



A-MCA
www.agencemca.org

STRUCTURER LE CHAMP DES MÉDECINES COMPLÉMENTAIRES ET ALTERNATIVES (MCA)

RAPPORT 2021

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

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

Sous la Direction de :
Véronique SUISSA,
Pr Serge GUÉRIN,
Dr Philippe DENORMANDIE,
Pr Antoine BIOY.

SYNTHÈSE DES 20 RECOMMANDATIONS

(Pour lire les précisions relatives aux recommandations, se référer aux chapitres correspondants)

I. DÉFINITION DU CONCEPT DE MCA

« pour mieux comprendre ce dont on parle »

1. Vulgariser le concept de MCA pour le rendre davantage accessible au public.
2. Ouvrir le dialogue sur les MCA dans les centres de soins et associations de patients.
3. Créer et diffuser des supports d'information - dédiés aux usagers - centrés sur chaque MCA.
4. Alerter les publics sur les fausses informations diffusées sur internet.

II. ÉVALUATION DES PRATIQUES

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

5. Décrire et définir avec rigueur l'objectif des études.
6. Préciser les buts de l'évaluation et le critère de jugement pour évaluer les effets sur et avec le patient.
7. Constituer le terrain d'une recherche collaborative et mener autant que possible une recherche comparative.
8. Effectuer des mesures fiables et valides lors des études et appliquer des méthodes mixtes et si possible expérimentales.

III. FORMATION DES PRATICIENS

« pour favoriser une formation solide des praticiens »

9. Introduire un prérequis de formation pour l'exercice de la profession.
10. Distinguer les niveaux de compétence des praticiens.
11. Diffuser les principes éthiques communs aux praticiens titulaires d'un diplôme reconnu.
12. Améliorer les conditions de la pratique clinique et favoriser la coopération entre professionnels de santé et praticiens intervenants dans les centres sanitaires et médico-sociaux.

IV. INTÉGRATION/EXCLUSION DES MCA

« pour favoriser l'intégration de pratiques adaptées »

13. Encourager l'intégration, en milieu sanitaire, de pratiques reconnues et coordonnées par les professionnels de santé.
14. Intégrer dans les centres sanitaires exclusivement les praticiens dont la formation est reconnue et suffisante.
15. Sensibiliser les équipes aux indications et contre-indications des MCA déployées dans les centres sanitaires.
16. Évaluer les pratiques intégrées dans les centres sanitaires.

V. RISQUES ET DÉRIVES THÉRAPEUTIQUES

« pour lutter contre les risques et dérives thérapeutiques »

17. Informer les patients sur les dérives thérapeutiques liées aux MCA.
18. Former les professionnels de santé aux risques et aux dérives thérapeutiques des MCA.
19. Répertoire dans un annuaire exclusivement les praticiens dont la formation est agréée par l'État.
20. Interdire certains financements publics de MCA dont les formations ne sont pas agréées par l'État.

SOMMAIRE

• Avant-propos du Professeur Emmanuel Hirsch	4
• Mots des fondateurs	6
Introduction	9
1. Contextualisation générale	10
1.1. État des lieux (inter)national : un sujet porté par l'OMS et le Parlement Européen	11
1.2. Situation nationale : une double politique à l'œuvre	12
1.3. Création de l'A-MCA : un lieu de structuration des MCA	14
1.4. Écosystème de l'A-MCA : un décloisonnement des acteurs	15
1.5. Le premier rapport de l'A-MCA : objectif et méthode	16
2. Définition du concept de MCA	17
2.1. Enjeux : clarifier le concept de MCA	18
2.2. Méthode : analyse de la littérature scientifique	19
2.3. Livrable : élaboration d'une définition et d'une classification de références	20
2.4. Recommandations : « pour mieux comprendre ce dont on parle »	23
2.5. Encadré : regard d'un expert extérieur	24
3. Évaluation des pratiques	25
3.1. Enjeux : définir les normes d'évaluation des pratiques	26
3.2. Méthode : analyse des modes d'évaluation des MCA	28
3.3. Livrable : élaboration d'une démarche d'évaluation de référence et de choix méthodologiques	33
3.4. Recommandations : « pour s'accorder sur le plan de la recherche »	35
3.5. Encadré : regard d'un expert extérieur	36
4. Formation des praticiens	37
4.1. Enjeux : rassembler autour de valeurs communes les praticiens formés	38
4.2. Méthode : recensement et analyse comparative des formations reconnues	39
4.3. Livrable : synthèse des formations reconnues et élaboration d'une charte éthique commune aux praticiens de MCA titulaires d'un diplôme reconnu	40
4.4. Recommandations : « pour favoriser une formation solide des praticiens »	43
4.5. Encadré : regard d'un expert extérieur	44
5. Intégration/exclusion des MCA	45
5.1. Enjeux : préconiser des critères d'intégration MCA en établissement de santé	46
5.2. Méthode : recensement et analyse des pratiques disponibles en milieu sanitaire	47
5.3. Livrable : synthèse des MCA et des modalités de leur intégration en milieu sanitaire et élaboration d'une grille de critères d'intégration des pratiques	51
5.4. Recommandations : « pour favoriser l'intégration des pratiques adaptées »	52
5.5. Encadré : regard d'un expert extérieur	53
6. Risques et dérives des MCA	54
6.1. Enjeux : identifier et définir les risques et dérives thérapeutiques des MCA	55
6.2. Méthode : analyse des travaux scientifiques et gouvernementaux	56
6.3. Livrable : repérage élaboration d'une grille de critères, d'une définition et d'une fiche d'alerte et de repérage des « dérives thérapeutiques »	57
6.4. Recommandations : « pour lutter contre les risques et dérives thérapeutiques »	59
6.5. Encadré : regard d'un expert extérieur	60
Conclusion	61
Bibliographie de référence	62
Annexes	67
Annexe 1 : Liste des experts et contributeurs du rapport	67
Annexe 2 : Groupes de travail	70
Annexe 3 : Résolution A-MCA - Assemblée Nationale	71

- **Avant-propos du Professeur Emmanuel Hirsch**

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.

Mots des fondateurs

L'un des premiers enseignements de la crise sanitaire concerne l'émergence, la conscience et l'importance du *care*. Cette notion du « *prendre soin* » est le socle d'une approche humaniste devenue essentielle pour la santé physique et mentale. La popularité auprès des citoyens, malades ou non, des Médecines Complémentaires et Alternatives (MCA) est un fait social autant qu'une donnée de santé publique. Désireux d'une meilleure qualité de vie et d'un pouvoir agir sur leur santé, les français s'orientent de façon croissante vers ces nouvelles pratiques. Mais le champ des MCA, particulièrement vaste, rassemble indistinctement des pratiques à la fois bénéfiques et prometteuses, douteuses voire dangereuses.

Le fait même de reprendre le terme « MCA » – utilisé par l'OMS – pour dénommer notre association à venir, renvoie à cette volonté de ne rien écarter par « fausse pudeur » : le licite et l'illicite, le prouvé et le réprouvé, le connu et l'inconnu, pour identifier, distinguer et guider à la fois les citoyens, les professionnels et les institutions déployant ces pratiques. 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 ; et enfin dénoncer les pratiques dangereuses.

Cette réalité de terrain, c'est-à-dire la diversité de ces pratiques, participe à la confusion sociétale tout comme elle contribue à l'écart des positions entre les tenants et les opposants de ces pratiques. Cette prise de conscience nous avait réunis, la docteure en psychologie, clinicienne en oncologie et en gériatrie, le professeur et sociologue acteur des questions liées au vieillissement et le médecin chirurgien, expert du handicap. Non dans le but de s'inscrire dans une approche binaire « pour ou contre », dans l'exercice d'une pensée réductrice et débridée, mais bien au contraire pour établir un dialogue constructif, décloisonné et nuancé.

Pour ouvrir un tel débat, nous avons d'abord fait le choix de publier un ouvrage particulièrement dense, véritable état de l'art des questions liées aux MCA, à partir de contributions multiples et de regards fondés sur des expertises variées. Publié chez Michalon en septembre 2019, et intitulé « *Médecines Complémentaires et Alternatives. Pour ou contre* », le livre suscitera le débat, aura du succès, sera présenté dans de nombreuses villes de France, entrainera du mouvement...

Dans la continuité de cette publication, nous organiserons au Ministère des Solidarités et de la Santé le premier colloque sur le sujet, rassemblant autour d'une même table : des chercheurs, des Élus, des médecins, des patients, la Miviludes, etc. Là encore, il s'agissait de permettre à des pensées différentes, voire opposées, de dialoguer sereinement, de s'écouter pleinement et de partager leur expertise. Nous tenions à l'idée d'exercer un débat élégant et respectueux du dissensus pacifique. Bref, de l'exercice de la démocratie. Mais ce qui devrait être une évidence dans une France, relève parfois de la haute voltige à l'ère des réseaux sociaux, des professeurs d'indignation, des militants intouchés par le doute, des professionnels de la polémique. *Nous étouffons parmi des gens qui pensent avoir absolument raison*, disait Camus.

Nous rencontrerons une multitude d'acteurs de renoms, tous impliqués dans le domaine : universitaires, institutionnels, élus, anciens ministres, etc. avec lesquels nous coopérerons dans le cadre de différents projets, d'événements, de conférences et de publications sur le sujet. Nous participerons ainsi à plusieurs études pour contribuer à éclairer les attentes en matière de MCA, celles des malades, des séniors, des soignants, etc. Dans cette dynamique, nous publierons en 2020 plusieurs articles scientifiques centrés sur la première proposition de définition des MCA, la signification des MCA en gériatrie, le recours aux MCA en oncologie, les attentes des soignants en matière d'accompagnement, la nécessité d'une personnalisation du soin, etc.

Nous organiserons aussi les premières rencontres parlementaires des MCA prévues à l'Assemblée Nationale, et reportées pour cause de Covid. Parrainées par Madame la Députée Jeannine Dubié, elles seront – lorsque la situation sanitaire le permettra – le moyen de questionner le lien entre les MCA, la prévention, la santé et le vieillissement.

Le report de l'événement nous conduira à porter un nouveau projet lors du premier confinement : nous monterons en mai 2020, les États Généraux de la Séniorisation (EGS) pour penser collectivement la future loi « grand-âge » aux côtés de 60 experts, de 50 partenaires et de 8000 citoyens. Il s'agissait de réunir des acteurs de la société dans leur diversité : des chercheurs, des élus, des institutionnels, des citoyens, etc. La consultation citoyenne avait d'ailleurs montré la demande massive d'une intégration des MCA au bénéfice des seniors. Le rapport sera remis aux pouvoirs publics le 6 mai 2020.

En Juillet 2020, nous rencontrerons le Pr Salomon, Directeur Général de la Santé (DGS) auprès duquel nous communiquons notre volonté commune de contribuer à structurer le champ des MCA. Nous lui présentons notre projet de création d'une Association dédiée à ce projet, en échangeant précieusement autour des enjeux de santé liés à ces pratiques. C'est à l'issue de cet entretien, devant les portes du ministère de la santé, que nous décidons de fonder *l'Agence des Médecines Complémentaires et Alternatives (A-MCA)*. Elle sera créée en Septembre 2020. Il aura fallu tout juste un an et un long confinement pour passer du livre à l'A-MCA !

En 10 jours à peine, une centaine d'acteurs sollicités pour intégrer l'A-MCA a répondu présent ! Si cette association est certes initialement le fruit d'une rencontre humaine entre trois acteurs du *care*, elle est tout autant le résultat d'un mouvement collectif rassemblant une multitude d'experts et de partenaires venus l'accompagner depuis sa création. À la fois pour contribuer à une réflexion collective inédite autour des enjeux de ces pratiques mais aussi pour agir concrètement sur le terrain en accompagnant une diversité de projets et d'initiatives (recherches, sondages, publications, débats, etc.).

Cette dynamique collective permettra à l'A-MCA de se développer de manière fulgurante. L'Association signera dès sa création avec le groupe ENEAL pour accompagner sa stratégie de déploiement des MCA au bénéfice des résidents. Elle remportera un appel à projet lancé par la Fondation de France pour accompagner les salariés d'EHPAD en leur proposant un accès structuré aux MCA. L'Association pilotera également une recherche aux côtés de « France Alzheimer et maladies apparentées » pour évaluer les bénéfices des MCA auprès des aidants. Elle nouera de nouveaux partenariats, notamment avec la Fondation de l'Académie de Médecine et plusieurs Universités internationales (Québec, Toronto...). Elle organisera plusieurs événements à thématiques dont un colloque sur les dérives en santé, parrainé par la Députée Laurence Vanceunebrock et avec la participation de la Miviludes.

Le 18 mars 2021, l'A-MCA fera l'objet d'une Résolution inédite en France à l'Assemblée Nationale². Portée par huit parlementaires³, 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 ». Elle préconise de renforcer l'action de l'A-MCA : « Une association intitulée l'Agence des Médecines Complémentaires et Alternatives (A-MCA) a été créée en septembre 2020 par des experts issus de la société civile, pour s'inscrire dans cette double perspective. Il est temps d'aller plus loin » et envisage sa transformation gouvernementale comme « un acte fondateur pour inventer la médecine de demain au sens d'une articulation efficiente du cure (soin) et du care (prendre soin) ».

C'est donc à la fois dans ce contexte et dans cette perspective que les premiers travaux de l'A-MCA sont menés. Comment définir et catégoriser ces pratiques ? De quelle façon les évaluer sur un plan scientifique ? Quels devraient-êtré les prérequis des praticiens pour exercer ? Sur la base de quels critères les MCA devraient être ou non intégrées dans les centres de soins ? Comment prévenir et lutter contre les risques et dérives de nature thérapeutique ? Voici en cinq questions l'ambition de ce rapport...

