

# Suites à donner à l'Appel de Montpellier 2019 aux autorités et aux décideurs pour une meilleure intégration des interventions non médicamenteuses (INM) dans le système de santé français et européen



[www.appel-de-montpellier.fr](http://www.appel-de-montpellier.fr)

## **SIGNATAIRES DE CET APPEL EN 2019 (ORDRE ALPHABÉTIQUE) :**

Centre de Recherche en Épidémiologie et Santé des Populations U1018 INSERM (CESP)

Collège Universitaire de Médecines Intégratives et Complémentaires (CUMIC)

Comité pour le Développement Durable en Santé (C2DS)

Groupe d'évaluation des Thérapies Complémentaires personnalisées et des Pratiques innovantes (GETCOP)

Observatoire des Médecines non conventionnelles (OMNC), Faculté de Médecine de Nice

Plateforme universitaire Collaborative d'Évaluation des Programmes de prévention santé et des Soins de support (Plateforme CEPS), Universités de Montpellier

Paris, 3 décembre 2020

# Sommaire

<b>1. 100 termes désignant les pratiques et méthodes</b> .....	3
<b>2. Analyses des réponses des décideurs à l'Appel de Montpellier 2019</b> .....	7
<b>3. Réalisations en 2020 des demandes de l'Appel de Montpellier 2019</b> .....	10
<b>4. Décisions opérationnelles en lien avec des engagements nationaux, européens et internationaux</b> .....	12
<b>5. Actions 2020 suite à l'appel de Montpellier 2019</b> .....	13
<b>Annexe 1 : Parlement Européen - 1997</b> .....	14
<b>Annexe 2 : Parlement Européen - 1999</b> .....	15
<b>Annexe 3 : Haute Autorité de Santé - 2011</b> .....	16
<b>Annexe 4 : Mission Interministérielle de Vigilance et de Lutte contre les Dérives Sectaires - 2012</b> .....	17
<b>Annexe 5 : Centre d'Analyse Stratégique du Premier Ministre - 2012</b> .....	18
<b>Annexe 6 : Sénat - 2013</b> .....	19
<b>Annexe 7 : Académie Nationale de Médecine - 2013</b> .....	22
<b>Annexe 8 : Plan Maladies Neuro-Dégénératives - 2014</b> .....	23
<b>Annexe 9 : Organisation Mondiale de la Santé - 2014</b> .....	24
<b>Annexe 10 : France Stratégie - 2015</b> .....	25
<b>Annexe 11 : Union Européenne - 2017</b> .....	26
<b>Annexe 12 : Commission Européenne- 2017</b> .....	27
<b>Annexe 13 : Ministère des Solidarités et de la Santé - 2018</b> .....	28
<b>Annexe 14 : Code de la Santé Publique - 2019</b> .....	29
<b>Annexe 15 : Direction Générale de la Concurrence, Consommation et Répression des Fraudes - 2019</b> ....	30
<b>Annexe 16 : Question Écrite N°27585 adressée au Premier Ministre par le Député Paul Molac (Morbihan) relative au suivi des 5 axes d'action préconisés par le CAS en 2012</b> .....	31
<b>Annexe 17 : Appel de Montpellier 2019</b> .....	34

## 1. 100 termes désignant les pratiques et méthodes

Il existe dans la littérature médicale, scientifique et administrative francophone 100 termes désignant les pratiques et les méthodes non pharmacologiques et non invasives agissant significativement sur la santé humaine. Si ces termes paraissaient similaires, ils ne sont pas toujours synonymes, loin de là. La communauté scientifique internationale et le Ministère des Solidarités et de la Santé à travers sa Stratégie Nationale de Santé 2018-2022 utilisent le terme d'« interventions non médicamenteuses » (INM) pour qualifier les méthodes fondées sur la science et la démarche qualité.

1. actes de soin,
2. actes paramédicaux,
3. actions de prévention santé,
4. aides techniques, ergonomiques ou technologiques,
5. allégations de santé,
6. approches compréhensives de santé,
7. approches non médicamenteuses ou non pharmacologiques,
8. auto-soins,
9. câlinothérapies,
10. complexes naturels,
11. cures naturelles,
12. dispositifs d'accompagnement,
13. gestes paramédicaux,
14. interventions complexes ou multimodales,
15. interventions de santé publique (OMS, 2017),
16. interventions de support,
- 17. interventions non médicamenteuses ou INM,**
18. interventions probantes en prévention et promotion de la santé (Santé Publique France, 2019),
19. interventions psychosociales,
20. interventions santé (OMS, 2017),
21. managements non médicamenteux ou non pharmacologiques,
22. managements compréhensifs,
23. médecines alternatives,
24. médecines alternatives et complémentaires ou MAC,
25. médecines anthroposophiques,
26. médecines complémentaires,
27. médecines complémentaires et alternatives ou MCA,
28. médecines comportementales,
29. médecines de santé,
30. médecines douces,
31. médecines du mode de vie,
32. médecines holistiques,
33. médecines intégratives (CUMIC, 2017),
34. médecines naturelles,
35. médecines non conventionnelles (Centre d'Analyse Stratégique, 2012),
36. médecines parallèles,
37. médecines préventives,
38. médecines traditionnelles (asiatiques, indiennes, amérindiennes, africaines, australiennes...),

39. médecines traditionnelles et complémentaires (OMS, 2018),
40. mesures hygiéno-diététiques,
41. méthodes de rééducation,
42. méthodes de réhabilitation,
43. méthodes de santé naturelle ou de naturopathie,
44. méthodes non médicamenteuses ou non pharmacologiques,
45. non pharmacothérapies,
46. placebos,
47. pratiques de soins non conventionnelles (Ministère de la Santé, 2017),
48. pratiques de santé positive,
49. pratiques paramédicales,
50. pratiques soignantes complémentaires,
51. produits naturels de santé,
52. procédés non médicamenteux ou non pharmacologiques,
53. procédures non médicamenteuses ou non pharmacologiques,
54. procédures paramédicales,
55. programmes compassionnels,
56. programmes non médicamenteux ou non pharmacologiques,
57. protocoles de soins,
58. protocoles non médicamenteux ou non pharmacologiques,
59. protocoles paramédicaux,
60. remèdes alternatifs,
61. remèdes de grand-mère,
62. remèdes naturels ou recours naturels,
63. réhabilitations psycho-sociales (Plan Psychiatrie, 2011-2015),
64. services à l'épanouissement de la personne ou SEP,
65. soins adjuvants,
66. soins centrés sur la personne,
67. soins courants,
68. soins de bien-être,
69. soins de confort,
70. soins de guérisseur
71. soins de santé,
72. soins de support (Plan Cancer, 2009-2013, INCa),
73. soins énergétiques,
74. soins holistiques,
75. soins de réhabilitation psychosociale (Plan Psychiatrie et Santé Mentale, 2018-2023),
76. soins intégratifs ou intégrés,
77. soins non conventionnels,
78. soins paramédicaux,
79. soins prénataux,
80. soins prophylactiques,
81. soins socio-esthétiques,
82. solutions de santé intégrative,
83. solutions intégratives de santé,
84. solutions non médicamenteuses ou non pharmacologiques,
85. stratégies non médicamenteuses ou non pharmacologiques,
86. systèmes médicaux non médicamenteux,
87. thérapeutiques non médicamenteuses ou non pharmacologiques,
88. thérapeutiques non médicamenteuses validées (HAS, 2011),
89. thérapeutiques complémentaires,
90. thérapies complémentaires (Académie Nationale de Médecine, 2013),

91. thérapies complémentaires personnalisées ou TCP (GETCOP, 2019),
92. thérapies corps-esprit,
93. thérapies psychomotrices,
94. thérapies psychosomatiques,
95. thérapies non médicamenteuses ou non pharmacologiques,
96. traitements compassionnels,
97. traitements complémentaires,
98. traitements non médicamenteux ou non pharmacologiques,
99. traitements paramédicaux,
100. traitements occupationnels.

En passant de l'appellation générique des approches (e.g., mode de vie, regard disciplinaire) aux protocoles de soin et de prévention, des médias s'appuie sur l'OMS pour avancer le chiffre de 400. Or, à ce jour, ce chiffre reste un mythe car aucune liste exhaustive n'existe (Ninot, 2019, 2020). Des inventaires s'y essaient mais confondent les niveaux d'analyse comme par exemple le rapport n°480 du Sénat en 2013 qui répertorie 115 pratiques en y mélangeant pêle-mêle :

- des disciplines universitaires (botanique, psychologie...),
- des corporations paramédicales (kinésithérapie...),
- des professions de santé (sage-femme libérale...),
- des méthodes thérapeutiques (EMDR...),
- des techniques (tapas acupressure technique...),
- des approches diagnostiques (iridologie...),
- des arts de vivre ou modes de vie (Feng-Shui...),
- des médecines traditionnelles (chinoise...),
- des pratiques sectaires condamnées.

Des confusions se rajoutent dans des classifications existantes (e.g., Cochrane Collaboration, OMS) avec :

- des matériels (robot, oreiller ergonomique, bague magnétique...),
- des logiciels (application santé pour téléphone et tablette, système de réalité virtuelle...),
- des ingrédients (vitamine C, caféine...),
- des plantes (Griffonia, Rhodiola, Millepertuis...).

La Plateforme universitaire CEPS estime **le nombre d'INM entre 10.000 et 15.000**. Elle propose une **classification hiérarchique des INM**, par catégorie et sous-catégorie (voir figure 1).

