURS

Alice Warusfel

Psychologue clinicienne Espace Cancer de la Ville de Paris.

Dr Jean-Pierre Tricot

Médecin et Président de la Ligue contre le cancer, Comité du Lot.

EXPERTS CONTRIBUTEURS

Juliette Cahen

Ancienne responsable du pilotage du Groupe d'Appui Technique (GAT)
sur les MCA au Ministère des Solidarités et de la Santé.

Samir Khalfaoui

Conseiller santé Mission interministérielle de vigilance et de lutte contre les dérives sectaires (Miviludes).

Pr. Thierry Troussier

Professeur en médecine, Responsable Chaire UNESCO Santé sexuelle & Droits humains,
Chercheur Université Paris Diderot.

Laurence Vanceunebrock

Députée.

REPRÉSENTANT DES USAGERS

Camille Théron-Charles

Aidante et Présidente de l'Association des Maladies Foie Enfants (AMFE).

EXPERTS RELECTEURS

Agnès Firmin Le Bodo

Députée et pharmacienne.

Fadila Choufri

Maire Adjointe Corbeil-Essonnes.

Jean Gatel

Ancien Ministre de l'économie sociale et solidaire.

EXPERT EXTÉRIEUR

Catherine Simonin

Vice-Présidente de la Ligue Nationale contre le cancer.

Lire le rapport complet :
<https://www.agencemca.org/travaux-annuels>