Le rapport ci-après est le produit d'échanges, de réflexions croisées, de partages et de confrontations pacifiques au sein de différents groupes de travail. Il se veut une contribution utile, nuancée et hors des polémiques, pour faire avancer la connaissance sur les Médecines Complémentaires et Alternatives (MCA) au service du *care* dans le soin en France.

Nous vous souhaitons une bonne lecture, de belles réflexions et une joyeuse respiration en parcourant les pages qui suivent.

Véronique SUISSA, Serge GUÉRIN et Philippe DENORMANDIE.

² https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/textes/115b3994_proposition-resolution#

³ Députés porteurs de la Résolution : Agnès FIRMIN LE BODO, Lise MAGNIER, Luc LAMIRAULT, Olivier FALORNI, Jeanine DUBIÉ, François-Michel LAMBERT, Laurence VANCEUNEBROCK, Maina SAGE.

Introduction

Avec plus de 400 pratiques actuellement répertoriées, les Médecines Complémentaires et Alternatives (MCA) alimentent le débat à la fois sociétal, médical et scientifique. L'engouement des citoyens pour ces pratiques, la multiplication des recherches dans le domaine et le processus de leur intégration rendent le sujet incontournable. C'est sans doute la raison pour laquelle l'Organisation Mondiale de la Santé déploie depuis les années 2000, une stratégie visant à encourager leur insertion au niveau international pour soutenir la prévention, la qualité de vie et le bien vieillir.

L'Europe, elle aussi, s'est engagée dans un tel processus en soutenant une démarche européenne coordonnée en faveur d'une intégration cohérente de ces pratiques. Des normes réglementaires émergent tandis que les recherches européennes se développent, contribuant à une plus grande cohésion au niveau européen. Mais ce processus demeure complexe à mettre en œuvre et chaque État déploie sa propre politique en la matière eu égard à sa culture, ses valeurs et son système de références.

En France, la situation est plus délicate car le sujet suscite des tensions, éveille des soupçons et génère de fortes divisions. En effet, la multiplication des pratiques, la complexité de les définir, la désinformation et le manque de régulation génère de la confusion. Entre bénéfices avérés, et risques et dérives clairement identifiés, la dynamique d'intégration des MCA fait l'objet d'une réflexion et de controverses sur fond de prolifération de méthodes sectaires. Il en résulte l'instauration d'une double politique nationale, caractérisée conjointement par une démarche d'intégration et de vigilance caractérisée par la légalisation ou l'interdiction de certaines MCA.

C'est dans ce contexte qu'est née l'Agence des MCA (A-MCA), un lieu de réflexions et d'actions portant sur la structuration de ces pratiques. Les enjeux – à la fois sociétaux, sanitaires, scientifiques, institutionnels, politiques, etc. – engagent une réflexion dans laquelle la double dynamique d'intégration et de vigilance nécessite d'être clarifiée, analysée et soutenue. La complexité de cette tâche réside dans la nature même de ce champ non clairement délimité et souvent appréhendé de façon compartimentée. La démarche consiste donc à s'extraire autant que possible d'un cloisonnement de la pensée à partir d'une approche constructive que l'on pourrait synthétiser en une question : *Comment favoriser l'intégration des interventions bénéfiques pour la santé et lutter contre la prolifération des approches déviantes ?* Dès lors, l'intérêt majeur de l'A-MCA réside dans le fait de rassembler – et non de diviser – les principaux acteurs dans le but d'éclairer les enjeux associés à ce double mouvement et de participer à l'essor d'un accompagnement personnalisé, sécurisé et centré sur la personne.

Élaboré par les experts de l'A-MCA⁴, avec la participation de personnalités externes et de patients, ce rapport est destiné aux institutions et acteurs de l'écosystème (autorités de tutelles, ministères, associations, mutuelles, représentants institutionnels, chercheurs, professionnels de santé, etc.). Il a pour but de contribuer à structurer la connaissance et le débat autour des MCA. Il doit permettre de poser les principaux enjeux et d'apporter des repères structurants pour aider à l'intégration des pratiques bénéfiques tout en luttant contre les dérives thérapeutiques des MCA.

⁴ <https://www.agencemca.org/experts-permanents>

1. CONTEXTUALISATION GÉNÉRALE

1.1. État des lieux international : un sujet porté par l’OMS et le Parlement Européen

Impulsée par l’OMS (2002), une dynamique internationale en faveur de l’intégration des MCA se déploie, traduisant les évolutions scientifiques, culturelles et sanitaires qui s’opèrent dans le monde. A ce titre, il est important de rappeler que 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. Cela étant, et tel que le souligne l’OMS (2014), les pays sont de plus en plus nombreux à prendre conscience des apports des médecines complémentaires sur la santé. Face à l’engouement mondial envers les Médecines Non Conventionnelles (MNC), les États engagent ainsi 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. Les traditions et cultures locales jouent aussi un rôle dans les approches déployées envers les MCA. Par conséquent, il existe un ensemble de divergences et d’approches étatiques selon trois systèmes répertoriés par l’OMS :

1. Un système intégratif (MNC 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...
2. Un système inclusif (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...
3. 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.

En Europe, devant les problématiques que soulèvent le manque de régulation des MNC, une proposition en faveur de leur encadrement est présentée en 1994 au « Comité pour l’Environnement, la Santé Publique et la Protection du consommateur »⁵. En 1997, un projet visant à encourager la reconnaissance des MNC sera adopté par la « Commission des Affaires sociales, de la Santé Publique et de la Protection du consommateur ». Finalement, une première résolution présentée le 29 mai 1997 sera adoptée par le Parlement Européen⁶. Ce texte préconise une démarche européenne en la matière. Il rappelle que le système de soins dominant est celui de la médecine occidentale tout en soulevant l’intérêt d’un processus de reconnaissance des MNC qui auront fait la preuve de leur efficacité à travers des programmes de recherche qu’il préconise. Une seconde résolution sera adoptée par le Conseil de l’Europe le 11 juin 1999⁷ permettant de renforcer la précédente. Le texte appelle ainsi à une intégration des MNC au niveau Européen, fixe l’accès aux pratiques et incite au développement de la recherche.

⁵ Le vote relatif à cette proposition sera annulé et un nouveau rapport sera proposé en 1995 sous l’impulsion des « Présidents de Parlement Européen ».

⁶ <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/HTML/?uri=CELEX:51997IP0075&from=FR>

⁷ <http://www.assembly.coe.int/nw/xml/XRef/X2H-Xref-ViewHTML.asp?FileID=8014&lang=fr>

Si l'adoption de ces résolutions ne comporte aucun caractère obligatoire, les principes régissant ces textes ont été le moyen pour certains États tels que la France, de se saisir du sujet et d'analyser la situation à l'intérieur de leurs frontières.

De nos jours et tel que le soulève la HAS (2006), si la réglementation des MNC peut varier d'un pays à l'autre, leurs conditions générales comportent dans leur principe de grandes similitudes. Schématiquement, deux conceptions opposées coexistent actuellement en Europe :

1. La première impliquant les pays du Sud : les MNC, dans leurs dimensions thérapeutiques, doivent être dispensées uniquement par certains professionnels de santé. Les praticiens sont principalement médecins, parfois issus d'autres professions pour lesquelles certains actes peuvent être pratiqués sous leur propre responsabilité ou celle d'un médecin. Au-delà, il y a exercice illégal de la médecine. Ex. : France, Belgique, Luxembourg...

2. La seconde engageant principalement les pays du Nord : les MNC peuvent être dispensées par tout praticien qui le souhaite mais réserve certains actes aux médecins. Les médecins détiennent l'autorité en matière de politique de santé, tandis que les praticiens de MNC ont le droit de dispenser un soin non conventionnel dès lors qu'ils ne prétendent pas au titre de Docteur en médecine. Ex. : Pays-Bas, Grande-Bretagne, Irlande ou encore les pays scandinaves.

1.2. Situation nationale : une double politique à l'œuvre

En France, l'attrait croissant des citoyens à l'égard des MNC conduit actuellement l'État à clarifier le statut de certaines d'entre elles. La légalisation le 4 mars 2002 de l'ostéopathie et de la chiropraxie illustre l'avènement de professions reconnues, autonomes et réglementées. Néanmoins, en n'étant plus exclusivement rattachées au monopole médical, ces deux spécialités ne sont pas pour autant totalement intégrées au système de santé. Dans une perspective analogue, l'acupuncture et l'homéopathie sont ainsi reconnues par le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) comme des orientations médicales. Réservées aux médecins et à certains professionnels de santé, ces pratiques se déploient en milieu médical, contribuant à l'essor d'une médecine plus intégrative. Cette démarche se renforce par le développement de formations Universitaires et réglementaires à destination de professionnels du soin (ex. Diplôme Universitaire) ou de praticiens non soignants (ex. formation inscrite au Répertoire National des Certifications Professionnelles). C'est dans ce contexte que de nombreuses pratiques telles que la méditation, la sophrologie ou encore l'art-thérapie s'intègrent de façon croissante dans les centres sanitaires et médico-sociaux comme dans les associations et les réseaux de santé.

Par arrêté du 3 février 2009, la Direction Générale de la Santé (DGS) fonde le Groupe d'Appui Technique (GAT) dédié à la prise en compte des Pratiques Non Conventionnelles à Visée Thérapeutique (PNCVT). Présidé par le Directeur Général de la Santé (DGS), ce groupe a pour mission la conception, la mise en œuvre et le suivi de la politique de repérage des PNCVT potentiellement prometteuses ou dangereuses. Les travaux du GAT permettront notamment la mise à disposition d'informations et de ressources documentaires ciblées destinées au grand public. Ils permettront également de renforcer les connaissances scientifiques de certaines de ces pratiques à travers la mise en place dès 2010 par la DGS, d'un programme pluriannuel d'évaluation confié à l'INSERM. Mais la cessation en 2020 des activités du GAT freine la réflexion salutaire initiée par le Gouvernement.

De plus, la temporalité sur le terrain n'est pas celle de la recherche. Les citoyens, et en particulier les patients, s'orientent de façon croissante vers les MCA tandis que le manque de régulation des pratiques et la disparité des formations des praticiens complexifient des orientations adaptées et personnalisées. Autrement dit, l'intégration de ces pratiques véhicule plus couramment une attitude de réserve chez les médecins. Le manque de clarification dans le domaine (évaluation, formation, réglementation, délimitation des interventions, etc.) mais également l'essor incontrôlé de pratiques douteuses participent incontestablement à la confusion envers les MCA.

C'est dans ce contexte que se développe parallèlement une politique nationale essentielle de vigilance à l'égard de certaines de ces pratiques. Elle est portée par la Mission Interministérielle de Vigilance et de Lutte contre les Dérives Sectaires (Miviludes). L'instance a peu à peu investi le champ des MCA dans une logique de prévention et de répression des pratiques déviantes. En effet, la prolifération des mouvements sectaires dans le champ de la santé constitue une réelle menace pour les malades qui abandonnent parfois leurs traitements au profit de pseudo MCA. La question de l'emprise mentale, au cœur du phénomène sectaire, est un sujet majeur notamment lorsqu'elle engage la santé de personnes fragiles.

Mais les dérives de certaines MCA ne sont pas nécessairement de nature sectaire, elles relèvent le plus souvent de dérives thérapeutiques. En effet, si la majorité de ces praticiens n'a pas vocation à exercer une emprise mentale ou à se substituer à la démarche médicale, les théories parfois psychologisantes, les recommandations inappropriées ou les croyances mystiques issues de leurs méthodes interrogent sur l'instauration d'un cadre qui se veut thérapeutique. En outre, si les dérives sectaires en santé font l'objet d'une politique de vigilance, la question de la « dérive thérapeutique » impliquant certaines MCA reste actuellement peu investie.

En définitive, l'engouement des Français pour les MCA conduit à l'essor de la recherche et d'une politique nationale d'intégration tandis que le manque de régulation participe à l'émergence de méthodes douteuses et à la mise en place d'une politique de vigilance. Face à cette double réalité, l'enjeu de santé publique est celui de la structuration de ce champ en faveur d'une intégration cohérente, délimitée et sécurisée des pratiques.

1.3. Création de l'A-MCA : un lieu de structuration des MCA

Le recours grandissant aux Médecines Complémentaires et Alternatives (MCA) en France soulève un enjeu de santé publique majeur : *comment organiser un parcours de soins plus intégratif en favorisant l'accès des approches ayant montré leur efficacité sur la santé et la qualité de vie tout en luttant contre la multiplication des méthodes douteuses qui relèvent du charlatanisme ?* C'est dans ce contexte qu'est née l'Agence des Médecines Complémentaires et Alternatives (A-MCA), un lieu de réflexions et d'actions visant à structurer le champ des MCA. Sa création répond à la nécessité d'asseoir une culture du soin centrée sur le *care* en santé en favorisant l'essor structuré et sécurisé des MCA et plus largement du soin relationnel et non médicamenteux.

En France, si certaines Thérapies Non Médicamenteuses font l'objet de travaux par la Haute Autorité de Santé (HAS) qui en recommande l'intégration, les MCA sont un champ peu investi par les Autorités sanitaires. Actuellement, seules certaines Universités⁸ et organisations scientifiques⁹ engagent des travaux dans le domaine. Cette situation conduit à un décalage entre les « réalités de terrain » marquées par un processus d'intégration des MCA et le « manque de régulation » conduisant à une absence de repères pour les institutions comme pour les usagers.