Un inventaire exhaustif des INM est indispensable, malgré toute la difficulté en présence et l'ampleur de la tâche pour penser une santé plus globale (voir figure 2).

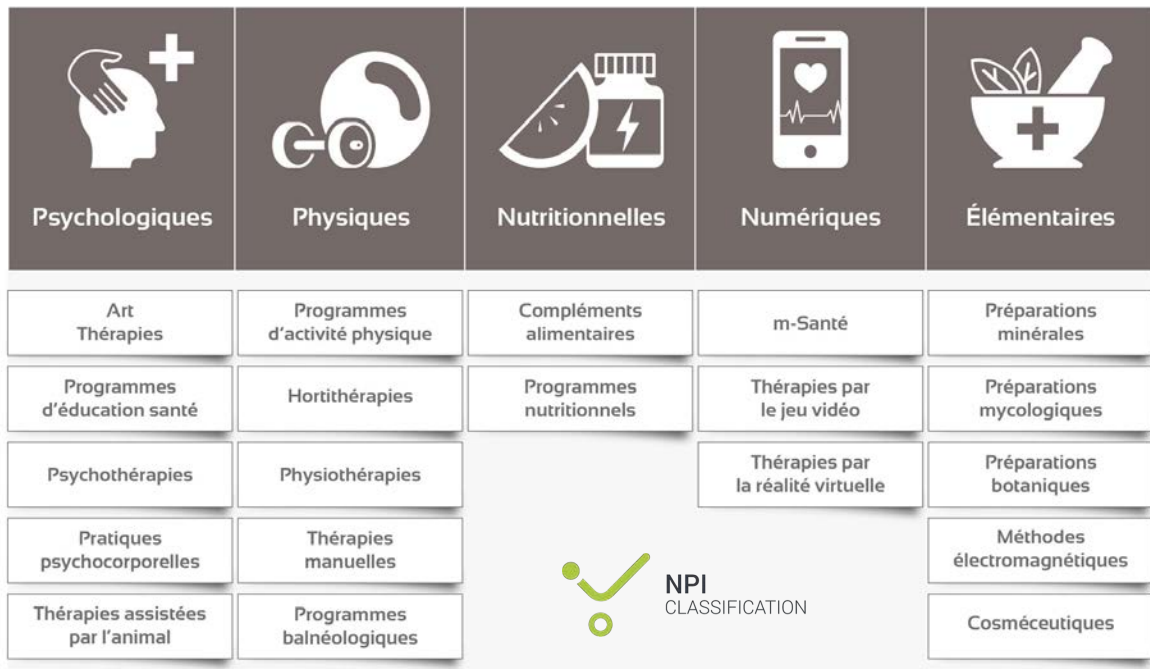


Figure 1 : Classification des INM (Plateforme CEPS, 2020)

## INM : un arsenal supplémentaire pour bien- vieillir

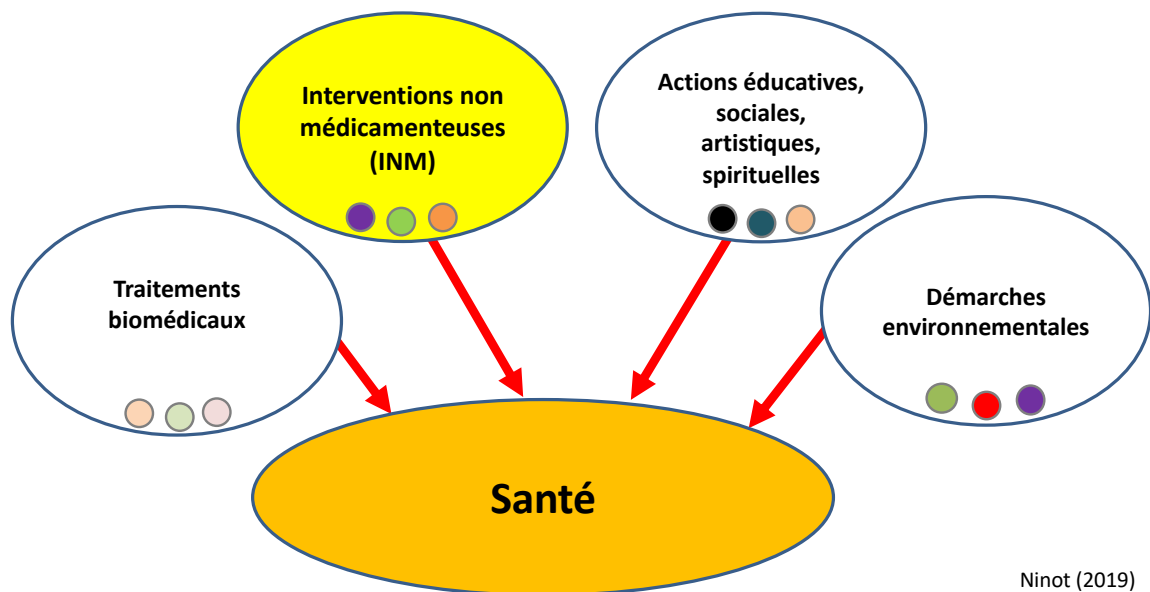


Figure 2 : Place des INM dans une approche globale de la santé (Ninot, 2019)

## 2. Analyses des réponses des décideurs à l'Appel de Montpellier 2019

201 personnes appartenant aux principaux organismes décisionnaires en France dans le secteur de la santé ont été contactées entre septembre 2019 et février 2020 et invitées à participer à la réunion de Toulouse le 18 mars 2020 afin de faire un bilan de l'Appel de Montpellier 2019 [www.appel-de-montpellier.fr](http://www.appel-de-montpellier.fr). Cette réunion a été reportée au 25 novembre 2020 à 16h lors du congrès iCEPS à cause de la crise sanitaire. Le tableau ci-après comptabilise les retours reçus.

	Contactés	Refus standard	Demande de suivi
Agences	34	1	5
ARS	5	0	1
Assurance Maladie	7	0	0
Collectivité Départementale	1	0	1
Députés	60	0	5
Europe	6	1	1
Ministères	12	1	6
Mutuelles	1	0	1
Organismes privés	69	0	1
Sénateurs	3	0	1
Autres *	3	0	0
	<b>201</b>	<b>3</b>	<b>22</b>

\* Conférence des Doyens des Facultés de Médecine, Académie Nationale de Médecine, APHP...

*Tableau 1 : Retour des décideurs leur demandant formellement (courrier, email) de participer à une réunion de travail à Toulouse le 18 mars dans le cadre de l'Appel de Montpellier 2019*

Les **11% de retours formels** montrent que les décideurs sont intéressés par le sujet mais ont tendance à « se renvoyer la balle » sur ce sujet complexe :

- l'Europe renvoie vers l'État en expliquant que le sujet n'est pas du ressort de la Direction Générale de la Santé et Sécurité Alimentaire (voir copie page 7),
- le Premier Ministre renvoie vers le Ministre de la Santé (voir copie page 8),
- les Députés et les Sénateurs renvoient vers leurs collègues,
- les responsables de Délégations Régionales renvoient vers leurs homologues au national...

Les **89% de non réponse** peuvent traduire :

- un faible intérêt pour le sujet (autres enjeux sanitaires plus prioritaires, domaine annexe...),
- une prudence face à la complexité du sujet (ouverture de la boîte de pandore, conflits corporatistes, conflits disciplinaires, enjeux économiques, flous réglementaires...),
- une démarche inadaptée de notre collectif national représentant des communautés universitaires, scientifiques, de praticiens et d'utilisateurs.

Si le sujet connaît une forte croissance auprès des usagers, regorge de praticiens en tout genre, passionne les médias, cristallise des polémiques (les « pour » et les « contre »), les engagements de l'Europe et de la France depuis 1997 ne conduisent pas l'instant à des décisions réglementaires claires en la matière (voir page 11, point 4 du présent document), encore moins économiques.



COMMISSION EUROPÉENNE  
DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ ET SÉCURITÉ ALIMENTAIRE

Le Directeur général

Bruxelles,  
SANTÉ.B4/ ES/ns(2019)7678890

Monsieur le Professeur,

Je vous remercie d'avoir attiré mon attention sur les médecines alternatives et complémentaires (MAC) et les médecines traditionnelles et pour votre invitation à une table ronde à laquelle je ne pourrai malheureusement pas participer.

La Commission Européenne et plus particulièrement la Direction Générale SANTÉ est compétente pour les médicaments homéopathiques et anthroposophiques et les médicaments à base de plantes.

En effet, des exigences strictes en matière de qualité, de sécurité et d'efficacité ont été fixées pour ces produits par le droit communautaire dans deux directives, l'une concernant l'homéopathie (directive 92/73 / CE du Conseil) et l'autre les médicaments traditionnels à base de plantes (directive 2004/24 / CE du Parlement européen et Conseil).

Afin de permettre la mise sur le marché de certains de ces produits, la Communauté a introduit une procédure d'enregistrement simplifiée tout en maintenant un niveau adéquat de protection de la santé. Le rôle de la Commission est de veiller à ce que cette législation soit correctement appliquée par les gouvernements des États membres. La Commission ne prévoit cependant pas, dans le nouveau mandat qui s'annonce de réglementer d'autres produits ou pratiques complémentaires, alternatives ou traditionnelles.