Dans ce cadre, l'A-MCA a pour objectif de porter des réflexions transverses, de proposer des pistes d'actions multiaxiales et de diffuser de l'information éclairée. Elle vise à informer, conseiller, guider sur ces pratiques tout en développant la recherche dans le domaine. Il s'agit de consolider les connaissances sur ces pratiques, leurs effets et leur niveau d'efficacité. C'est dans ce contexte qu'elle élabore une stratégie d'information, accompagne des projets de recherche, contribue à différentes publications scientifiques et porte des projets à thématiques en partenariat avec des Universités et laboratoires de recherches.

L'A-MCA a également 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. Dans cette optique, elle accompagne des groupes médico-sociaux, des associations nationales et des entreprises dans leur stratégie de déploiement des MCA au bénéfice des différents publics (patients, aidants, soignants, salariés, etc.).

L'Agence entend aussi lutter contre les dérives des MCA, en particulier les dérives thérapeutiques non sectaires, volontaires ou non, et dont les mécanismes restent complexes à identifier. Peu connues du grand public, les « dérives thérapeutiques » représentent un danger qu'il importe d'étudier et de prévenir en complément de l'action essentielle de la Miviludes centrée sur les dérives sectaires. Sectaires ou non, les conséquences de ces dérives en santé peuvent-être dramatiques.

Il s'agit donc de débroussailler et d'aider à la structuration des MCA en apportant un cadre à des pratiques aux effets réels pour certaines ou relevant au contraire pour d'autres, de charlatanisme. Une telle dynamique implique de s'inscrire dans une double perspective d'intégration sécurisée de pratiques complémentaires adaptées et de lutte contre toutes les formes de dérives et d'approches alternatives.

⁸ Université Paris VIII, Université de Nîmes, Université de Montpellier, Université de Rouen, etc.

⁹ ICEPS, CUMIC, etc.

1.4. Écosystème de l'A-MCA : un décloisonnement des acteurs

La volonté de décloisonner le sujet a conduit l'A-MCA à s'entourer d'experts et de partenaires très diversifiés. Plus spécifiquement, l'Agence s'articule autour de **4 antennes** impliquant **110 acteurs** dont 80 personnalités qualifiées et 30 partenaires institutionnels :

1. Une antenne administrative impliquant le Conseil d'Administration de l'A-MCA

Le conseil est composé du Président de l'A-MCA et différents administrateurs qui définissent la stratégie et les orientations de l'agence.

2. Une antenne opérationnelle impliquant l'équipe des opérations de l'A-MCA

L'équipe est constituée de la Direction Générale ainsi que des différents responsables de l'A-MCA (responsables des différents comités, des relations, des partenariats). L'équipe délimite les axes prioritaires, coordonne la stratégie des pôles (réflexions, actions, information) et assure le suivi général des initiatives de l'Agence.

3. Une antenne de productions impliquant les trois comités de l'A-MCA :

- **Un comité d'experts (pôle réflexion)** : incluant une variété de personnalités qualifiées dans le domaine : chercheurs, hauts dirigeants, décideurs politiques, élus, juristes, médecins, psychiatres, psychologues, etc. Le comité mène une réflexion multiaxiale, formule des recommandations et élabore des plans d'actions.

- **Un comité de "conseillers projets" (pôle action)** : impliquant des chercheurs (sciences médicales, SHS...) et des acteurs de terrain (médecins, psychologues, infirmiers...). Le comité contribue aux initiatives portées par l'Agence : recherches actions, mise en place de dispositifs de terrain, publications scientifiques, etc.

- **Un comité d'information (pôle information)** : impliquant une variété d'acteurs de terrain (médecins, infirmiers, kinésithérapeutes, patients, journalistes santé...). Le comité élabore et diffuse de l'information autour des MCA dédié au « grand public » et aux personnes inscrites au Réseau Citoyen de l'A-MCA (RC-MCA) dont il est responsable.

4. Une antenne partenaires et Réseau de l'A-MCA impliquant deux pôles :

- **Les 30 partenaires de l'A-MCA** : impliquant des associations et fondations (ex. France Alzheimer, Fondation de l'Académie de Médecine), des Universités (ex. Université de Nîmes, de Nantes, du Québec, EPP, Insec U., etc.), des acteurs du territoire (ex. Villes Amies des Aînés, Gérontopôle Normandie, etc.), des groupes médico-sociaux (ENEAL, AAAS...) et des acteurs mutualistes (AG2R, Ocirp...). L'A-MCA coopère avec son écosystème institutionnel et initie des projets au sein desquels sont mobilisés différents de ses partenaires.

- **Le Réseau Citoyen de l'A-MCA (RC-MCA)** : ouvert à tous les publics (usagers, patients, soignants...) et piloté par le Comité d'information de l'A-MCA. Le Réseau Citoyen est avant tout un lieu d'informations centré sur les MCA. Il est aussi un espace de réflexions et d'échanges dédiés aux MCA impliquant la participation d'écoles de praticiens exclusivement reconnues (formations agréées par l'État).

1.5. Le premier rapport de l'A-MCA : objectif et méthode

L'objectif de ce rapport est de construire une réflexion collective autour des principaux enjeux posés par l'essor et l'usage des MCA. La démarche consiste à élaborer des productions utiles et à proposer des recommandations concrètes pour permettre une intégration cohérente, structurée et sécurisée des pratiques tout en luttant contre les dérives en santé. Plus spécifiquement, ces travaux visent à la fois à (1) définir le champ des MCA, (2) asseoir l'évaluation des pratiques, (3) organiser leur déploiement en institution de soins, (4) clarifier la formation des praticiens, (5) développer des pistes de lutte contre les dérives thérapeutiques. Les recommandations de ce rapport sont appuyées par des productions concrètes et transposables sur le terrain qui visent également à enrichir la recherche et la politique de santé publique. Certaines recommandations s'inscrivent dans le court terme, alors que d'autres devront se déployer dans le temps. Adressé à l'ensemble des acteurs¹⁰ et diffusé au grand public¹¹, ce rapport se veut ainsi constituer un premier référentiel commun à la fois pour la recherche, la politique de santé, les institutions et les citoyens, usagers ou non de MCA.

La méthodologie de ce rapport s'est construite à partir d'un travail collectif mené par des experts hautement qualifiés. Chaque expert a mis à disposition son savoir, ses recherches et ses connaissances de travaux menés par d'autres chercheurs. Des revues de la littérature scientifique ont été menées, mais aussi des études de terrain, des entretiens, des analyses de questionnaires, des synthèses de rapports, etc. Les experts se sont attachés à produire une pensée qui soit intelligible pour un public informé dans le but d'ouvrir un débat fécond dans l'espace public. Ce rapport constitue ainsi la toute première étape d'une réflexion dynamique en devenir.

Pour réaliser ce rapport, différents groupes de travail ont été constitués et divisés en 5 thématiques : définition, évaluation, formation, intégration/exclusion et risques/dérives. Les différents groupes ont tous été composés d'experts du sujet et de représentants des usagers. Chaque groupe a été piloté par deux coordinateurs qui ont fédéré les travaux et organisé les séances de travail. La majeure partie des échanges s'est effectuée par courriels et par l'envoi de contributions et de documentations ciblées. Des réunions en visioconférences ont également été organisées par les différents groupes. Chaque groupe a décidé de la fréquence des réunions et mis en œuvre son propre plan de travail ainsi que sa méthode. Un espace informatique privé a également été mis en place pour permettre à chacun des experts de suivre l'évolution de la pensée collective et de consulter les recherches mises à disposition ou d'y intégrer de la documentation.

Des visioconférences collectives impliquant soit les coordinateurs de groupes soit l'ensemble des experts ont été organisées par l'A-MCA permettant d'échanger de manière transverse. L'ensemble des groupes a été piloté par le Professeur Antoine Bioy, responsable scientifique de l'A-MCA et Véronique Suissa, Directrice Générale de l'A-MCA. L'Agence a également organisé des événements à thématiques ouverts à d'autres experts qui ont ainsi contribué à enrichir la réflexion globale. Enfin, chaque axe a été enrichi par une relecture et une contribution écrite d'experts externes à l'A-MCA. Autrement dit, ce rapport est le fruit d'un travail collectif.

¹⁰ Autorités (Ministère de la Santé, Direction Générale de la Santé, Haute Autorité de la Santé, Miviludes...), écosystème de santé (centres sanitaires et médico-sociaux...), acteurs de terrain (collectivités, associations...), etc.

¹¹ Professionnels de santé, usagers, patients, etc.

2. DÉFINITION DU CONCEPT DE MCA

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.

Pr Bernard Pachoud, Professeur de psychopathologie, psychiatre, Université Paris Diderot.

Pr Alfonso Santarpià, 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 Rafaël.

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

Gérald Kierzek, Médecin Urgentiste et Directeur médical de Doctissimo.

2.1. Enjeux : clarifier le concept de MCA

L'absence de définition et de classification de référence constitue une limite à la fois d'un point de vue sociétal, scientifique, médical et politique. La difficulté de les définir représente un risque pour les usagers et particulièrement pour les personnes fragilisées. En effet, face à la multiplication des MCA et à la diversité des propositions thérapeutiques hétérodoxes, il demeure complexe de s'orienter de façon objective et optimale. Dans la mesure où une même pratique peut être dispensée par un professionnel de santé, un praticien dûment ou insuffisamment formé, voire un charlatan, la grille de lecture est peu aisée pour l'utilisateur.

Définir les MCA permettrait aussi de mieux informer soignants comme patients et d'apporter des repères plus stables. Sur le plan de la recherche, le manque de consensus conceptuel participe aux amalgames et à la difficulté de déterminer clairement leur place dans le champ de la science. En effet, la multiplicité des pratiques et de leurs fondements théoriques complexifie la compréhension de ce mouvement refermant conjointement des méthodes validées et sécurisées, insuffisamment éprouvées, douteuses, voire dangereuses. Dans ce contexte, la littérature est nécessairement segmentée pointant soit les bénéfices, soit les risques et les dérives. Ce constat renforce la confusion et implique de développer des critères de délimitation permettant de mieux saisir la complexité des liens entre les MCA et la médecine.

Si certains critères de définitions émergent, la multiréférentialité de ce champ conduit à une variété d'approches conceptuelles issues des sciences médicales, humaines et sociales. Ainsi, la logique de cloisonnement à l'œuvre est incontestablement vouée à l'échec puisqu'elle segmente les approches conceptuelles et limite la possibilité de saisir ce mouvement dans son ensemble. De la même façon, si les classifications actuelles permettent de discerner un ensemble de pratiques selon « leurs natures », la tentative d'objectivation ne dit rien des bénéfices ou des risques potentiels des MCA puisque les impacts de ces recours sont liés à une diversité de critères subjectifs exclus des approches conceptuelles. De plus, la majorité des classifications est issue des pays anglo-saxons tandis qu'en France, elles émergent quasi-exclusivement en oncologie, secteur pionnier dans le domaine. Or, le recours aux MCA concerne la société dans son ensemble et les malades dans leur diversité.

Ainsi, la définition et la catégorisation des MCA constituent deux enjeux majeurs à la fois pour la recherche, la médecine et la société. Pour les usagers des MCA, cette classification permettrait de clarifier ce qui relève d'une MCA insérée dans le champ de la santé ou ce qui relève éventuellement d'un mouvement sectaire. Elle serait également le moyen de donner des outils aux professionnels de santé dans une logique d'orientation adaptée et sécurisée. Enfin, elle permettrait à la recherche de s'appuyer sur un référentiel commun.

2.2. Méthode de travail : analyse de la littérature scientifique

MÉTHODE

Pour définir et catégoriser les MCA, il s'est agi de procéder à une revue de la littérature approfondie des publications scientifiques, politiques/administratives et institutionnelles.

Au total 97 publications ont été analysées incluant :

- 71 publications scientifiques : des travaux en sciences médicales, humaines et sociales impliquant 62 publications francophones et 9 classifications de MCA analysées au sein d'une revue de la littérature nationale (Suissa et al, 2020) ;
- 20 publications politiques et administratives : les travaux de la Miviludes comprenant ses 12 rapports (de 2003 à 2017) et ses 8 guides (de 2003 à 2018) ;
- 6 rapports institutionnels : les travaux des instances nationales impliquant 3 rapports (HAS, 2011 ; HAS, 2006 ; Académie Nationale de Médecine, 2013 ; APHP ; 2012) et des instances internationales incluant 2 rapports de l'OMS (2002 ; 2014).

Après une analyse croisée des 97 publications, nous avons procédé à une analyse critique des corpus, mettant ainsi en lumière leurs points de convergences ou de divergences. Nous avons ensuite répertorié les principales dimensions structurantes de ces corpus en les croisant avec les critères de définition et de classifications de Suissa et al. (2020). En effet, ces critères constituent la première proposition nationale de définition et de catégorisation des MCA. Ils présentent pour intérêt de croiser des critères propres à la pratique (ex. niveau d'intégration), au praticien (ex. formation) et à l'utilisateur (ex. usage complémentaire) et par extension, de ne pas déconnecter « la méthode » des caractéristiques de « son usage ». La logique de « critères » qui structure cette catégorisation permet, en outre, de mieux saisir la diversité des liens entretenus entre « médecine » et « MCA ».

L'analyse des critères de définition et de catégorisation de Suissa et al. (2020) a permis d'en ajuster ou d'en préciser certains aspects (ex. normes réglementaires) et d'en simplifier la compréhension pour les publics (ex. reformulations). Cette démarche nous a ainsi permis d'optimiser la définition (livrable 1) et la catégorisation (livrable 2) des MCA. Plus spécifiquement :

- La définition initiale du concept de MCA a été développée en précisant chacune des notions liées à la terminologie retenue (« médecines » ; « complémentaires » ; « alternatives »)
- La liste des 12 critères initiaux de définition a été réduite à 10 critères ;
- Les critères de catégorisation ont été maintenus mais le critère de « dérive » s'est attaché à distinguer les notions d'intention (dérives volontaires ou involontaires)
- Un lexique de la catégorisation a été élaboré afin d'expliquer la signification de chacun des critères qui en sont issus (niveau d'intégration, normes de formation, niveaux de risques, présence de dérives, visée du soin, usage de la pratique).