D'autre part, les États membres sont souverains pour décider de la fourniture de services de soins de santé sur leur territoire et peuvent élaborer des mesures nationales visant à accroître la sensibilisation et / ou à réglementer les interventions non médicamenteuses. Ils peuvent également recourir aux mesures nationales pour réglementer les autorisations des professionnels de santé sur leur territoire.

**Pr. Gregory Ninot, PhDs**  
Université de Montpellier, France  
Plateforme universitaire collaborative CEPS  
gregory.ninot@umontpellier.fr

Commission européenne/Europese Commissie, 1049 Bruxelles/Brussel, BELGIQUE/BELGIË — Tel. +32 22991111  
Office: B232 07/095 — Tel. direct line +32 229 93456





PREMIER MINISTRE

*Le Chef de Cabinet*

Paris, le 22 NOV. 2019

Références à rappeler :  
CAB/2019D/24742 - MMP

Professeur,

Vous avez fait part au Premier ministre de votre souhait qu'un membre du Gouvernement participe à une table ronde qui se tiendra le 18 mars 2020 à Toulouse, consacrée aux attentes formulées dans l'Appel de Montpellier du 28 mars 2019, concernant l'évaluation scientifique des interventions non médicamenteuses (INM).

Monsieur Édouard PHILIPPE a pris connaissance avec attention de votre démarche.

Aussi, m'a-t-il chargée de transmettre votre correspondance à Madame Agnès BUZYN, Ministre des solidarités et de la santé, afin qu'elle en prescrive l'examen et vous tienne directement informé de la suite qui lui sera réservée.

Je vous prie de croire, Professeur, à l'assurance de mes salutations les meilleures.

Anne CLERC

Professeur Grégory NINOT  
Université de Montpellier  
700 avenue du Pic Saint-Loup  
34090 MONTPELLIER

### 3. Réalisations en 2020 des demandes de l'Appel de Montpellier 2019

Demandes de l'Appel de Montpellier 2019	Réalizations
1. clarifier les indications, les définitions, les contenus, les pratiques, les formations initiales et les formations continues en médecine intégrative et en intervention non médicamenteuse (INM)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Livre blanc en cours de rédaction sous la direction du Pr. François Paille</li> </ul>
2. faciliter et développer la recherche, l'évaluation et la surveillance des bénéfices, des risques, des coûts-efficacité et de la pertinence des INM à visée préventive ou thérapeutique	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recommandations pour l'évaluation des INM dans le cadre du Plan Maladies Neuro-Dégénératives 2014-2019 publiée le 5 mars 2020</li> <li>• Publication scientifique de recommandations pour l'évaluation des INM (travail concerté piloté par 10 experts durant 1 an)</li> <li>• Création des systèmes ouverts NIRI (<a href="http://www.niri.fr">www.niri.fr</a>, annuaire des chercheurs et organismes de recherche sur les INM), de NISHARE (<a href="http://www.nishare.fr">www.nishare.fr</a>, banque de données multilingue de mémoire, de thèse, de rapport de recherche et de diaporama) et de MOTRIAL (<a href="http://www.motrial.fr">www.motrial.fr</a>, une base de données des études cliniques/interventionnelles évaluant les INM)</li> </ul>
3. impliquer les patients et les professionnels dans l'évaluation et la surveillance des pratiques et des praticiens	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Publication en cours de recommandations pour l'évaluation des INM (travail concerté et partagé de 10 experts durant 1 an)</li> </ul>
4. sensibiliser les médecins à ces méthodes	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Création d'un enseignement obligatoire sur les notions d'INM et de thérapies complémentaires dans le cadre du deuxième cycle des études médicales (item 327)</li> </ul>
5. différencier explicitement ces méthodes des pratiques occupationnelles et des médecines parallèles (alternatives, sectaires, FakeMed...)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aucune à notre connaissance</li> </ul>
6. faciliter l'intégration des INM pertinentes dans les parcours individuels de santé	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Initiative du Territoire des Pays de Loire sur la prise en charge des personnes souffrant de la Maladie d'Alzheimer par les INM</li> <li>• Initiative de l'AG2R en post-cancer avec le programme Branchez Vous Santé</li> </ul>
7. améliorer l'accès à une information claire et transparente sur les pratiques et les praticiens	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aucune à notre connaissance</li> </ul>

<i>8. structurer règlementairement et économiquement ce secteur</i>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Aucune à notre connaissance</li></ul>
<i>9. demander aux professionnels des INM de s'engager à ne pas retarder ou interférer avec un diagnostic médical</i>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Aucune à notre connaissance</li></ul>
<i>10. créer un organisme national ou européen spécialisé dans ce secteur</i>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Aucune à notre connaissance</li></ul>

*Tableau 2 : Actions collectives réalisées depuis l'Appel de Montpellier 2019*

## 4. Décisions opérationnelles en lien avec des engagements nationaux, européens et internationaux

Organisme	Année	Demande	Décisions opérationnelles
Parlement Européen	1997	Voir annexe 1	• <b>Aucune</b>
Parlement Européen	1999	Voir annexe 2	• <b>Aucune</b>
Haute Autorité de Santé	2011	Voir annexe 3	• <b>Aucune</b>
Mission Interministérielle de Vigilance et de Lutte contre les Dériver Sectaires (MIVILUDE)	2012	Voir annexe 4	• Disparition du volet santé de la MIVILUDE en 2020 avec intégration de la mission Interministérielle au sein du Ministère de l'Intérieur
Centre d'Analyse Stratégique (CAS)	2012	Voir annexe 5 Voir Annexe 16	• Question Écrite N° 27585 (Médecines non conventionnelles) adressée au Premier ministre par le député Paul Molac (Libertés et Territoires - Morbihan) relative au suivi des 5 axes d'action préconisés par le CAS en 2012 : - QE publiée au JO le : 17/03/2020 (page 2060) - Date de changement d'attribution (Solidarités et santé) : 07/07/2020 - Date de signalement : 22/09/2020 Réponse en attente
Sénat	2013	Voir annexe 6	• <b>Aucune</b>
Académie Nationale de Médecine	2013	Voir annexe 7	• Création en 2020 d'une sensibilisation aux INM dans les études médicales
Plan Maladies Neuro-Dégénératives	2014	Voir annexe 8	• Publication en 2020 de recommandations d'experts pour l'évaluation des INM
Organisation Mondiale de la Santé	2014	Voir annexe 9	• <b>Aucune</b>
France Stratégie	2018	Voir annexe 10	• <b>Aucune</b>
Union Européenne	2017	Voir annexe 11	• <b>Aucune</b>
Commission Européenne	2017	Voir annexe 12	• <b>Aucune</b>
Ministère des Solidarités et de la Santé	2018	Voir annexe 13	• Création du site <a href="http://www.sante.fr">www.sante.fr</a> sans aucune information sur les INM • Pas de mise à jour du site du Ministère sur les « pratiques de soins dites non conventionnelles (PSNC) » depuis le 13 juin 2017
Code de la Santé Publique	2019	Voir annexe 14	• <b>Aucune</b>
Direction Générale de la Concurrence, de la Consommation et de la Répression des Fraudes (DGCCRF)	2019	Voir annexe 15	• Enquête réalisée en 2018 auprès de 675 praticiens indiquant 68% d'irrégularités et publiée le <a href="#">18 décembre 2019</a>
Appel de Montpellier	2019	Voir annexe 17	• <a href="http://www.appel-de-montpellier.fr">www.appel-de-montpellier.fr</a>

Tableau 3 : Actions nationales ou européennes visant à encadrer et développer l'écosystème des INM (loi, décret, réglementation...)

## 5. Actions 2020 suite à l'appel de Montpellier 2019

Depuis 2020, nous invitons **tout citoyen à proposer des idées sur le thème des INM** sur le site de l'Appel de Montpellier [www.appel-de-montpellier.fr](http://www.appel-de-montpellier.fr)

Le 3 décembre 2020, nous avons envoyé un **courrier au Haut-Commissaire au Plan, François Bayrou**, pour l'informer de notre démarche, en écho à son document du 28 octobre 2020 intitulé « Et si la Covid durait? », faisant explicitement mention de l'avenir de la santé « *évidemment, la santé paraît être un gisement d'emplois important, à tous les niveaux de qualification (aides à domicile, personnels soignants...), diffus sur l'ensemble du territoire, de nature à assurer la relève des secteurs qui subissent des pertes d'emploi massives* » (p. 7).

A partir du 9 décembre 2020, nous **invitons toute personnalité et tout organisme à se joindre à l'Appel de Montpellier sur le site [www.appel-de-montpellier.fr](http://www.appel-de-montpellier.fr)**, qui se veut apolitique, non corporatiste et participatif, juste soucieux d'encourager l'implémentation d'un nouvel arsenal de solutions fondées sur la science pour faire face aux mutations sanitaires, démographiques, économiques et environnementales en cours (Ninot, 2020).

Nous ferons un **point chaque année dans une réunion ouverte** lors des congrès *iCEPS Conference* sur les avancées de l'Appel de Montpellier en détaillant chaque action réalisée. Ces réunions seront organisées à :

Toulouse, le 2 avril 2021

Paris en mars 2022

Lille en mars 2023

Bruxelles en mars 2024

## Annexe 1 : Parlement Européen - 1997

### Rapport sur le statut des médecines non conventionnelles

### Commission de l'environnement, de la santé publique et de la protection des consommateurs

Rapporteur : M. Paul Lannoye

*Page 13*

« Pour accompagner et légitimer le processus de reconnaissance des disciplines médicales non conventionnelles, il faut aller plus loin : organiser le dialogue entre les milieux universitaires et les experts de chaque discipline ; mener des programmes de recherche pluridisciplinaire sur base de méthodologies définies en commun et de critères de validité appropriés »

*Page 17*

« Le Parlement européen,

A. considérant qu'un pourcentage très important de la population (de 18 à 75% selon les pays) a accès à des thérapeutiques "complémentaires",

B. considérant que des mesures doivent être prises pour garantir aux patients le libre accès au traitement de leur choix, assorti de toutes les garanties nécessaires,

C. considérant qu'une législation européenne sur l'exercice légal de la "médecine complémentaire" offrirait l'une de ces garanties,

D. considérant que le libre choix du traitement devrait, parallèlement à d'autres possibilités, pouvoir être couvert par les régimes de sécurité sociale qui ne devraient faire preuve d'aucune discrimination en remboursant les prestations et les produits médicamenteux délivrés dans le cadre de la "médecine complémentaire",

E. considérant qu'afin de garantir le droit d'établissement des personnes, il convient, conformément à l'article 57 paragraphe 3 du traité, de supprimer les restrictions, en coordonnant les conditions d'exercice des professions médicales, paramédicales et pharmaceutiques dans les différents États membres,

1. invite la Commission à prendre les mesures nécessaires pour harmoniser le statut des diverses disciplines de la "médecine complémentaire" ;
2. invite le Conseil à adopter une législation en la matière afin de garantir aux patients le libre choix du traitement, assorti de toutes les garanties nécessaires, et de garantir de manière effective aux praticiens le droit d'établissement ;
3. invite également le Conseil à transmettre une recommandation aux États membres en vue de la prise en charge de la "médecine complémentaire" par les régimes de sécurité sociale. »

(p.17)

## **Annexe 2 : Parlement Européen - 1999**

**Assemblée Parlementaire européenne - 1999**

**Doc. 8435, 11 juin 1999**

**Une approche européenne des médecines non conventionnelles**

**Rapport**

**Commission des questions sociales, de la santé et de la famille**

**Rapporteur : Mme Lara Ragnarsdóttir, Islande, Groupe des démocrates européens**

**Rapport sur le statut des médecines non conventionnelles**

*Page 2*

« 5. L'Assemblée convient que dans le maquis actuel des médecines non conventionnelles, la nécessité s'impose de séparer le bon grain de l'ivraie. Les exigences de santé publique et le droit des individus à la protection de la santé sont impératives. Les limites des médecines non conventionnelles ne doivent pas être ignorées ou sous-estimées. On ne doit pas cautionner les pratiques douteuses ou sectaires qui priveraient des personnes et notamment des enfants des soins médicaux requis par leur état de santé. Donner un cadre légal aux médecines non conventionnelles et à leur exercice est chose difficile mais préférable au laxisme.

6. L'Assemblée estime, en effet, que pour les patients la meilleure des garanties réside dans une profession bien formée et consciente de ses limites, structurée avec un système de déontologie et d'auto-contrôle et soumise à réglementation. Il serait illusoire de refuser la naissance de nouvelles professions relevant du domaine de la santé. L'état actuel des réglementations dans certains pays européens en faveur de praticiens de l'une ou l'autre médecine non conventionnelle ouvre la voie. L'Assemblée invite les États membres à s'inspirer des expériences menées dans les pays voisins et à coordonner, autant que possible, leur position au regard de ces médecines. »

## **Annexe 3 : Haute Autorité de Santé - 2011**

### **Rapport Développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses**

*Page 52*

« Des voies d'amélioration ont été identifiées. Elles s'organisent autour de quatre axes :

- améliorer le cadre économique et organisationnel ;
- améliorer l'information des professionnels de santé et des patients sur les thérapeutiques non médicamenteuses ;
- améliorer l'adhésion des professionnels de santé aux recommandations sur les thérapeutiques non médicamenteuses ;
- améliorer l'accès à l'offre en matière de thérapeutiques non médicamenteuses. » (p.52)



## **Annexe 4 : Mission Interministérielle de Vigilance et de Lutte contre les Dérives Sectaires - 2012**

### **Guide Santé et dérives sectaires**

#### *Page 6*

« Certaines de ces pratiques répondent également aux critères de la dérive sectaire car elles sont le fait de "gourous thérapeutiques" qui exercent une véritable emprise mentale sur les malades, pour mieux les dépouiller de leurs ressources »

#### *Page 201*

« Si toutes ces pratiques ne sont pas forcément sectaires, la maladie est devenue une porte d'entrée rêvée pour les mouvements à caractère sectaire qui profitent de la souffrance ou de l'inquiétude des malades et de leur famille pour exercer une emprise à leur égard ».

## **Annexe 5 : Centre d'Analyse Stratégique du Premier Ministre - 2012**

**Quelle réponse des pouvoirs publics à l'engouement pour les médecines non conventionnelles ?**

**La Note d'Analyse n°290, 2012**

*Page 1*

« 1. Ouvrir une plateforme d'information recensant les connaissances actuelles sur les médecines non conventionnelles, les plantes médicinales et les praticiens du secteur.

2. Développer des études bénéfice-risque et coût-efficacité afin de décider de la pertinence :

- d'interdire ou de dissuader le recours à certaines pratiques ;
- de promouvoir certaines méthodes via les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) ;
- et, dans le cas où le rapport coût-efficacité serait favorable, d'envisager le remboursement des pratiques les plus efficaces.

3. Afin de permettre aux patients de faire un choix éclairé, établir un label de thérapeute en pratiques non conventionnelles dont l'obtention serait conditionnée à la réussite d'un examen clinique et juridique.

4. Labelliser les offres de formation en écoles privées.

5. Proposer aux étudiants des filières médicales et paramédicales des modules facultatifs d'initiation aux médecines non conventionnelles pour qu'ils puissent informer leurs futurs patients sur les avantages et risques éventuels. »

## Annexe 6 : Sénat - 2013

**Rapport du Sénat n°480 fait au nom de la commission d'enquête sur l'influence des mouvements à caractère sectaire dans le domaine de la santé (1),**

**Tome I : rapport.**

**Président : M. Alain MILON**

**Rapporteur : M. Jacques MÉZARD, Sénateurs.**

**Session ordinaire de 2012-2013**

**Rapport remis à Monsieur le Président du Sénat le 3 avril 2013 Enregistré à la Présidence du Sénat le 3 avril 2013**

**Dépôt publié au Journal Officiel – Édition des Lois et Décrets du 4 avril 2013**

*Pages 2012-2014*

**« C. ONZE PROPOSITIONS POUR MIEUX CONNAÎTRE ET ENCADRER LE RECOURS AUX PRATIQUES NON CONVENTIONNELLES, CONTRÔLER L'ACTIVITÉ DES PSYCHOTHÉRAPEUTES, RENFORCER L'ACCOMPAGNEMENT DES PATIENTS ET RENDRE PLUS RIGOUREUSE L'ÉVALUATION DES PRATIQUES NON CONVENTIONNELLES**

21. Mettre en place à l'hôpital des groupes de détection des patients susceptibles d'être victimes de dérives sectaires ou d'abandonner leurs soins en s'inspirant des actions mises en œuvre à l'égard de victimes de violence.

22. Mettre en place une accréditation par la Haute Autorité de santé des praticiens exerçant des thérapies non conventionnelles à l'hôpital.

23. Rendre obligatoire la déclaration à l'agence régionale de santé (ARS), pour les professionnels de santé, de leurs pratiques non conventionnelles et mettre en place un suivi de ces pratiques par les ordres compétents.

24. Mieux encadrer l'activité des psychothérapeutes en permettant aux ARS :

- de suspendre immédiatement leur droit d'exercice dans un souci d'ordre public (cette possibilité, qui résulte de l'article L. 4113-14 du code de la santé publique, n'existe à l'heure actuelle qu'à l'égard des professions médicales : médecins, dentistes, sages-femmes) ;
- de procéder au retrait de leur titre.

25. Subordonner l'introduction de pratiques non conventionnelles à l'hôpital à un avis favorable de la commission médicale d'établissement et soumettre cet avis à une majorité renforcée.

L'introduction de pratiques non conventionnelles à l'hôpital doit être conforme aux données acquises de la science telles qu'elles résultent des travaux des universitaires et de l'expérience des praticiens. Elle doit faire l'objet d'une expérimentation encadrée, de durée limitée, et d'une évaluation par la Haute Autorité de santé.

L'agence régionale de santé doit en être informée.

26. Mettre en place un suivi statistique du recours de la population aux pratiques non conventionnelles pour asseoir sur des bases solides la connaissance du recours à ces pratiques.

Ce suivi pourrait être confié à la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) du ministère de la santé.

27. Intégrer la prise en compte du bien-être du patient aux protocoles de soins, selon des modalités précises, et aux objectifs des personnels administratifs ainsi qu'à l'enseignement universitaire, afin de lutter contre le sentiment de « déshumanisation des soins ».

28. Intégrer un suivi des pratiques libérales des intervenants pratiquant des techniques non conventionnelles à l'hôpital par l'intermédiaire d'entretiens avec les patients, sous le contrôle du médecin chef de service ou du chef de pôle.

29. Afin de limiter toute possibilité d'emprise ou de dérive pendant la période de particulière fragilité qui suit un diagnostic de cancer, prévoir l'accompagnement de la personne dès l'annonce de la maladie et jusqu'à la mise en place du protocole de soins et veiller à transmettre à tout patient suivi pour un traitement de longue durée une plaquette d'information sur les risques de dérives sectaires.