Enfin, à partir de ces deux productions, différentes recommandations ont été formulées dans le but de faciliter la compréhension et la diffusion du concept de MCA.

2.3. Livrable : élaboration d'une définition et d'une classification de références

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 natures diverses Manuelles, psychologiques, spirituelles...
3. Objectif de soin Soin préventif, palliatif, curatif...	3. Techniques différentes pour une même pratique Techniques diverses de méditation, d'hypnose, de yoga
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 du 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 « Médecines »	« 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 « Complémentaires »	« Ensemble de pratiques 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. À un intérêt pour l'évaluation du suivi entrepris et des pratiques mises en œuvre.

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'utilisateur		Rapport d'opposition Dangers pour l'utilisateur
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 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> <p>⇒ La pratique : (1) Niveau d'intégration ; (2) Niveau de risque ; (3) Visée curative ou non.</p> <p>⇒ Le praticien : (1) Reconnaissance de la formation ; (2) Présence ou non de dérives (volontaires ou non) ;</p> <p>⇒ L'utilisateur : (1) Usage complémentaire ou alternatif aux soins médicaux.</p>			
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'utilisateur.	Sophrologue dont la formation n'est pas reconnue proposant des soins sans visée curative et utilisés de façon complémentaire par l'utilisateur.	Sophrologue dont la formation n'est pas reconnue proposant des soins à visée curative et utilisés de façon alternative par l'utilisateur.
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.

2.4. Recommandations : « pour mieux comprendre ce dont on parle »

1. VULGARISER LE CONCEPT DE MCA POUR LE RENDRE DAVANTAGE ACCESSIBLE 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 d'information à thématiques sur le sujet.

3. CRÉER ET DIFFUSER DES SUPPORTS D'INFORMATION- DÉDIÉS 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.

2.5. Encadré : regard d'un expert extérieur

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 ».

3. ÉVALUATION DES PRATIQUES

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, 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.

3.1. Enjeux : définir les normes d'évaluation des pratiques

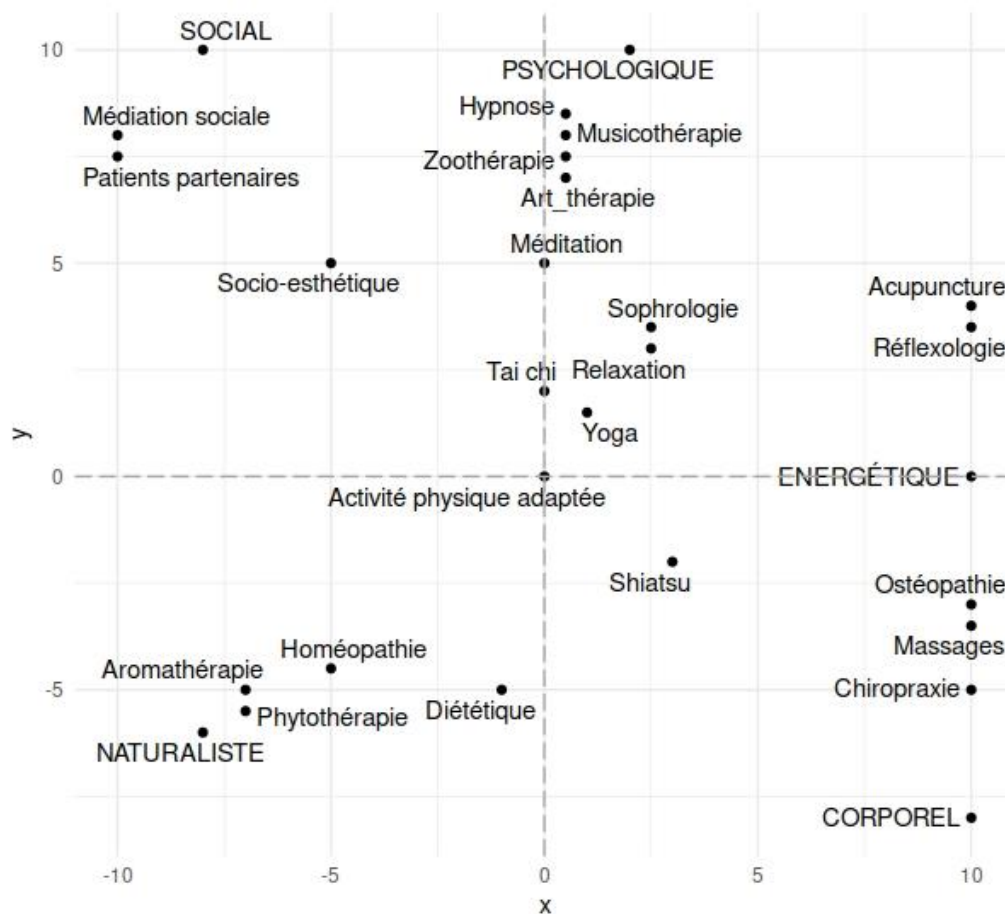
Il n'y a de pratique éclairée qu'adossée à la science. Non seulement pour évaluer l'efficacité d'une procédure, d'une méthode, mais aussi les effets et les processus qui les sous-tendent. L'évaluation relève de deux niveaux : un premier niveau, général et collectif, concerne les connaissances et détermine quels sont les effets, l'efficacité et les processus impliqués dans la pratique d'une MCA. Un second niveau plus individuel et particulier, celui de la rencontre avec les patients, concerne la pratique avec les repères utilisés par le praticien pour évaluer l'évolution de la situation et apprécier la dynamique de ses actions afin de les ajuster si nécessaire et aller vers la mise en place d'un processus d'accompagnement à la fois sécurisé, pertinent, et individualisé.

La bivalence des évaluations des traitements pour la santé (en termes de connaissance et en termes de pratique) est résolue par la mise en place de procédures de concertations d'experts, praticiens et/ou chercheurs (comme les entretiens de Bichat et autres congrès professionnels et scientifiques) qui ont pour but de confronter et d'ajuster l'observation clinique aux résultats des études empiriques rigoureuses permettant une pratique « fondée sur la preuve » (expression traduisant l'anglais *evidence based*). L'idéal est d'établir une interaction fructueuse entre l'expérience pratique, au cas par cas, du thérapeute, et l'expérience scientifique, menée selon des critères méthodologiques par/avec le chercheur. Dans le premier cas, l'appréciation est indissociable de la relation intersubjective et vécue du patient et du thérapeute, même si elle peut être objectivée par des données cliniques et paracliniques. Alors que dans le second cas, l'appréciation porte sur un objet indépendant de cette relation, « un critère de jugement » traité statistiquement, notamment par exemple lorsque l'on utilise une méthode comparative entre deux groupes avec une procédure de double aveugle.

L'Observation Clinique se doit d'être *a minima* Raisonnée (OCR), alors que l'Étude Randomisée Contrôlée (ERC) qui fait office de méthode de référence pour l'évaluation fondée sur la preuve, fait abstraction de l'intuition et de l'expérience individuelle. L'enjeu est de rendre un verdict dont le facteur relationnel et clinique est rejeté comme variable de confusion nommée « placebo ». Or, dans le cadre des MCA la question de la bivalence prend une dimension particulière du fait que le traitement est en quelque sorte beaucoup plus difficile à dissocier de la personne et de l'habileté du praticien¹². De plus, pour la plupart des MCA, la part de l'évaluation clinique plus ou moins raisonnée domine largement, imposant une dissymétrie qui ne facilite pas la mise en commun de l'expérience clinique et de l'étude expérimentale. Cela pose des questions méthodologiques sur l'évaluation de thérapies dont la personne du thérapeute est partie intégrante.

Le projet de l'A-MCA consiste donc à rééquilibrer les approches, faciliter leur interaction et instaurer des dispositifs d'élaboration conjoints des évaluations. Quelles sont ces pratiques ? L'application d'une méthode dépend des caractéristiques spécifiques des MCA concernées. Il est possible de classer les MCA et d'en proposer une cartographie factorielle qui peut être ajustée et complétée (Graphique 1) selon les cinq domaines suivants : social, psychologique, énergétique, corporel et naturaliste.

¹² À la différence du traitement de la médecine conventionnelle, que ce soit un médicament, un vaccin ou un dispositif médical.



Parmi toutes ces pratiques, les méthodologies d'évaluation prennent des formes différentes, mais aucune ne peut s'imposer comme la seule méthode adéquate au dispositif étudié.

En effet, la méthode et davantage encore les techniques utilisées sont soumises à une double contrainte :

- Celle du domaine de la pratique ;
- Celle des questions auxquelles souhaite répondre l'étude d'évaluation.

Alors que les techniques proches de celles des évaluations biomédicales sont transférables dans le cas de l'acupuncture ou de la phytothérapie, elles sont plus difficiles à mettre en œuvre dans le cas de la pratique « patients partenaires » ou « socio-esthétique ». Par ailleurs, la problématique visée implique un choix méthodologique spécifique, par exemple, l'étude des processus interactifs thérapeute-patient suppose la mise en œuvre de techniques d'observation et de traitement appropriés (enregistrements, traitements linguistiques, comportementaux, etc.) applicables à toutes MCA.

3.2. Méthode de travail : analyse des modes d'évaluation des MCA

MÉTHODE

L'évaluation des pratiques thérapeutiques conventionnelles ou non est ainsi classiquement inscrite dans le modèle de l'« *Evidence-based medicine* » ou EBM. Le principe de cette dernière est simple : toute prise de décision concernant des soins doit s'adosser à une analyse sérieuse et contradictoire des meilleures données d'évaluation disponibles concernant le soin envisagé combinée à l'expérience clinique et aux préférences du patient.

Il s'agit de rompre avec les évaluations subjectives, intuitives, voire fondées sur la seule expérience clinique, au cas par cas. Toutefois, les conditions idéales de la mise en œuvre de l'EBM sont celles de la biomédecine et de la prescription de traitements pharmacologiques (médicaments ou vaccins) ou de dispositifs médicaux.

Les médecines non conventionnelles, hormis celles qui supposent un apport nutritionnel précis, ne permettent que rarement l'application des principes idéaux des essais randomisés contrôlés (ERC). Il n'en est pas moins possible d'évaluer l'apport de ces pratiques avec des designs d'études quasi expérimentaux sur les parcours patients et d'avoir un regard qualitatif scientifiquement pertinent à l'aide des méthodes qualitatives et mixtes.

L'enjeu peut être ici de montrer qu'une pratique a un effet plus global sur les consommations de soins par exemple plutôt qu'un effet thérapeutique physiologique. Ainsi l'objet n'est plus en lui-même de démontrer des actions physiologiques, mais un effet ou un profil différent qui est associé aux MCA. Cela permet de se placer dans un cadre plus pragmatique d'évaluation.

Dans cette optique, il s'est agi de 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.

Il s'est agi avant tout d'exposer le concept de « preuve » et les enjeux qu'il sous-tend en médecine conventionnelle et non conventionnelle puis d'illustrer nos propos à partir d'un exemplaire d'études d'évaluation de MCA.

L'analyse des référentiels standards en matière d'évaluation a ensuite permis la 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).

À partir de ces référentiels, il s'est agi de proposer une démarche évaluative appliqué à un panel de 23 pratiques (Livrable 1), puis d'exposer les choix méthodologiques pour évaluer les MCA (Livrable 2).

Enfin, cette démarche a conduit à l'élaboration de recommandations ciblées en matière d'évaluation des MCA.

- **La preuve en médecine conventionnelle et non conventionnelle**

Pour être utiles dans la pratique, les preuves scientifiques sont recherchées à partir de problèmes posés par la clinique et sont déduites des données épidémiologiques, biostatistiques et expérimentales afférentes au problème posé, issues de protocoles méthodologiques rigoureux. Ces preuves n'ont d'intérêt que si elles sont réintégréables et réintégrées dans le processus clinique pour aider à prendre en charge les patients. Ces preuves supposent également que les performances thérapeutiques soient mesurées et évaluées avec des outils fiables et valides. Parmi ces données d'évaluation cliniques, outre les données biomédicales, les valeurs du patient comprenant ses

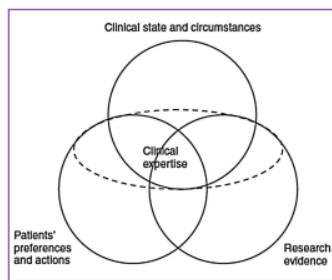


Figure 1. Triade de l'EBM.
EBM triad.

attentes, ses préoccupations, ses ressentis et leurs évolutions doivent être prises en compte. Comme l'expriment Hogedez et Gaudreault (2019), l'EBM se trouve à l'articulation de trois principes conjugués clairement visualisable par un diagramme de Venn : l'état clinique, la recherche de preuve et les valeurs du patient (Graphique 1 ci-contre). Dans le modèle de l'EBM, le plus haut niveau de preuve méthodologique est obtenu, on l'a dit, par l'application de la méthode expérimentale à l'évaluation de l'efficacité clinique : l'essai randomisé contrôlé (ERC).

Comme le notent ces mêmes auteurs, l'idéal type de l'EBM doit rester la référence constante, même si l'application des principes de l'ERC peut paraître impossible dans certaines situations cliniques et en particulier dans le cas de certaines MCA. Cela veut-il dire que celles-ci sont inefficaces ? Non, cela veut simplement dire que l'on ne pourra pas toujours mesurer l'efficacité avec une approche ERC et qu'il faudra s'appuyer sur d'autres méthodes, d'autres design d'études et d'autres critères de jugements. La méthodologie de l'ERC n'est tout simplement pas toujours pertinente selon l'objet de l'évaluation, car inadaptable à certaines pratiques lorsque par exemple le double aveugle ne peut être assuré. Cela n'a pas à disqualifier les pratiques évaluées.