30. Intégrer au contrôle des protocoles de recherche par les comités de protection des personnes créés sur le fondement de la loi Huriet-Sérusclat de 1988 celui des fondements scientifiques des pratiques dont on cherche à mesurer l'effet.

31. Mieux articuler démarche clinique et démarche expérimentale afin de ne pas exposer les patients à des techniques élaborées en dehors de tout cadre sanitaire. La démarche consistant à évaluer les pratiques telles qu'elles sont enseignées par des organismes sans liens avec les institutions sanitaires est potentiellement dangereuse pour les patients.

L'analyse des caractéristiques de ces techniques doit donc amener à privilégier une expérimentation qui, en reprenant leurs aspects jugés intéressants, soit intégrée à des prises en charges existantes. Leur mise en œuvre directe dans le cadre de protocoles de recherche comporte en effet le danger de conférer d'emblée une notoriété et une crédibilité à ces techniques et peut conduire les patients à y avoir recours en dehors de l'hôpital.

#### **D. SIX PROPOSITIONS POUR MIEUX CONNAÎTRE ET ENCADRER LA FORMATION AUX PRATIQUES NON CONVENTIONNELLES, MIEUX COORDONNER LES ACTEURS DE LA FORMATION PROFESSIONNELLE ET RENFORCER LEUR SENSIBILISATION AUX RISQUES DE DÉRIVES THÉRAPEUTIQUES ET SECTAIRES ET ORIENTER LES FINANCEMENTS PUBLICS VERS DES FORMATIONS LABELLISÉES EN FONCTION DE CRITÈRES STRICTS DE QUALITÉ ET DE SÉCURITÉ**

32. Encadrer les organismes de formation privés aux pratiques non conventionnelles en contrôlant l'utilisation abusive de l'intitulé "Université" par certains de ces organismes.

Dans un premier temps, l'enquête confiée par le ministère de l'enseignement supérieur à la DGCCRF sur l'utilisation abusive des intitulés de diplômes pourrait être étendue au contrôle de l'intitulé d'"Université" et déboucher sur une mission de veille permanente.

Le contrôle devra s'étendre aux déclarations de publicité déposées par les organismes privés auprès des recteurs pour renforcer la veille sur les formations porteuses de risques de dérives thérapeutiques ou sectaires.

33. Identifier les formations aux pratiques non conventionnelles destinées aux personnels médicaux par le recensement des diplômes universitaires (DU) par le Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche et prévoir le suivi du contenu de ces enseignements.

Cette mesure passe également par l'inscription obligatoire de ces DU sur une liste nationale, qui conditionnerait la délivrance du titre universitaire.

Cette proposition vise aussi à harmoniser les enseignements dispensés aux professionnels dans le domaine des pratiques non conventionnelles.

34. Soutenir la définition d'un label de qualité des organismes de formation qui prenne en compte un cahier des charges précis garantissant l'absence de dérive thérapeutique ou sectaire.

Ce label permettra une prise en compte qualitative, au-delà du strict respect des procédures, ce qui facilitera l'orientation des financements publics vers les formations répondant à ces critères qualitatifs.

35. Corriger la fiche ROME K 1103 (« développement personnel et bien-être de la personne »), en concertation avec la DGEFP et la Miviludes, pour en extraire certains métiers potentiellement dangereux.

36. Mieux coordonner les acteurs de la formation professionnelle pour développer une responsabilité partagée, en associant les services fiscaux.

La création d'une plate-forme d'information commune (DGEFP, Pôle emploi, organismes de qualification et certification, collectivités, organismes collecteurs, Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche, Miviludes et services fiscaux) permettrait de faire en sorte que tous reçoivent :

- les refus d'enregistrement ou de certification,
- les signalements de sanctions,
- les alertes en cas de témoignages provenant d'individus, - les contentieux en cours,
- les éventuelles questions en cas de doute.

37. Renforcer la sensibilisation des acteurs de la formation professionnelle aux risques de dérives thérapeutiques et sectaires, en mettant notamment l'accent sur les acheteurs (OPCA, collectivités territoriales, individus) et les prescripteurs (Pôle emploi).

## Annexe 7 : Académie Nationale de Médecine - 2013

### Rapport Thérapies complémentaires — acupuncture, hypnose, ostéopathie, tai-chi — leur place parmi les ressources de soins.

Page 749-750

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

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

À l'adresse des hôpitaux et établissements de soins, l'ANM recommande :

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

À l'adresse des facultés de médecine, l'ANM recommande :

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

À l'adresse des autorités de santé, l'ANM :

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

## **Annexe 8 : Plan Maladies Neuro-Dégénératives - 2014**

### **Plan Maladies Neuro-Dégénératives 2014-2019**

*Page 104*

#### **« Mesure 83 : Tester l'efficacité des interventions non-médicamenteuses**

Les approches thérapeutiques non médicamenteuses sont très peu développées en France et leur évaluation satisfait rarement à la rigueur imposée dans les essais thérapeutiques médicamenteux. Pourtant il est démontré, y compris dans des maladies génétiques comme la maladie de Huntington, qu'une intervention environnementale modifie la durée de vie de souris transgéniques. Néanmoins, chez les patients, la plupart des études non médicamenteuses suivent une approche qualitative non quantifiée et non comparative. Il existe cependant des méthodes permettant de comparer en intra-sujet des techniques de rééducation différentes reposant sur des hypothèses environnementales ou physiopathologique avérées. »

## Annexe 9 : Organisation Mondiale de la Santé - 2014

### Plan OMS 2014-2023 Médecines Traditionnelles / Médecines Complémentaires (MT/MC)

Page 58

Objectif stratégique	Orientations stratégiques
4.1. Renforcer la base de connaissances pour une gestion active de la MT/MC via des politiques nationales appropriées	4.1.1 Comprendre et reconnaître le rôle et le potentiel de la MT/MC 4.1.2 Consolider la base de connaissances, recueillir des données factuelles et pérenniser les ressources
4.2 Renforcer l'assurance- qualité, la sécurité, l'usage approprié et l'efficacité de la MT/ MC en réglementant les produits, pratiques et praticiens	4.2.1 Reconnaître le rôle et l'importance de la réglementation des produits 4.2.2 Reconnaître et développer une réglementation sur les pratiques et praticiens portant sur l'enseignement et la formation, le développement des compétences, les services et les thérapies relatifs à la MT/MC
4.3 Promouvoir la couverture sanitaire universelle en intégrant de façon adéquate les services de MT/MC dans la prestation des services de santé et l'auto-prise en charge sanitaire	4.3.1 Tirer parti de la contribution potentielle de la MT/ MC à l'amélioration des services de santé et des résultats sanitaires 4.3.2 Veiller à ce que les consommateurs de MT/MC puissent faire des choix éclairés en matière d'auto-prise en charge sanitaire



## Annexe 10 : France Stratégie - 2015

### Note d'analyse N°27, 2015

#### Quelle place pour la France sur le marché international des soins ?

*Page 8*

« Miser sur le tourisme du bien-être dans les régions

Au-delà des questions purement médicales et à l'image de ce que commence à mettre en place Atout France, il faut davantage miser sur le "tourisme de santé". Destination très attractive pour les touristes, la France dispose de villes d'eaux, de spas et d'infrastructures hôtelières développées. Elle doit promouvoir ses régions comme destinations de bien-être et de détente sous le prisme de la santé, d'autant que ce secteur ne risque pas de déstabiliser le système public de soins. Il y a là une filière appelée à devenir attractive, avec le vieillissement, les maladies chroniques, les problèmes de santé liés au stress et la volonté croissante de prévenir les maladies.

#### CONCLUSION

Le marché du tourisme médical est en plein essor. La France pourrait en tirer plus d'avantages, y compris au bénéfice des assurés sociaux français.

Si elle voulait miser davantage sur l'exportation de son système de santé, il lui faudrait adopter une stratégie mêlant attraction de patients étrangers, sur tout le territoire, et prestations connexes (conseil, labellisation, formation, etc.). Une coopération nationale entre les secteurs de la santé et du tourisme et les collectivités locales pourrait aussi attirer les « touristes du bien-être ».

## **Annexe 11 : Union Européenne - 2017**

### **Fiche technique sur la Santé Publique de l'Union européenne - 2017 Article 168 du traité sur le fonctionnement de l'Union européenne**

*Page 1*

« Objectif

Les trois objectifs stratégiques de la politique sanitaire dans l'Union européenne sont les suivants :

- favoriser un bon état de santé ; prévenir les maladies et promouvoir des modes de vie sains en se préoccupant des questions de nutrition, d'activité physique, de consommation d'alcool, de tabagisme et de toxicomanie, de risques environnementaux et d'accidents ; accorder également une plus grande attention aux besoins spécifiques des personnes âgées en matière de santé, compte tenu du vieillissement de la population ;
- protéger les citoyens contre les menaces pesant sur la santé : améliorer la surveillance et la préparation face aux épidémies et au bioterrorisme, et renforcer la capacité à faire face aux nouveaux enjeux sanitaires, tels que le changement climatique ;
- soutenir des systèmes de santé dynamiques : aider les systèmes de soins dans les États membres à répondre aux défis que représentent le vieillissement de la population, les attentes croissantes des citoyens ainsi que la mobilité des patients et des professionnels de la santé. »

## Annexe 12 : Commission Européenne- 2017

### State of Health in the EU : Companion Report 2017 - European Commission

Page 9

« 1. Health promotion and disease prevention pave the way for a more effective and efficient health system :

Prevention is the key to avoid ill health and achieve a high level of mental and physical well-being effectively and efficiently. Despite this being a well-known fact, only small fractions of health care budgets, political attention and stakeholder engagement are dedicated to prevention. Guided by the UN Sustainable Development Goal for 2030 to reduce by one third premature mortality from non-communicable diseases, the Commission is working closely with Member States to focus more proactively on prevention and the social determinants of health. Breaking the vicious cycle of ill health and poverty will, however, require multi-sectorial collaboration with other policy fields. A wide range of actions are in place to support Member States, ranging from various mutual learning exercises to regulation and legislation. There is now a need to bring together lessons learned and good practices, in order to transpose, pilot and up-scale them in other countries, contexts and settings. »

« 3. Integrated care tackles a labyrinth of scattered health services to the benefit of the patient :

The rising burden of chronic disease and multi-morbidity requires countries to confront the fragmentation of health services and shift towards integration: linking or coordinating providers along the continuum of care and putting the patient at the centre. Primary care is a key actor, but numerous integrated care models of different shapes and sizes are found across the EU, some highlighted by the State of Health in the EU profiles. Comprehensive evaluation of these models is less prevalent, though initial evidence flags their contribution to better effectiveness, accessibility and resilience. It also demonstrates the importance of the right skill mix and training and of being able to share information effectively. The EU Expert Group on Health Systems Performance Assessment has provided tools and methodologies to assist these evaluations. Other EU value added manifests itself as financial support, with various Commission-funded projects operating across the EU and tailor-made technical assistance available. »

## **Annexe 13 : Ministère des Solidarités et de la Santé - 2018**

**Stratégie Nationale de Santé 2018 – 2022**

**Paris**

*Page 48*

« Soutenir le développement et encourager l'évaluation des interventions non médicamenteuses ».

## **Annexe 14 : Code de la Santé Publique - 2019**

**Code de Santé Publique, Dernière modification : 27/12/2019 : Edition : 10/01/2020**

*Page 1252*

« La direction générale de la santé prépare la politique de santé publique définie à l'article L. 1411-1 et contribue à sa mise en œuvre, en liaison avec les autres directions et services du ministère chargé de la santé et des autres départements ministériels compétents, de leurs services déconcentrés et des établissements ou organismes qui en dépendent.

A ce titre :

...

Elle assure une fonction de veille sur les pratiques non conventionnelles ».

## **Annexe 15 : Direction Générale de la Concurrence, Consommation et Répression des Fraudes - 2019**

**Direction Générale de la Concurrence, de la Consommation et de la Répression des Fraudes (DGCCRF), Ministère de l'Économie, fiches techniques Médecines non conventionnelles 19/12/2019**

*Page 2*

« Cadre légal

Les médecines alternatives et complémentaires (MAC) forment un large ensemble de pratiques que les autorités de la santé peinent à encadrer tant elles sont hétérogènes. »

## **Annexe 16 : Question Écrite N°27585 adressée au Premier Ministre par le Député Paul Molac (Morbihan) relative au suivi des 5 axes d'action préconisés par le CAS en 2012**

Question Écrite N° 27585 (Médecines non conventionnelles) adressée au Premier ministre par le député Paul Molac (Libertés et Territoires - Morbihan) relative au suivi des 5 axes d'action préconisés par le CAS en 2012 :

- QE publiée au JO le : 17/03/2020 (page 2060)
- Date de changement d'attribution (Solidarités et santé) : 07/07/2020
- Date de signalement : 22/09/2020



## 15ème législature

<b>Question N° :</b> 27585	De <b>M. Paul Molac</b> ( Libertés et Territoires - Morbihan )	<b>Question écrite</b>
<b>Ministère interrogé</b> > Premier ministre		<b>Ministère attributaire</b> > Solidarités et santé
<b>Rubrique</b> > santé	<b>Tête d'analyse</b> > Médecines non conventionnelles	<b>Analyse</b> > Médecines non conventionnelles.
Question publiée au JO le : <b>17/03/2020</b> Réponse publiée au JO le : <b>20/10/2020</b> page : 7332 Date de changement d'attribution : <b>07/07/2020</b> Date de signalement : <b>22/09/2020</b>		

### Texte de la question

M. Paul Molac interroge M. le Premier ministre sur le suivi des cinq propositions issues de la note d'analyse n° 290 publiée en octobre 2012 par le centre d'analyse stratégique, relative à l'engouement des Français pour les médecines non conventionnelles. Les approches complémentaires en santé sont aujourd'hui en plein essor en France et le phénomène a pris de l'ampleur en Europe et dans le monde. Ainsi, le développement d'une coopération encadrée entre médecine académique et médecines non conventionnelles (MNC) s'inscrit progressivement dans le parcours de soins, et plus largement, le parcours d'une santé intégrative. Dès 2012, une réponse des pouvoirs publics à l'attrait et au choix des Français pour les médecines complémentaires et alternatives (MAC), ainsi que pour les interventions non médicamenteuses (INM) était dressée notamment en termes de bénéfice-risque, de coût-efficacité, de reconnaissance et d'encadrement des pratiques. Dans la continuité, un rapport parlementaire du Sénat (n° 480, 2012-2013), des travaux d'expertises, des études et recherches ont prolongé ce premier bilan (prévention des influences sectaires, évaluation de pratiques, accompagnement des patients...). Néanmoins, il convient de constater que l'administration n'a pas pleinement mené l'évaluation d'impact des orientations qui furent préconisées. De même, l'état des lieux actualisé d'une approche intégrative dans le système de santé français n'a pas été établi. Malgré l'encouragement de l'OMS à l'adresse de ses États membres, un questionnaire pour obtenir une image adaptée de l'évolution de l'association de la médecine scientifique et des médecines complémentaires et traditionnelles n'a pas été renseigné par la France, aucune donnée n'ayant été fournie ni en 2012 ni en 2018, contrairement à certains États de l'Union européenne. Parallèlement, l'Académie nationale de médecine, le ministère chargé de la santé, ou encore l'Assemblée nationale ont accueilli en 2019 colloques et conférences. Courant 2020, se tiendront à la chambre basse les premières rencontres parlementaires sur ce thème. Ces échanges et débats portent un regard ouvert et croisé sur la place des médecines complémentaires et alternatives en écho au Plan stratégique adopté par l'OMS pour 2013-2024. A l'heure où les décideurs publics sont interpellés sur ce sujet par l'appel de Montpellier du 28 mars 2019 et la déclinaison française (29 mars 2019) de l'engagement de Berlin pour une médecine intégrative (5 avril 2017), il semblerait donc pertinent de prolonger utilement l'analyse précédente. Celle-ci pourrait être élaborée en complémentarité du programme pluriannuel d'évaluation des pratiques de soins non conventionnelles (PSNC) et de la politique d'information du public menés par le ministère des solidarités et de la santé. Il lui demande donc s'il compte poursuivre l'initiative réalisée en 2012 et ainsi approfondir une analyse ajustée, prospective et stratégique de la problématique, à la fois en termes de santé publique et d'orientations médico-économique, sociale et environnementale.



<http://www2.assemblee-nationale.fr/questions/detail/15/QE/27585>



ASSEMBLÉE NATIONALE

### Texte de la réponse

Le ministère est particulièrement attentif au sujet des pratiques de soins non conventionnelles en santé (PNCS). Depuis 2010, le ministère finance un programme pluriannuel d'évaluation des PNCS réalisé par l'INSERM. Ces évaluations sont réalisées à partir d'une revue de la littérature scientifique internationale, visant à repérer les pratiques prometteuses et celles potentiellement dangereuses. Le ministère sollicite, le cas échéant, un avis complémentaire de la Haute autorité de santé ou du Haut Conseil de la santé publique. Le ministère a mis en place également un groupe d'appui technique sur les pratiques non conventionnelles en santé, composé de représentants d'instances nationales concernées par ces pratiques, qui a pour missions d'exercer une fonction consultative d'aide à la conception, à la mise en oeuvre et au suivi de la politique concernant les PNCS et à la bonne information du public. Les PNCS ne peuvent être reconnues que lorsque le rapport bénéfice/risque de ces pratiques est démontré grâce à des études cliniques validées. Or ces pratiques non conventionnelles ne bénéficient que rarement d'études de recherches impliquant la personne humaine fondées, ce qui empêche de leur donner une reconnaissance dans notre système de santé. Dans ce contexte, le ministère vient d'engager une réflexion afin de faire évoluer les travaux entrepris depuis 10 ans et de leur donner de nouvelles ambitions et une nouvelle perspective aux actions menées dans ce domaine.