En effet, l'ERC semble plus complexe à mettre en place dans des thérapies qui traitent de maladies diffuses, impliquant davantage le comportement et les cognitions des personnes que lorsqu'il s'agit des organes et des fonctions biologiques du corps. De plus, le postulat holistique de ces thérapies, leur nécessaire personnalisation, et les interventions difficilement catégorisables des soignants constituent un obstacle supplémentaire à l'application des ERC. Par ailleurs, le corps-vivant s'oppose ici au corps-objet (Mino & al., 2018) dans le sens où il s'agit autant de soigner et de soulager l'expérience corporelle ou l'affect qu'une part anatomique. Tous ces éléments impliquent non seulement des ajustements méthodologiques de l'évaluation¹³ ainsi que des approches complémentaires qualitatives.¹⁴

Pourtant, la littérature scientifique sur l'évaluation montre qu'il est possible d'adapter le principe des ERC à des situations/thérapies plus difficiles à identifier/quantifier/doser/normaliser et donc contrôler, que celles de la clinique médicale conventionnelle. Les auteurs cités précédemment, en référence à d'autres travaux scientifiques, considèrent que lorsque la causalité ou le processus n'est pas identifiable et déterminable, les ERC peuvent être pratiquées selon des principes « pragmatiques » qui permettent de mesurer les bénéfices d'un traitement comme « un tout » et dont la variable « valeur » du patient prend une importance particulière. Cette modulation des ERC

¹³ Ex. En associant aux mesures objectives des examens paracliniques des mesures subjectives de l'expérience par des résultats d'échelles auto-remplies par le patient (*patients' related outcomes* e *patients' related experiences*).

¹⁴ Ex. par des entretiens, de l'observation, des enregistrements vidéo, etc.

diminue leur valeur probatoire et augmente leur valeur clinique. Il est d'usage de nommer alors la méthode « Étude quasi expérimentale » (EQE).

Pour exemple, de nombreuses études de validité et d'efficacité des psychothérapies incluent un groupe témoin ou groupe soumis à une intervention différente de celle testée, voire correspondant à une partie du protocole proposé au groupe expérimental. On observe ainsi qu'une recherche sur l'hypnose effectuée sur 77 patients compare des groupes de patients de 6 thérapeutes exerçant des techniques différentes (Fareng, 2014). Une autre recherche évaluative sur l'EMDR (Blanchet, 2016) effectuée sur 52 migrants victimes de torture originaires d'Afrique Centrale et de l'Ouest (de Fouchier, 2013) présentant des symptômes traumatiques graves, est menée avec des comparaisons entre groupes différents de patients selon les types de traitements proposés.

Mais fréquemment, la randomisation ou répartition aléatoire¹⁵ dans des groupes différents est impossible, de même que la constitution de groupes contrôle. Alors, dans la mesure où la recherche respecte les conditions cliniques de la prise en charge, on effectue des études dites « quasi-expérimentales » (EQE). Faute de mieux pour traiter une situation qui, par nature, échappe à la méthode expérimentale classique, la méthode (EQE) comporte des avantages et des faiblesses méthodologiques incontestables (Thurin & Thurin, 2007).

Ainsi, le traitement proposé est parfois difficile à normaliser, il diffère selon les patients et selon les séances. Le recrutement des patients ne peut se faire « toute chose étant égale par ailleurs » car tous diffèrent comme leur personne diffère. Les variables indépendantes sont évoquées et non pas provoquées. Il reste qu'une connaissance et maîtrise suffisante de la mise en œuvre d'une procédure d'ERC est indispensable pour jauger les concordances et les différences d'une méthodologie qui puisse s'en éloigner le moins possible tout en gardant les conditions écologiques des traitements des MCA effectués. Il s'agit d'une méthode empirique qui suppose des compléments de données comme des précisions sur les contextes, des observations ciblées et des analyses prenant en compte la complexité des facteurs en jeu.

- **Exemplaire des études d'évaluation de MCA**

Focus sur la méditation de pleine conscience

La méditation de pleine conscience a fait l'objet de nombreuses recherches d'évaluation depuis une vingtaine d'années, et de ce fait constitue un excellent exemple de problématique d'évaluation des MCA. En effet, plusieurs caractéristiques communes aux MCA se retrouvent dans la méditation, une certaine efficacité toujours difficile à objectiver, mais aussi le risque possible de dérives sectaires.

La méditation peut se définir comme un exercice d'attention consciente aux sensations corporelles, aux émotions, au vécu intérieur et aux mouvements de la pensée. C'est un entraînement à concentrer son attention, consciemment sur ce qui se passe dans le présent de la situation vécue en « accueillant et acceptant avec bienveillance » toute émergence de pensée ou d'émotion. Il existe deux programmes de pratiques appliquées dans les soins¹⁶ : la Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) et la Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT).

¹⁵ *random* signifie hasard en anglais.

¹⁶ À noter que d'autres programmes se développent (ex. MSC, MBTA).

- Le programme MBSR (Kabat-Zinn, 1992) offre une formation basée sur la pleine conscience dont le but est d'aider les personnes souffrant de stress, d'anxiété et de douleurs.
- Le programme MBCT (Segal, 2004) allie la méditation à la thérapie cognitive de la dépression. Il a pour but d'entraîner des patients à prendre conscience des schémas qui déclenchent la rechute dépressive. Ce programme allie la pratique de la méditation à une pédagogie sur ce qu'est la dépression et la mise en place de stratégies concrètes lorsque les signes précurseurs de la dépression se font sentir.

L'évaluation de ces thérapies a fait l'objet de nombreuses recherches permettant d'élaborer des protocoles répondant au mieux aux standards scientifiques, mais comme la plupart des MCA, l'application stricte du modèle ERC est impossible.

Ces protocoles rencontrent des difficultés liées à la spécificité de la pratique qui sont fréquentes dans l'évaluation des MCA. Ce sont :

- Pour un même programme, la diversité des pratiques et en conséquence, la normalisation de la pratique étudiée.
- L'interactivité thérapeute-patient qui vaut pour un principe thérapeutique.
- L'impossibilité d'établir un protocole en aveugle.
- L'impossibilité de constituer un groupe placebo.

Il s'agit donc d'une situation d'évaluation qui implique une méthode de type Étude Quasi-Expérimentale (EQE).

Il est nécessaire que les groupes expérimentaux et contrôles soient homogènes concernant les variables sociodémographiques, la pratique exercée et le style de vie des sujets lors des phases de mesures (hôpital, postcure ou séminaire).

Les groupes contrôles choisis au hasard sont constitués :

- soit de sujets en liste d'attente,
- soit de sujets ayant un autre traitement (médication par exemple),
- soit de sujets soumis à des consignes différentes.¹⁷

Les mesures sont quantitatives, objectives (IRM ou EEG ou tâche cognitive), subjectives (questionnaires post-expérimentaux) ou qualitatives (entretiens cliniques).

Le problème de la temporalité

Pour compenser le manque rédhibitoire d'homogénéité dans les traitements reçus (idiosyncrasie de l'interaction thérapeute-patient), l'étude longitudinale randomisée permet de comparer chaque sujet à lui-même dans un plan expérimental de type mesures répétées : (S <G> * T).

¹⁷ MBSR avec conscience ouverte vs MBSR avec conscience focalisée, par exemple sur le bras avec ou sans stimulation douloureuse par ex.

Résultats inattendus

Quelques remarques sur les limites de l'hypothèse linéaire des effets de la méditation de pleine conscience (Britton, 2019). Les traitements sans médicaments sont rarement envisagés comme pouvant comporter des effets négatifs. Britton (op.cit) indique que la MBSR peut avoir des effets suivant une courbe en U inversé, possiblement sans effet notable, avec effet positif et également avec effet négatif. Par exemple, l'état clinique de certains sujets peut déterminer l'effet positif ou négatif de la méditation.

Ainsi l'étude de Segal & al. (2010) compare trois traitements donnés à des patients déprimés en rémission et porte sur un temps long de 600 jours. Sont comparés, dans trois groupes randomisés, un traitement par médication et entretien clinique, un traitement par MBCT et un traitement par placebo et entretien clinique. Les résultats montrent une différence importante selon que les sujets sont en rémission instable (Hamilton > 7) ou en rémission stable (Hamilton < 7).

Dans le premier cas, le taux de non rechute est équivalent pour la MBCT et le traitement chimiothérapeutique alors que dans le second cas, la MCBT ne montre pas de différence avec le groupe placebo (graphique 2). La recherche porte sur 84 patients en rémission d'un état dépressif majeur en 3 groupes.

Le graphique ci-dessous représente sur l'axe « y » le pourcentage de patients déprimés qui ne rechutent pas, soumis aux trois conditions, et sur l'axe « x » le temps en jours.

La ligne représente les patients qui reçoivent un traitement MBCT, la ligne discontinue ceux qui reçoivent un traitement antidépresseur biochimique et la ligne pointillée ceux qui reçoivent un placebo.

Graphique 2

Patients en rémission instable (Hamilton >7)

Patients en rémission stable (Hamilton <7)

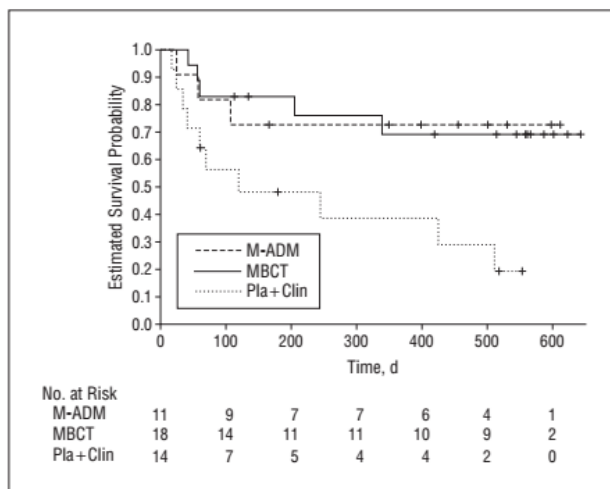


Figure 2. Cumulative proportion of unstable remitters who survived without relapse during maintenance/follow-up. M-ADM indicates maintenance antidepressant monotherapy; MBCT, mindfulness-based cognitive therapy; and Pla + Clin, placebo plus clinical management.

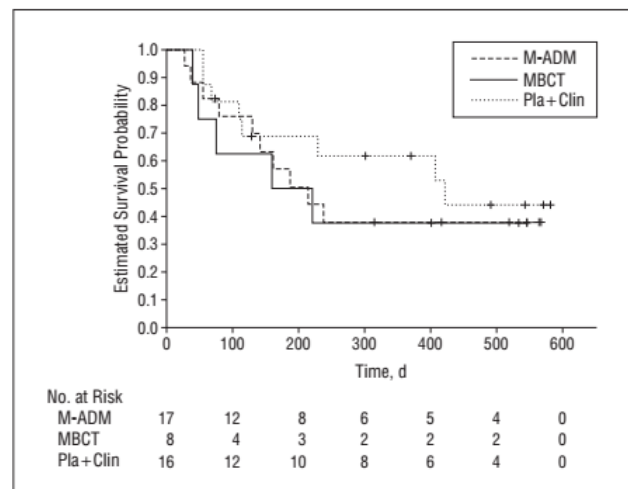


Figure 3. Cumulative proportion of stable remitters who survived without relapse during maintenance/follow-up. M-ADM indicates maintenance antidepressant monotherapy; MBCT, mindfulness-based cognitive therapy; and Pla + Clin, placebo plus clinical management.

3.3. Livrable : élaboration d'une démarche d'évaluation et de choix méthodologiques

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 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 : 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. Dans tous les cas, 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 et déterminée à partir du critère de jugement principal de l'étude.
- ⇒ **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.

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 fondamentalement 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 dans le cas des OCR) et par le type de données recueillies (principalement quantitatif dans le premier cas et qualitatif et 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 APPLICABLES 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

Pour conclure, 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 menées¹⁸. 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 et praticiens concernés. 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.

¹⁸ Par exemple l'Activité Physique Adaptée (APA) dans le champ des maladies chroniques a fait l'objet d'une expertise collective de l'Inserm analysant près de 2000 études (voir INSERM, 2019).

3.4. 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 VALIDES 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.

3.5. Encadré : regard d'un expert extérieur

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, placebome génétique, open placebo (Sagy et al., 2019).

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

4. FORMATION DES PRATICIENS

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.

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 Lepeu, 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.

Jaouen Joël, 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.

4.1. Enjeux : rassembler autour de valeurs communes les praticiens formés

La formation des praticiens constitue un enjeu majeur de structuration du champ des MCA au sens où elle est garante de la cohérence et de la sécurité des interventions à visée thérapeutique. Or, la formation des pratiques complémentaires est un champ relativement récent tandis que le recours aux MCA et le processus de leur intégration en milieu sanitaire et médico-social va grandissant. En effet, si certaines pratiques bénéficient d'un cadre en matière de formation (ex. acupuncture, médecine manuelle-ostéopathique, chiropraxie), la majorité d'entre-elles ne sont actuellement pas encadrées ou font l'objet d'un encadrement très parcimonieux (ex. sophrologie, réflexologie). Dès lors, comment permettre une orientation adaptée et sécurisée des usagers ?