## Annexe 17 : Appel de Montpellier 2019

**APPEL DE MONTPELLIER, 28 mars 2019**

### **A l'attention des autorités publiques françaises et européennes**

#### **Compte tenu :**

1. de la Stratégie Nationale de Santé 2018-2022 demandant à évaluer les interventions non médicamenteuses (INM) <sup>1</sup>,
2. de la stratégie de l'OMS 2014-2023 pour la médecine traditionnelle et les médecines complémentaires impliquant la France <sup>2</sup>,
3. des rapports de l'équipe INSERM du Professeur Bruno Falissard depuis 2011 pointant le manque d'études de qualité dans le secteur <sup>3</sup>,
4. des carences de la base de données américaine Pubmed sur les études évaluant les INM <sup>4</sup>,
5. des résultats de l'enquête des Plateforme CEPS – CUMIC - GETCOP en 2019 montrant l'hétérogénéité des actions préventives et thérapeutiques ne relevant pas des domaines des médicaments, des dispositifs médicaux et des chirurgies <sup>5</sup>,
6. des informations imprécises sur les INM, sur leurs professionnels et sur les structures de médecine intégrative <sup>6</sup>,
7. de l'inégalité d'accès aux INM et à leurs professionnels <sup>7</sup>,
8. des risques individuels de non observance aux traitements biomédicaux autorisés et des risques d'interaction de ces derniers avec des INM <sup>8</sup>,
9. de l'impact environnemental des produits biotechnologiques de santé sur l'ensemble de leur cycle de vie <sup>9</sup>,
10. des recommandations de la HAS sur la décision partagée <sup>10</sup> et la prise en compte de l'expérience des patients dans l'évaluation de la pertinence des soins <sup>11</sup>,
11. de l'absence nationale, européenne ou internationale d'un paradigme consensuel d'évaluation des INM <sup>12</sup>,
12. des demandes des professionnels de santé et des patients d'une information claire et transparente sur les pratiques et sur les praticiens spécialisés dans la médecine intégrative et/ou les INM <sup>13</sup>,
13. de l'absence d'un institut national et/ou européen spécialisé dans les INM comme par exemple aux USA avec le NCCIH depuis 1998 <sup>14</sup>,
14. de la volonté des professionnels des INM et de la médecine intégrative d'inscrire leur pratique dans une approche scientifique rigoureuse <sup>15</sup> des besoins de formation de tous les professionnels de santé sur les INM <sup>13</sup>,
16. de la mutation du système de santé vers plus de prévention et plus de responsabilisation des usagers face aux maladies chroniques et au vieillissement en bonne santé <sup>1</sup>,
17. de la liberté de choix de soin en France comme en Europe <sup>16</sup>,
18. de l'enquête 2018 sur le mal-être au travail des professionnels de santé français <sup>17</sup>,
19. du contexte de maîtrise des dépenses de santé <sup>18</sup>,
20. du mouvement FakeMedecine pouvant faire l'amalgame entre les pratiques de soins et de prévention efficaces/pertinentes et les pratiques dangereuses/sectaires <sup>19</sup>,
21. des conclusions du programme européen de recherche CAMBrella en 2012 indiquant l'absence de réglementation en France sur les thérapies complémentaires <sup>16</sup>.

**NOUS APPELONS LES AUTORITÉS PUBLIQUES FRANÇAISES ET EUROPÉENNES À :**

1. clarifier les indications, les définitions, les contenus, les pratiques, les formations initiales et les formations continues en médecine intégrative et en intervention non médicamenteuse (INM),
2. faciliter et développer la recherche, l'évaluation et la surveillance des bénéfices, des risques, des coûts-efficacité et de la pertinence des INM à visée préventive ou thérapeutique,
3. impliquer les patients et les professionnels dans l'évaluation et la surveillance des pratiques et des praticiens,
4. sensibiliser les médecins à ces méthodes,
5. différencier explicitement ces méthodes des pratiques occupationnelles et des médecines parallèles (alternatives, sectaires, FakeMedicines...),
6. faciliter l'intégration des INM pertinentes dans les parcours individuels de santé,
7. améliorer l'accès à une information claire et transparente sur les pratiques et les praticiens,
8. structurer règlementairement et économiquement ce secteur,
9. demander aux professionnels des INM de s'engager à ne pas retarder ou interférer avec un diagnostic médical,
10. créer un organisme national ou européen spécialisé dans ce secteur.

**SIGNATAIRES DE CET APPEL (ORDRE ALPHABÉTIQUE) :**

Centre de Recherche en Épidémiologie et Santé des Populations INSERM U1018 (CESP)

Collège Universitaire des Médecines Intégratives et Complémentaires (CUMIC)

Comité pour le Développement Durable en Santé (C2DS)

Groupe d'évaluation des Thérapies Complémentaires personnalisées et des Pratiques innovantes (GETCOP)

Observatoire des Médecines non conventionnelles (OMNC)

Plateforme universitaire Collaborative d'Évaluation des Programmes de prévention santé et des Soins de support (Plateforme CEPS)

Version en ligne : [www.appel-de-montpellier.fr](http://www.appel-de-montpellier.fr)

**Références bibliographiques de l'Appel de Montpellier :**

1. Gouvernement (2017). Stratégie Nationale de Santé 2018-2022.
2. OMS (2013). Stratégie de l'OMS pour la Médecine traditionnelle et la Médecine complémentaire pour 2014-2023.
3. Falissard (2011-2016). Rapports thématiques de l'équipe INSERM du Professeur Bruno Falissard de 2011 à 2016.
4. Plateforme CEPS (2018). Méta-moteur de recherche des publications d'essais cliniques évaluant des INM.
5. Plateforme CEPS – CUMIC - GETCOP (2019). Enquête sur l'usage personnel et professionnel des INM en France.
6. HAS (2011). Développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses validées.
7. Kemppainen LM et al. (2018). Use of complementary and alternative medicine in Europe: Health-related and sociodemographic determinants. *Scand J Pub Health*, 46, 448-55.
8. Fondation Concorde (2014). L'observance des traitements : un défi aux politiques de santé.
9. OMEDIT (2017). Empreinte environnementale des produits de santé.
10. HAS (2018). Éléments pour élaborer une aide à la prise de décision partagée entre patient et professionnel de santé.
11. HAS (2018). Contribution des associations de patients et d'usagers aux évaluations de médicaments et dispositifs médicaux.
12. Ninot G, Carbonnel F (2016). Pour un modèle consensuel de validation clinique et de surveillance des interventions non médicamenteuses (INM). *Hegel*, 6, 3, 273-279.
13. Centre d'Analyse Stratégique (2012). Quelle réponse des pouvoirs publics à l'engouement pour les médecines non conventionnelles ?
14. NCCIH (1998). National Center for Complementary and Integrative Health.
15. Congrès scientifique international iCEPS (2019). ICEPS Conference [www.icepsconference.fr](http://www.icepsconference.fr).
16. CAMbrella (2012). Programme de recherche européen. A pan-European research network for Complementary and Alternative Medicine. CAMbrella.
17. Truchot D (2018). Rapport de recherche sur la santé des soignants. Université Bourgogne Franche Comté.
18. Assurance Maladie (2017). Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : Propositions de l'Assurance Maladie pour 2018. Paris : CNAMTS. 19. FakeMed (2018). Collectif FakeMed.

**Plus de références bibliographiques sur les INM :**

- Académie Nationale de Médecine (2013). *Thérapies complémentaires - acupuncture, hypnose, ostéopathie, tai-chi - leur place parmi les ressources de soins*. Paris: Académie Nationale de Médecine.
- Albarqouni, L., Hoffmann, T., Glasziou, P. (2018). Evidence-based practice educational intervention studies: a systematic review of what is taught and how it is measured. *BMC Medical Education*, 18(1), 177. doi: 10.1186/s12909-018-1284-1
- ANSES (2010). *Évaluation des risques liés aux pratiques alimentaires d'amaigrissement*. Paris: ANSES.
- Atshan, S. S., Abduljaleel, S. A., Alessa, H. S. (2020). Should crab heals cancer humans? *Traditional Medicine Research Cancer*, 3(1), 28-31. doi: 10.12032/TMRC201800065
- Behrens, G., Fischer, B., Kohler, S., Park, Y., Hollenbeck, A. R., Leitzmann, M. (2013). Healthy lifestyle behaviors and decreased risk of mortality in a large prospective study of U.S. women and men. *European Journal of Epidemiology*, 28(5), 361-372. doi: 10.1007/s10654-013-9796-9.
- Boutron, I., Moher, D., Altman, D. G., Schulz, K. F., Ravaud, P. (2008). Extending the CONSORT statement to randomized trials of nonpharmacologic treatment: explanation and elaboration. *Annals of Internal Medicine*, 148, 295-309. doi: 10.7326/0003-4819-148-4-200802190-00008.
- Boutron, I., Ravaud, P., Moher, D. (2012). *Randomized clinical trials of non pharmacological treatments*. Bacon Raton: CRC Press Taylor and Francis.
- Bouvenot, G., & Vray, M. (2006). *Essais cliniques: Théorie, pratique et critique*. Paris: Lavoisier.
- Carbonnel, F., Ninot, G. (2019). Identifying Frameworks for Validation and Monitoring of Consensual Behavioral Intervention Technologies: Narrative Review. *Journal of Medical Internet Research*, 21(10), e13606. doi: 10.2196/13606
- Casarin, A. I., Tangkiatkumjai, M., Walker, D. M. (2019). An overview of complementary and alternative medicine. In *Information Resources Management Association (Eds), Complementary and alternative medicine: breakthroughs in research and practice* (pp. 1-16). Hershey: IGI Global.
- Centre de Recherche et d'Information des Organisations de Consommateurs (2012). *Les Médecines alternatives*. Brussels: CRIOC.
- Chan, A. W., Tetzlaff, J. M., Altman, D. G., et al. (2013). SPIRIT 2013 statement: defining standard protocol items for clinical trials *Annals of Internal Medicine*, 158(3), 200-207. doi: 10.7326/0003-4819-158-3-201302050-00583
- Ernst, E. (2009). Ethics of complementary medicine: practical issues. *British Journal of General Practice*, 59(564), 517-569. doi: 10.3399/bjgp09X453404
- Ernst, E. (2013). Thirteen follies and fallacies about alternative medicine. *European Molecular Biology Organization*, 4(12), 1025-1026. doi: 10.1038/embor.2013.174
- Ernst, E. (2018). Alternative practitioners amuse the patient, while medics cure the disease. *Journal of Clinical Medicine*, 7(6):137. doi: 10.3390/jcm7060137
- Ernst, E., & Smith, K. (2018). *More harm than good? The moral maze of complementary and alternative medicine*. Cham: Springer.
- Falissard, B. (2005). *Comprendre et utiliser les statistiques dans les sciences de la vie*. Paris: Masson.
- Falissard, B. (2015). How should we evaluate non-pharmacological treatments in child and adolescent psychiatry? *European Child and Adolescent Psychiatry*, 24(9), 1011-1013. doi: 10.1007/s00787-015-0762-9
- Falissard, B. (2016). Les "médecines complémentaires" à l'épreuve de la science. *Recherche et Santé*, 146, 6-7.