Par ailleurs, une « formation reconnue » n'est pas un gage de sécurité absolue face à la diversité des praticiens, de leurs formations et des contextes d'interventions. Dans cette optique, il importe de considérer le niveau d'expertise des praticiens, d'autant plus lorsqu'il s'agit d'accompagner la santé d'usagers en position de fragilité. De plus, le manque de clarification et de délimitation des interventions représente une limite sur le terrain dans la mesure où une même pratique peut comporter des objectifs différents : prévention, bien-être, visée thérapeutique, palliative, etc.

Parallèlement, l'essor des dispositifs de « formations non reconnues », certaines disponibles sans contrôle sur internet, renforce la confusion et participe à la difficulté pour l'utilisateur de se repérer ou d'accéder à des praticiens pleinement qualifiés. À cela s'ajoute la nécessité de pouvoir distinguer pour une même pratique, la multiplicité des formations et des qualifications initiales des praticiens : médecins, professionnels de santé, praticiens non soignants, charlatans, etc. Enfin, la prolifération incontrôlée de méthodes douteuses et de « thérapeutes auto-proclamés » comportent clairement des risques pour les usagers qui ne font pas nécessairement la distinction entre des praticiens dûment ou insuffisamment formés, voire sans aucune qualification.

De plus, la formation initiale sur les MCA était jusqu'à présent absente ou très limitée au sein des études de santé. Mais la situation évolue peu à peu : sous l'impulsion du Collège universitaire de médecine intégratives et thérapies complémentaires (CUMIC)¹⁹, un enseignement obligatoire sur les MCA a ainsi été mis en place²⁰ au sein du programme du deuxième cycle des études de médecine, par le ministère de l'enseignement supérieur en 2020. Si ce programme constitue une avancée, il apparaît nécessaire qu'il puisse être également mis en place au sein des études de santé en sus des études de médecine : études de pharmacie, d'odontologie et de maïeutique et des études paramédicales (formation des infirmiers et des kinésithérapeutes).

Autrement dit, une même MCA peut être proposée dans un cadre adapté par un professionnel formé et expérimenté ou dans un cadre inapproprié par un praticien en manque de connaissance et de compétence. Dans ce contexte, l'enjeu premier est de pouvoir clairement identifier les formations en MCA bénéficiant d'une forme de reconnaissance. L'enjeu est également de réunir autour de valeurs communes, les praticiens dont la formation est reconnue et ce quel que soit la pratique concernée. À ce titre, la mise à disposition d'un référentiel propre aux praticiens permettrait d'asseoir une même culture du soin articulée autour d'une éthique de la pratique. La délimitation des formations reconnues tout comme l'élaboration d'une charte éthique constituent une étape préliminaire cruciale pour éclairer le champ de la formation et les domaines d'intervention des praticiens eu égard à leurs diplômes et niveaux de qualifications.

¹⁹ Collège reconnu par la coordination nationale des collèges d'enseignants de médecine (CNCEM).

²⁰ Principes de la médecine intégrative, utilité et risques des thérapies complémentaires.

4.2. Méthode : recensement et analyse comparative des formations reconnues

MÉTHODE

La démarche initiale visait à répertorier et à comparer, dans le domaine des MCA, l'ensemble des formations, qu'elles soient reconnues ou non, dispensées dans un centre public ou privé. Face à la multiplicité des dispositifs de formation et au regard de la diversité des niveaux de formation pour une même pratique, une étape préliminaire de recensement est apparue nécessaire. Plus spécifiquement, il s'est agi de répertorier les principales formations reconnues selon leurs typologies et spécificités.

Les critères de reconnaissance se sont appuyés sur les normes de formations réglementaires, universitaires et médicales. Plus exactement, ont été considérés comme des critères de reconnaissance, les dispositifs de formations suivants :

- 1- Les formations agréées par l'État, c'est-à-dire celles actuellement inscrites au Répertoire National des Certifications Professionnelles (RNCP) ;
- 2- Les Diplômes d'Universités impliquant des Diplômes Universitaires (DU) ou Interuniversitaires (DIU), des Diplômes d'Études Supérieures Universitaires (DESU) ; ou des Diplômes de Formations Supérieures Spécialisées d'Universités (DFFSU) ;
- 3- Les Capacités en médecine délivrées par les Facultés de médecine ;
- 4- Les Écoles privées ou les associations agréées par l'État, c'est-à-dire celles dont les formations sont rattachées à un agrément attribué par un Ministère spécifique.

Après avoir défini chaque typologie de formation reconnue, il s'est agi d'apporter pour chacune d'entre elles, un ensemble d'informations complémentaires et d'indications spécifiques en lien avec les MCA proposées dans le cadre de ces formations (Livvable 1). Cette démarche de recensement a permis de faire ressortir la diversité des formations, des pratiques et des professionnels concernés mais également la variété des systèmes d'agréments (formations, diplômes, écoles, ...) et de leur rattachement institutionnel (Ministères, Universités, facultés de médecine).

Dans cette optique, il s'est ensuite agi d'élaborer un référentiel commun, en termes d'éthique, propre aux praticiens de MCA, et ce, quel que soit la pratique concernée et le mode d'agrément dont ils relèvent. Cette démarche est apparue d'autant plus centrale que certains praticiens sont légalement tenus de respecter certains principes éthiques propres à leur profession d'origine (ex. secret professionnel pour médecins) tandis que d'autres n'y sont pas tenus (ex. praticiens non soignants).

Une réflexion croisée a ainsi permis de dégager les grands principes éthiques propres aux praticiens de MCA, qu'ils soient issus ou non d'une profession médicale, paramédicale, de santé et/ou de soin. Ces principes ont été répertoriés au sein d'une charte éthique destinée aux praticiens titulaires d'une formation reconnue et dont la signature indique l'adhésion aux valeurs qui la régissent (Livvable 2).

Ces productions ont ainsi permis d'élaborer des recommandations permettant d'encourager l'essor de formations solides dans le domaine des MCA.

4.3. Livrable : synthèse des formations reconnues et élaboration d'une charte éthique commune aux praticiens de MCA titulaires d'un diplôme reconnu

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 (ex. Ministère de la jeunesse et des sports).</p>

CHARTRE 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.

Charte signée par (Nom, Prénom).....

Le (date).....

4.4. 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.

4.5. Encadré : regard d'un expert extérieur

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'hier²¹. 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.

²¹ 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.

5. INTÉGRATION/EXCLUSION DES MCA

EXPERTS COORDONNATEURS

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

Dr François Bourgognon, 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, Paris.

REPRÉSENTANT DES USAGERS

Juliette Viatte, Rédactrice en Chef Revue Geroscopie.

EXPERTS RELECTEURS

Audrey Dufeu, Députée. Auteur du rapport *réussir la transition démographique*.

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.

5.1. Enjeux : préconiser des critères d'intégration/d'exclusion des MCA en établissements de santé

Les Médecines Complémentaires et Alternatives (MCA) font l'objet d'un mouvement d'intégration en milieu sanitaire, médico-social et associatif. En effet, nombreuses de ces pratiques sont actuellement déployées dans les hôpitaux, les Établissements d'Hébergements pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD), par les réseaux de santé ou encore par les Associations qui accompagnent les patients. L'intégration de ces pratiques dans nos institutions traduit une tentative d'adaptation aux besoins des malades qui les utilisent de façon croissante dans une logique de prévention ou d'amélioration de leur qualité de vie.

Cela étant, cette dynamique n'est actuellement pas structurée au sens où l'intégration des pratiques repose sur les choix et stratégies propres à chaque institution. Ce constat de terrain questionne nécessairement les critères et modalités requis pour intégrer une MCA en institution et en particulier en milieu sanitaire dans lequel les usagers sont traités dans un contexte de maladie.

L'enjeu que représente leur intégration dans les centres de soins, réside dans le rôle même de la médecine, c'est-à-dire les domaines qu'elle peut ou non investir ou encore ses limites d'intervention auprès des malades. Autrement dit, la médecine doit-elle s'inscrire ou non dans une stratégie de déploiement de ses pratiques ? Le fait est que les MCA soient proposées dans de nombreux services de soins, questionne systématiquement l'articulation du « *cure* » et du « *care* » et par extension la structuration d'une médecine personnalisée et adaptée aux besoins des patients.

Dans cette perspective, il importe avant tout de connaître le type de pratiques déployées et les modalités de leur intégration dans les services de soins. Or, il n'existe à ce jour aucun état des lieux national des MCA. Si plusieurs études et rapports permettent d'identifier certaines pratiques dans les centres sanitaires, ils ne permettent pas de comprendre les mécanismes liés à leur intégration. Autrement dit, l'enjeu consiste à mieux comprendre le processus d'intégration des pratiques sur le terrain. Dans cette optique, il s'agit de pouvoir explorer au sein des centres sanitaires, l'offre existante en matière de MCA, les orientations éventuelles vers l'extérieur, les facteurs d'intégration et d'exclusion des pratiques ainsi que les éléments facilitant leur inclusion dans les services de soins.

Une telle démarche constitue une première étape de compréhension et de délimitation du phénomène en milieu sanitaire et un moyen d'initier une réflexion relative aux modalités d'intégration et d'exclusion des pratiques. Face à l'engouement des patients envers les MCA et au manque de structuration dans le domaine, l'enjeu est également de proposer des critères de références permettant de cheminer vers une intégration adaptée et sécurisée des MCA en milieu sanitaire.

5.2. Méthode : recensement des pratiques et des modalités d'intégration en milieu sanitaire

MÉTHODE

Pour répondre aux enjeux liés à l'intégration des pratiques, une enquête de terrain a été menée en milieu sanitaire. À partir d'un questionnaire pré-élaboré, il s'est agi de recenser les pratiques et les modalités d'intégration des MCA dans les centres sanitaires français. Le questionnaire a été remis par courriel à 62 centres auprès des professionnels exerçant en leur sein.

Au total 42 centres ont participé à l'étude.

Les établissements ont ensuite été répartis en trois catégories :

- 1-Les centres hospitaliers Universitaires (CHU) et les hôpitaux publics
- 2-Les centres de lutte contre le cancer (CLCC)
- 3-Les cliniques et les hôpitaux privés

Par ailleurs, sept services pédiatriques de traitement de la douleur situés au sein des CHU de l'étude ont également répondu à l'enquête.

Le questionnaire, composé de 9 questions, visait à mieux comprendre pour chaque établissement sanitaire :

- 1-L'offre de soins existante en matière de MCA
- 2-Les orientations vers l'extérieur en MCA
- 3-Les facteurs participant de l'intégration/exclusion des MCA
- 4-Les éléments facilitant l'intégration des MCA

Après une analyse de l'ensemble des questionnaires, il s'est agi de présenter les principaux résultats de l'enquête. Des remarques complémentaires concernant l'offre de soins en MCA, les orientations vers les MCA et leur coût ont également été présentés.

Ensuite, et à partir des résultats issus de l'enquête, il s'est agi de répertorier les principaux éléments et d'en proposer une synthèse générale (Livrable 1).

Puis, une analyse croisée des modalités d'intégration et d'exclusion des MCA a permis d'élaborer une grille de 13 critères de références permettant d'organiser une intégration cohérente, structurée et sécurisée des MCA (Livrable 2).

Enfin, cette grille a donné lieu à une réflexion collective permettant l'élaboration collective de recommandations en faveur d'une intégration structurée et sécurisée des MCA en milieu sanitaire.

SYNTHÈSE DES RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE

1- L'OFFRE EN MATIÈRE DE MCA

L'OFFRE EXISTANTE EN MATIÈRE DE MCA DANS LES 42 CENTRES SANITAIRES

TYPE DE CENTRES	NOMBRE DE CENTRES	LOCALISATION DES CENTRES ET NOMBRE DE MCA PAR CENTRE	NOMBRE DE MCA/ CATÉGORIE DE CENTRES
Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) et Hôpitaux publics	28 (dont 7 services pédiatrie)	Amiens (n=13) ; Angers (n=1) ; Besançon (n=2) ; Brest (n=7) ; Caen (n=12) ; Clermont-Ferrand (n=11) ; Dijon (n=2) ; Guadeloupe (n=5) ; Limoges (n=4) ; Lyon (n=6) ; Marseille (n=5) ; Metz (n=2) ; Montpellier (n=8) ; Nancy (n=2) ; Nantes (n=7) ; Nice (n=6) ; Nîmes (n=10) ; Paris APHP.a (n=5) ; Paris APHP.b (n=5) ; Poitiers (n=2) ; Rennes (n=5) ; Reims (n=2) ; Réunion (n=9) ; Rouen (n=7) ; St Etienne (n=6) ; Strasbourg (n=3) ; Toulouse (n=8) ; Versailles (n=4). Services pédiatrie : Bordeaux (n= 2) ; Brest (n= 2) ; Lyon (n=2) ; Paris (n= 2) ; Nantes (n=1) ; Rennes (n=1) ; Rouen (n=5)	174
Centres de Lutte contre le Cancer (CLCC)	10	Angers (n=3) ; Bordeaux (n=11) ; Clermont-Ferrand (n=5) ; Lille (n=8) ; Lyon (n=12) ; Montpellier (n=5) ; Nancy (n=4) ; Reims (n=6) ; Rennes (n=7) ; Villejuif (n=12).	73
Cliniques et Hôpitaux privés	4	Marseille (n=5) ; Nantes (n=10) ; Paris (n=8) ; Suresnes (n=8).	31
3 catégories de centres	42 centres	31 villes du territoire (France et Dom Tom)	278

MCA DANS LES CENTRES ADULTES (1) Parmi la liste initiale de MCA

MCA proposées par les 42 centres sanitaires de l'enquête	Nombre de centres proposant la MCA	Pourcentage de centres proposant la MCA
Hypnose	42	100%
APA	28	66.6%
Relaxation	22	52.3%
Méditation	20	47.6%
Acupuncture	19	45.2%
Sophrologie	19	45.2%
Activités de médiation	18	42.8%
Socio-esthétique	17	40.4%
Ostéopathie	15	35.7%
Massages	13	30.9%
Bénévoles	13	30.9%
Art-thérapie	12	28.5%
Musicothérapie	12	28.5%
Réflexologie	8	19%
Qi gong	6	14.2%
Yoga	5	11.9%
Shiatsu	2	4.7%
Homéopathie	2	4.7%
Tai chi chuan	1	2.3%
Zoothérapie	1	2.3%
Chiropraxie	0	0%
Total MCA	20	

MCA DANS LES CENTRES ADULTES (2) Hors de la liste initiale de MCA

MCA proposées par les 42 centres sanitaires de l'enquête	Nombre de centres proposant la MCA
Auriculothérapie	3
EMDR	2
Micro nutrition	2
Médecine chinoise	2
Aromathérapie	2
Médecine Ayurvédique	1
Manupuncture coréenne	1
Fréquence lumineuse	1
Dry needling	1
Thérapie laser	1
Total MCA	10

MCA EN SERVICES PÉDIATRIQUES Parmi la liste initiale de MCA

MCA proposées par les 42 centres sanitaires de l'enquête	Nombre de centres proposant la MCA
Hypnose	7
Ostéopathie	2
Réflexologie	2
Musicothérapie	1
Zoothérapie	1
Activité Physique Adaptée	1
Acupuncture	1
Total MCA	15

2- L'ORIENTATION VERS LES MCA

MCA FAISANT L'OBJET D'UNE ORIENTATION VERS L'EXTERIEUR Centres adultes

MCA concernées par une orientation vers l'extérieur	Nombre de centres adultes orientant vers l'extérieur	Nombre de services pédiatriques orientant vers l'extérieur
Acupuncture	13	1
Ostéopathie	11	2
APA	8	1
Hypnose	6	6
Méditation	5	1
Réflexologie	4	2
Art-thérapie	4	0
Musicothérapie	4	0
Sophrologie	4	4
Relaxation	3	2
EMDR	3	1
Socio-esthétique	3	0
Shiatsu	3	0
Qi gong	2	0
Tai chi chuan	2	0
Auriculothérapie	2	1
Yoga	2	0
Fasciathérapie	2	0
Homéopathie	1	0
Coupeur de feu	1	0
Guérisseur	1	0
21 MCA	84 orientations	19 orientations
103 ORIENTATIONS		
12 centres adultes : n'adressent aucun patient		
1 seul centre pédiatrique : n'adresse aucun patient		

3- LES FACTEURS D'INTÉGRATION/D'EXCLUSION

FACTEURS D'INTÉGRATION/D'EXCLUSION Des Médecines Complémentaires

Facteurs d'intégration	Facteurs d'exclusion
Reconnaissance scientifique/médicale de la MCA	Absence de validité scientifique de la MCA
Sécurité de la méthode – absence de dérive	Risques avérés pour le patient – présence de dérives
Absence de conflit avec le traitement	Existence de conflits avec le traitement
Intégration dans une prise en charge globale	Absence de cohérence avec le traitement
Dispensée/encadrée par un professionnel de santé	Non encadrée par un professionnel de santé
Professionnel ayant suivi une formation reconnue	Formation non reconnue ou insuffisante
Infrastructure adéquate – locaux disponibles	Absence de locaux adéquats et disponibles
Coût acceptable pour la structure et le patient	Coût important pour la structure/le patient

4- LES ÉLÉMENTS FACILITANT L'INTÉGRATION DES MCA

ÉLÉMENTS FACILITANT L'INTÉGRATION Des Médecines Complémentaires

Professionnels de santé motivés pour développer certaines pratiques
Journée d'information / sensibilisation
Inscription d'une formation reconnue au plan de formation du centre
Initiatives portées par un projet de service
Coût acceptable et possibilité de financement
Projets de recherche associés à l'intégration d'une MCA
Infrastructure adéquate, locaux disponibles
Temps et moyens humains disponibles (professionnels, secrétariat...)

ÉLÉMENTS-CLÉS À RETENIR SUR L'ENQUÊTE EN MILIEU SANITAIRE

L'OFFRE EN MATIÈRE DE MCA PARMIS LES 42 CENTRES

- ⇒ 278 MCA sont déployées parmi les 42 centres de soins (dont 170 dans les 27 CHU)
- ⇒ 30 MCA différentes sont proposées parmi ces 42 centres de soins
- ⇒ 16 MCA sont principalement proposées dans ces 42 centres de soins dont l'hypnose, l'APA, la relaxation et la méditation
- ⇒ 15 MCA sont déployées dans les services pédiatriques qui proposent tous de l'hypnose, plus rarement d'autres MCA

L'ORIENTATION VERS LES MCA PAR LES 42 CENTRES DE SOINS

- ⇒ 21 MCA différentes font l'objet d'une orientation vers l'extérieur par les centres adultes
- ⇒ 10 MCA différentes font l'objet d'une orientation vers l'extérieur par les services pédiatriques
- ⇒ L'acupuncture (n=13), l'ostéopathie (n=11), l'APA (n=8) sont les principales MCA faisant l'objet d'une orientation
- ⇒ 12 centres sur 42 n'adressent aucun patient vers l'extérieur (contre un seul service pédiatrique sur 7)

FACTEURS D'INTÉGRATION/D'EXCLUSION DES MCA

- ⇒ La reconnaissance scientifique et médicale d'une MCA, l'absence de risques, sont des critères d'intégration des pratiques
- ⇒ L'intégration d'une MCA implique sa coordination par un professionnel et l'existence d'une infrastructure adéquate
- ⇒ Les pratiques comportant des risques (ex. interactions médicamenteuse) et les méthodes déviantes sont exclues
- ⇒ Le manque de formation des praticiens et le coût élevé des pratiques sont des critères d'exclusion

ÉLÉMENTS FACILITANT L'INTÉGRATION DES MCA

- ⇒ L'information aux professionnels de santé et leur motivation facilitent l'intégration des MCA
- ⇒ La possibilité de financer des MCA et de pouvoir les inscrire dans un plan de formation du centre aide à leur intégration
- ⇒ L'existence de moyens humains et de projets de recherches dédiés aux MCA facilitent leur inclusion

REMARQUES COMPLÉMENTAIRES À TROIS NIVEAUX

1. L'OFFRE EN MCA DANS LES CENTRES DE SOINS

- ☞ Les praticiens qui dispensent les MCA dans les centres sont quasi exclusivement des professionnels internes.
- ☞ L'offre en MCA est plus importante dans les Centres de Lutte Contre le Cancer (CLCC) et les centres de traitement de la douleur.
- ☞ La socio-esthétique est principalement proposée dans les Centres de Lutte Contre le Cancer (CLCC).

2. L'ORIENTATION VERS LES PRATICIENS

- ☞ L'orientation vers une MCA est coordonnée par l'équipe soignante (rédaction d'un courrier destiné au praticien).
- ☞ Pour faciliter les orientations vers l'extérieur, une liste de praticiens est disponible dans certains centres de soins.
- ☞ Lorsque le patient s'oriente vers un non professionnel de santé, les équipes le sensibilisent sur les risques.

3. LE COÛT DES MCA

- ☞ Le financement des pratiques est généralement pris en charge par des Associations.
- ☞ Certaines approches non médicamenteuses - telles que les psychothérapies - effectuées en ville sont financées par des Réseaux.
- ☞ Le coût important d'une MCA pour le patient ou la structure est un élément d'exclusion de la pratique pour les centres de soins.

5.3. Livrable : synthèse des MCA et des modalités de leur intégration en milieu sanitaire et élaboration d'une grille de critères d'intégration des pratiques

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 pédiatriques • 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 coûteuse 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 extérieures 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 pratiques vers lesquelles les patients sont orientés 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)

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 Agrées par l'État (cf. référentiel formation).

5.4. 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.

5.5. Encadré : regard d'un expert extérieur

EXPERT EXTÉRIEUR

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

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...

6. RISQUES ET DÉRIVES THÉRAPEUTIQUES

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 Chourfi, 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.

6.1. Enjeux : identifier et définir les risques et dérives des MCA

Le champ des MCA rassemble indistinctement des méthodes validées et sécurisées, insuffisamment éprouvées, douteuses, voire dangereuses. L'enjeu de santé publique est donc de favoriser l'essor des pratiques bénéfiques tout en luttant contre les dérives en santé. Face à l'engouement des français pour ces pratiques et à leur prolifération incontrôlée, l'enjeu est aussi d'asseoir les médecines complémentaires adaptées et d'agir contre les méthodes alternatives.

Si beaucoup de pratiques sont devenues incontournables, elles manquent paradoxalement d'encadrement rendant l'offre peu lisible pour les patients et les confrontant à des risques. En effet, la pratique de certaines MCA confronte à des risques de dérives thérapeutiques, tandis que les patients cachent souvent leurs usages à leurs médecins, et parfois même, abandonnent leurs traitements vitaux au profit de pseudo-thérapeutiques.

Peu connues du grand public et non définies par la littérature scientifique, les "dérives thérapeutiques" concernent aussi les MCA faisant référence à un acte à visée thérapeutique, potentiellement risqué et allant généralement à l'encontre des recommandations médicales. Ces dérives thérapeutiques, souvent complexes à identifier, peuvent-être liées à la pratique (ex. méthode psychologisante), au praticien (ex. conseils inadaptés, voire risqués) ou à l'usage (ex. recours alternatif). Elles représentent ainsi un danger qu'il convient d'étudier et de prévenir en complément de l'action essentielle de la Miviludes centrée sur les dérives sectaires. Sectaires ou non, les conséquences de ces dérives en santé peuvent-être dramatiques.

Si lorsqu'elles sont vertueuses et dispensées de façon complémentaire par des praticiens expérimentés dont la formation est reconnue (ex. Diplôme d'État), les MCA participent pleinement à la santé, lorsqu'elles sont délétères, intentionnellement ou non, elles deviennent d'emblée dangereuses pour la personne concernée. Elles sont, dans ce cadre, à risque d'un déséquilibre physique et psychique, parfois dans un climat d'emprise, et dans tous les cas constituent une mise en risque et une perte de chances pour les patients.

Il est donc nécessaire de pouvoir déterminer plus précisément les critères de références de risques et de dérives thérapeutiques tant du point de vue de l'approche de la pratique (d'emblée pernicieuse, à risque d'emprise, etc.), du praticien (malveillance, mauvais positionnement, etc.) et aussi du patient (indices favorisant la situation de danger...). Dans cette même optique, il est essentiel de pouvoir proposer des repères aux patients – en particulier les usagers de MCA – comme aux professionnels de santé, dans une logique d'information et de prévention de ces dérives.

6.2. Méthode : analyse des travaux scientifiques et gouvernementaux

MÉTHODE

Il s'est agi de s'intéresser à des critères de risques et de dérives thérapeutiques afin d'en faciliter le repérage pour les usagers et les professionnels. Notre objectif a consisté à établir les critères de risques/dérives thérapeutiques liés aux MCA et à dégager une définition de référence du concept de dérive thérapeutique.

L'analyse de la littérature et notamment des travaux de la Miviludes a d'abord permis d'extraire, sous formes de critères, les risques et les dérives plurielles des MCA. Ensuite, et après avoir différencié les formes de risques (désinformation, interactions médicamenteuses, manque de formation de praticien, etc.) et de dérives (conceptuelles, thérapeutiques, sectaires), il s'est agi de se focaliser sur ce qui pouvait relever d'une dérive thérapeutique et d'exclure l'analyse du phénomène sectaire largement étudié par la Miviludes.

Comme l'indique la Miviludes, il n'existe pas de définition de la « secte » et l'identification du phénomène sectaire implique le repérage d'éléments qui permettent d'alerter et d'établir un ensemble de faisceaux caractérisant la dérive sectaire. Notamment « *la notion de dévoiement de la liberté de pensée, d'opinion ou de religion qui porte atteinte à l'ordre public, aux lois et aux règlements, aux droits fondamentaux, à la sécurité ou à l'intégrité des personnes* ». Elle intègre le concept d'emprise mentale dont les critères élaborés par Parquet (Suissa, Guérin, Denormandie, 2019), mettent en évidence des notions de changements radicaux avec la vie antérieure du sujet.

Afin d'élaborer une définition de la dérive thérapeutique, il s'est agi de procéder de manière identique au repérage d'un ensemble de critères permettant de la caractériser.

En outre, le travail d'analyse des facteurs de détection de la dérive d'orientation sectaire a conduit à mettre en exergue différents types de risques et de dérives de nature spécifiquement thérapeutique et non plus sectaire. Ce type de dérive ne se caractérise pas par la question d'emprise mentale du sujet, qui conserve sa liberté de choix, mais intègre des éléments de risques en santé et de dérives que nous avons répertoriés selon trois niveaux : la pratique, le praticien et l'utilisateur.

Au total 24 critères de risques et de dérives ont été classifiés (Livrable 1). Cette démarche a conduit à l'élaboration d'une fiche d'alerte des risques et des dérives thérapeutiques destinée aux patients usagers de MCA (Livrable 2).

Enfin, à partir de ces éléments, plusieurs recommandations ont été formulées dans le but de lutter concrètement contre les risques et les dérives thérapeutiques liées aux MCA.

6.3. Livrable : élaboration d'une grille de critères, d'une définition et d'une fiche d'alerte et de repérage des « dérives thérapeutiques »

24 CRITÈRES DE RISQUES ET DE DÉRIVES THÉRAPEUTIQUES Des médecines complémentaires et alternatives (MCA)		
NIVEAUX DE RISQUES / DÉRIVES	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/inéprovées 	<ol style="list-style-type: none"> 5. Promesse de guérison ou 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

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 ».