- Flaxman, S., Mishra, S., Gandy, A. et al. (2020). Estimating the effects of non-pharmaceutical interventions on COVID-19 in Europe. *Nature*, doi.org/10.1038/s41586-020-2405-7
- Glasziou, P., Meats, E., Heneghan, C., Shepperd, S. (2008). What is missing from descriptions of treatment in trials and reviews? *British Medical Journal*, 336(7659), 1472-1474. doi: 10.1136/bmj.39590.732037.47
- Greenlee, H., & Ernst, E. (2012). What can we learn from Steve Jobs about complementary and alternative therapies? *Preventive Medicine*, 54(1), 3-4. doi: 10.1016/j.ypmed.2011.12.014
- Gueguen, J., Hill, C., Barry, C. (2014). Complementary medicines. In *Wiley StatsRef: Statistics Reference Online*. Hoboken: John Wiley & Sons, Ltd. doi: 10.1002/9781118445112.stat05556.pub2
- Haug, T., Nordgreen, T., Öst, L. G., Havik, O. E. (2012). Self-help treatment of anxiety disorders: A meta-analysis and meta-regression of effects and potential moderators. *Clinical Psychology Review*, 32, 425-445. doi: 10.1016/j.cpr.2012.04.002
- Haute Autorité de Santé (2011). Développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses validées. Paris: HAS.
- Haute Autorité de Santé (2013). Niveau de preuve et gradation des recommandations de bonne pratique. Paris: HAS.
- Hawe, P., & Potvin, L. (2009). What is population health intervention research? *Canadian Journal of Public Health*, 100, I8-I14.
- Hoffmann, T. C., Eructi, C., Glasziou, P.P. (2013). Poor description of non-pharmacological interventions: analysis of consecutive sample of randomised trials. *British Medical Journal*, 347, f3755. doi: 10.1136/bmj.f3755
- Hoffmann, T. C., Glasziou, P. P., Boutron, I., Milne, R., Perera, R., Moher, D., Altman, D. G., Barbour, V., Macdonald, H., Johnston, M., Lamb, S.E., Dixon-Woods, M., McCulloch, P., Wyatt, J. C., Chan, A. W., Michie, S. (2014). Better reporting of interventions: template for intervention description and replication (TIDieR) checklist and guide. *British Medical Journal*, 348(g1687), 1-10. doi: 10.1136/bmj.g1687
- Hoffmann, T. C., Oxman, A. D., Ioannidis, J. P., Moher, D., Lasserson, T. J., Tovey, D. I., Stein, K., Sutcliffe, K., Ravaud, P., Altman, D. G., Perera, R., Glasziou, P. (2017). Enhancing the usability of systematic reviews by improving the consideration and description of interventions. *British Medical Journal*, 358, j2998. doi:10.1136/bmj.j2998
- Horvath, A. O., Del Re, A. C., Fluckiger, C., Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy*, 48(1), 9-16. doi: 10.1037/a0022186
- Ioannidis, J. P. (2014). How to make more published research true. *PLoS Medicine*, 11(10), e1001747. doi: 10.1371/journal.pmed.1001747
- Isaacson, W. (2011). *Steve Jobs*. New York: Simon & Schuster.
- Lancet Oncology Editorial (2018). Exercise and cancer treatment: balancing patient needs. *Lancet Oncology*, 19, 715. doi: 10.1016/S1470-2045(18)30376-0
- Lognos, B., Carbonnel, F., Boulze-Launay, I., Bringay, S., Guerdoux-Ninot, E., Mollevi, C., Senesse, P., Ninot, G. (2019). Complementary and Alternative Medicine in Patients with Breast Cancer: An Exploratory Study of Social Network Forums Data. *Journal of Medical Internet Research Cancer*, 5(2), e12536. doi: 10.2196/12536
- Macleod, M. R., Michie, S., Roberts, I., Roberts, I., Dirnagl, U., Chalmers, I., Ioannidis, J. P. A., Al-Shahi Salman, R., Chan, A. W., Glasziou, P. (2014). Biomedical research: Increasing value, reducing waste. *Lancet*, 383(9912), 101-104. doi: 10.1016/S0140-6736(13)62329-6
- Mayo Clinic (2017). *Mayo Clinic Book of Home Remedies, Second Edition*. New York: Time Inc. Book.
- Messerli, F. H. (2012). Chocolate consumption, cognitive function, and Nobel laureates. *New England Journal of Medicine*, 367(16), 1562-1564. doi: 10.1056/NEJMon1211064

- Michie, S., Richardson, M., Johnston, M., Abraham, C., Francis, J., Hardeman, W., Eccles, M. P., Cane, J., Wood, C. E. (2013). The behavior change technique taxonomy (v1) of 93 hierarchically clustered techniques: building an international consensus for the reporting of behavior change interventions. *Annals of Behavior Medicine*, 46(1), 81-95. doi: 10.1007/s12160-013-9486-6
- Nasri, H., Baradaran, A., Shirzad, H., Rafieian-Kopaei, M. (2014). New concepts in nutraceuticals as alternative for pharmaceuticals. *International Journal of Preventive Medicine*, 5(12), 1487-1499.
- Ninot, G. (2013). *Démontrer l'efficacité des interventions non médicamenteuses: Question de points de vue*. Montpellier: Presses Universitaires de la Méditerranée.
- Ninot, G. (2019). *Guide professionnel des interventions non médicamenteuses (INM)*. Paris: Dunod.
- Ninot, G. (2020). *Non-Pharmacological Interventions: An Essential Answer to Current Demographic, Health, and Environmental Transitions*. Cham : Springer Nature.
- OMS (2004). *WHO guidelines on safety monitoring of herbal medicines in pharmacovigilance systems*. Geneva: WHO.
- OMS (2013). *WHO traditional medicine Strategy: 2014-2023*. Geneva: WHO.
- OMS (2019). *WHO global report on traditional and complementary medicine 2019*. Geneva: WHO.
- Pandey, A., Jatana, G.K., Sonthalia, S. (2020). *Cosmeceuticals*. Treasure Island: StatPearls Publishing; 2020.
- Rakel, D. (2018). *Integrative medicine (Fourth Edition)*. Philadelphia: Elsevier.
- Sackett, D. L., Strauss, S. E., Richardson, W. S., Haynes, R. B. (2000). *Evidence-Based Medicine: how to practice and teach EBM*. New York: Churchill Livingstone.
- Schwartz, D. (1986). Peut-on évaluer les médecines douces ? *Sciences Sociales et Santé*, 4(2), 75-88. doi: 10.3406/sosan.1986.1034
- Schwartz, D., & Lellouch, J. (2009). Explanatory and pragmatic attitudes in therapeutical trials. *Journal of Clinical Epidemiology*, 62(5), 499-505. doi: 10.1016/j.jclinepi.2009.01.012
- Sénat (2013). *Rapport 480 au nom de la commission d'enquête sur l'influence des mouvements à caractère sectaire dans le domaine de la santé*. Paris: Sénat.
- Straus, S., Glasziou, P., Richardson, W. S., Hayne, S. B. (2019). *Evidence-based medicine: How to practice and teach EBM (5th Edition)*. China: Elsevier.
- Suissa V., Guérin, S., Denormandie, P. (2019). *Médecines complémentaires et alternatives : Pour ou contre* (pp. 357-362). Paris : Michalon.
- Tilburt, J.C., Miller, F.G., Jenkins, S., Kaptchuk, T. J., Clarridge, B., Bolcic-Jankovic, D., Emanuel, E. J., Curlin, F. A. (2010). Factors that influence practitioners' interpretations of evidence from alternative medicine trials: a factorial vignette experiment embedded in a national survey. *Medical Care*, 48(4), 341-348. doi: 10.1097/mlr.0b013e3181ca3ee2
- Van Norman, G. A. (2016). Drugs, devices, and the FDA: Part 2: An overview of approval processes: FDA Approval of Medical Devices. *JACC: Basic to Translational Science*, 1(4), 277-287. doi: 10.1016/j.jacbts.2016.03.009
- Wieland, S.L., Manheimer, E., Berman, B.M. (2011). Development and classification of an operational definition of complementary and alternative medicine for the Cochrane Collaboration, *Alternative Therapy and Health Medicine*, 17(2), 50-59.
- Willett, W., & Skerrett, P. J. (2011). *Eat, drink, and be healthy: The Harvard Medical School guide to healthy eating*. New York: Free Press.