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
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.
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.
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.
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.
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.
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.
Conseil inadapté	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.
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.
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.
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.
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 : 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.*

6.4. 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 centrés 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 lié au manque de qualification des praticiens en incitant, par une approche pédagogique, l'interdiction de financements publics de formations non reconnues par l'État.

6.5. Encadré : regard d'un expert extérieur

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'expertise²² 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. Dans 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.

²² Les membres de ce comité impliquent notamment l'AFSOS et la Miviludes mais également des Universitaires, des médecins ou encore des patients ressource.

Conclusion

Ce rapport est le fruit d'un travail collectif élaboré par le comité d'experts de l'A-MCA. Il constitue une démarche dynamique et le premier référentiel sur les Médecines Complémentaires et Alternatives (MCA). Découpé sous formes de thématiques ciblées, il présente comme intérêt d'aborder le sujet de façon transversale en s'intéressant aux principaux enjeux qu'il soulève : définition du concept, évaluation des pratiques, formation des praticiens, intégration/exclusion des MCA, risques/dérives thérapeutiques en santé.

Il a été élaboré dans le but d'informer les décideurs politiques et de leur proposer des clés d'analyse pour aider à la prise de décision ; mais également pour éclairer les citoyens et soutenir les initiatives portées par les acteurs institutionnels (associations, réseaux de santé, centres sanitaires et médico-sociaux, etc.). Articulé autour de pistes d'actions et de recommandations, ce rapport représente un premier support d'information apportant des repères pragmatiques pour les citoyens, malades ou non, comme pour les chercheurs et les professionnels de santé.

Il a été conçu à partir de l'analyse des données et des recherches existantes (études scientifiques, travaux gouvernementaux, rapports institutionnels, etc.) mais également au moyen d'approches empiriques inédites (élaboration de questionnaires, enquêtes de terrain, etc.) et de réflexions croisées au sein des groupes de travail. Autrement dit, ce rapport s'est attaché à croiser les avancées scientifiques, politiques, de terrain, etc. afin de dégager des pistes en faveur de la structuration du champ des MCA.

Ces travaux ont suivi une même démarche méthodologique impliquant systématiquement l'analyse d'un enjeu donné, la mise en œuvre d'une méthode de travail dédiée à l'élaboration d'une production concrète, pour aboutir à des recommandations spécifiques. Néanmoins, la diversité des problématiques soulevées par ce rapport a nécessairement conduit à la mise en place d'approches méthodologiques caractéristiques selon les axes de travail : revue de la littérature scientifique, enquêtes de terrain, analyse des rapports institutionnels et gouvernementaux, etc.

Les productions réalisées ont été le moyen d'apporter des outils pragmatiques et réutilisables par les différents publics visés par ce rapport. (1) La proposition de définition et de catégorisation des MCA permet de mieux délimiter le champ des pratiques et les rapports pluriels qu'elles entretiennent avec la médecine. (2) L'élaboration d'une démarche évaluative des MCA constitue un référentiel commun pour la mise en place de recherches scientifiques. (3) La création d'une charte éthique propre aux praticiens dont la formation est reconnue, quel que soit la pratique dispensée, permet la mise en œuvre d'un cadre collégial en matière d'éthique. (4) L'élaboration de critères d'intégration des MCA en milieu sanitaire constitue des points de repères pour les centres de soins. (5) L'élaboration de critères de risques et de dérives thérapeutiques mais également d'une fiche d'alerte aux patients permettent de mieux caractériser les dérives des MCA et d'en informer les personnes malades.

Les recommandations qui en sont issues engagent des initiatives aisément applicables pour certaines (ex. « *Vulgariser le concept de MCA pour le rendre plus accessible* ») et tributaires des institutions pour d'autres (ex. « *Favoriser la coopération entre professionnels de santé et praticiens intervenants dans les centres sanitaires et médicaux-socio* »). Certaines recommandations concernent spécifiquement le monde de la recherche (ex. « *Préciser les buts de l'évaluation et le critère de jugement pour évaluer les effets sur et avec le patient* »), le secteur juridico-politique (ex. « *Interdire certains financements publics de MCA dont les formations ne sont pas agréées par l'État* »), le milieu sanitaire (« *Intégrer dans les centres sanitaires*

exclusivement les praticiens dont la formation est reconnue et suffisante »), ou plus directement les praticiens (ex. « Distinguer les niveaux de compétence des praticiens » ainsi que les usagers (« Informer les patients sur les dérives thérapeutiques liées aux MCA »).

Les travaux initiés depuis la création de l'A-MCA et les recommandations qui en découlent se veulent une contribution solide et plurielle pour explorer les apports et les risques des MCA. Pour les auteurs de ce rapport, il importe tout autant de chercher à soutenir l'intégration, dans notre système de santé, de pratiques complémentaires adaptées que de lutter contre les risques de dérives thérapeutiques liées à l'utilisation de méthodes douteuses et/ou alternatives.

Ce rapport ne constitue pas une démarche militante mais une contribution d'ordre professionnel et scientifique à la connaissance des MCA. Les experts mobilisés partagent une même attention aux transformations sociétales et une même considération envers les attentes et les usages des patients. Il ne s'agit pas de s'inscrire dans une démarche binaire « pour ou contre les MCA », mais de prendre en compte un fait social, de développer une approche critique et utile, en considérant conjointement les apports et les risques de ces médecines différentes. Finalement, ce rapport est une autre façon de poser des enjeux plus larges, tels que la démocratie sanitaire, l'éthique en santé, l'articulation entre « liberté » et « sécurité » et plus largement ou encore la complémentarité du *cure* (soin) et du *care* (prendre soin).

Bibliographie de référence

1. Abgrall J.M. (1998). Les charlatans de la santé. p.11-28, p.207-235. Collection Documents et actualité. Éditions Payot
2. Adamo B. (2012). Perception et utilisation des médecines non conventionnelles par les médecins généralistes. Thèse de doctorat en médecine générale. Université Paris 13, Paris.
3. Ait M'Hammed (2012). Évaluation du recours aux médecines complémentaires et alternatives en médecine générale dans le département de l'Oise. Thèse de doctorat en médecine générale. Université de Picardie Jules Verne, Amiens.
4. Ardiet G. (2018). Les pratiques alternatives et complémentaires en centre d'hébergement de soins de longue durée et le travail social. *Intervention* 2018 ;147 :93-105.
5. Association Francophone des Soins Oncologiques de Support [AFSOS]. (2012). Place des thérapies complémentaires dans les soins oncologiques de support.
6. Bacqué MF. (2011). Médecines parallèles : un révélateur de la relation médecin-malade. *Psycho-oncol* 5(3):149-151. Doi : 10.1007 : s11839-011-0337-z.
7. Barel Y, Butel M. (1998). Les médecines parallèles : quelques lignes de force. Collection Le point sur, Ed. La Documentation Française.
8. Bégot AC. (2008). Médecines parallèles et cancers : Pratiques thérapeutiques et significations sociales. *Revue Internationale sur le Médicament*.
9. Bégot AC. (2010). Médecines parallèles et cancer, une étude sociologique. L'Harmattan, coll. Logiques sociales.
10. Benedetti F., Carlino E., & Pollo A. (2011). How Placebos Change the Patient's Brain. *Neuropsychopharmacology REVIEWS* (2011) 36, 339–354.
11. Berghmans C, Tarquinio C. (2009). Comprendre et pratiquer les nouvelles psychothérapies. Cohérence cardiaque, relaxation, méditation, hypnose, EMDR, Tai-chi-chuan, Qi gong. Inter Éditions-Dunod, Paris.
12. Berghmans C, Torres JL. (2012). Santé et spiritualité : un pont thérapeutique. Inter Éditions, Paris.
13. Berghmans C., Strub L. et Tarquinio C. (2008). Méditation de pleine conscience et psychothérapie : état des lieux théorique, mesure et pistes de recherche. *Journal de thérapie comportementale et cognitive* n° 18, 62-7.
14. Berthod, M.-A. (2007). Doutes, croyances et divination : Une anthropologie de l'inspiration des devins et de la voyance. Antipodes.
15. Blanchet, A., Batt, M., Trognon, A., & Masse, L. (2005). Language and Behaviour Patterns in a Therapeutic Interaction Sequence. In L. Anolli, S. Duncan, M. Magnusson, & G. Riva (Eds.), *The hidden structure of social interaction. From genomics to culture patterns* (p. 123-140). IOS Press B.V.
16. Blanchet A. (2016). Les psychothérapies sont-elles rationnelles ? Dire, faire dire et guérir. Presses Universitaires de Grenoble (PUG).
17. Bontoux D, Couturier D, Mendès, CJ. (2013). Thérapies complémentaires - acupuncture, hypnose, ostéopathie, Tai-Chi - leur place parmi les ressources de soins. Rapport du 5 mars 2013. Académie Nationale de Médecine, Paris.

18. Bosacki, C., Vallard, A., Gras, M., Daguene, E., Morisson, S., Méry, B., Jmour, O., Guy, J.-B., & Magné, N. (2019). Les médecines alternatives complémentaires en oncologie. *Bulletin du Cancer*, 106(5), 479-491. <https://doi.org/10.1016/j.bulcan.2019.02.011>.
19. Britton, W. B. (2019). Can mindfulness be too much of a good thing? The value of a middle way. *Current Opinion in Psychology*, 28, 159-165. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2018.12.011>
20. Cahen J, Salomon J. (2019). Direction Générale de la Santé et son groupe d'appui technique, pp.363-365. In : Suissa, Guérin & Denormandie. *Médecines Complémentaires et Alternatives, pour ou contre ? Regards croisés sur la médecine de demain*. Editions Michalon.
21. Cambrella. (2012). Pan-European research network for Complementary and Alternative Medicine (CAM). Final Report of Cambrella Work 201, no 241951.
22. Cathebras P. (1996). Le recours aux médecines parallèles observé depuis l'hôpital : banalisation et pragmatisme. *Soigner au pluriel. Essais sur le pluralisme médical*. Éditions Karthala, Paris ; 1996. p. 315-330.
23. Cohen P, Ilario R, Sarradon A, Schmitz O. (2010). Des systèmes pluriels de recours non conventionnels des personnes atteintes de cancer : Une approche socio-anthropologique comparative (France, Belgique, Suisse). *Archives hal-00763219*.
24. Cohen P, Rossi I. (2011). Le pluralisme thérapeutique en mouvement. Introduction du numéro thématique *Anthropologie des soins non conventionnels du cancer*. *Revue française d'anthropologie de la santé* ; 2. Doi : 10.4000/anthropologie.santé.606.
25. Courty D. (2016). Deux modèles topologiques pour repenser l'unité psycho-biologique humaine en Biomédecine : face aux thérapies suppléantes. *Hegel*, 6 :357-365. Doi : 10.4267/2042/61673.
26. Côté A. et Daneault S. (2012). L'effet du yoga chez les patients atteints de cancer. *Canadian Family Physician - Le médecin de famille canadien*, Vol 58. P 933-938.
27. de Fouchier, C. (2013). Évaluation d'un protocole psychothérapeutique associant la psychoéducation, la relaxation et l'EMDR dans la prise en charge des réfugiés victimes de torture d'Afrique centrale et de l'ouest [Thèse de doctorat]. Paris 8, Ecole doctorale "Cognition, Langage, Interaction.
28. De Jauréguiberry H. (1993). Le recours aux médecines parallèles parmi les patients hospitalisés en médecine interne. Thèse de doctorat en médecine générale. Université, Saint-Étienne.
29. Derey E. (2003). Réflexions sur les Médecines Non Conventionnelles suivies de deux médecines énergétiques : la Médecine Traditionnelle Chinoise et la Trame. Thèse pour le diplôme d'état de docteur en pharmacie. Université d'Angers, UFR des Sciences Pharmaceutiques et d'Ingénierie de la Santé, Faculté de pharmacie ; 2003.
30. Dessi F. (2013). Le statut juridique des médecines non conventionnelles. Master 2 recherche « Droit public et privé de la santé », Les Etudes Hospitalières, sous la direction de Berland-Benhaïm Caroline, Collection Mémoires numériques de la BNDS, Aix-Marseille Université.
31. Dilhuydy JM. (2004). Les médecines complémentaires et alternatives en cancérologie : constat et problématiques. *Oncologie*, 6(4):268-274. Doi : 10.1007/s10269-004-0055-2.
32. Dilhuydy JM. (2005). Les médecines complémentaires et alternatives en cancérologie : traitements inéprouvés ou Pratiques inéprouvées. 27e journées de la SFSPM, Deauville ; 2005. p 396-416.
33. Fagon JY, Viens-Bitker C. (2012). *Médecines complémentaires à l'assistance publique Hôpitaux de Paris*. Rapport mai 2012. Assistance Publique Hôpitaux de Paris, Paris.
34. Falissard B. (2016). Les "médecines complémentaires" à l'épreuve de la science. *Recherche et Santé* 2016 ;146 :6-7.
35. Fareng, M. (2014). Apports de l'hypnose dans les traumatismes psychiques. Paris 8, École doctorale "Cognition, Langage, Interaction.
36. Fischer G.N. et Tarquinio C. (2006). *Les Concepts fondamentaux de la psychologie de la santé*. Éditions Dunod, Paris
37. Flandrin M. (2013). Perception des médecines alternatives et complémentaires (MAC) par les médecins généralistes par la méthode du Focus Group. Thèse de doctorat en médecine générale. Université de Nantes, Nantes.
38. Fournier A, Monroy M. (1999) *La Dérive Sectaire*, Presses Universitaires de France.
39. Garillon JL. (2015). Médecines Traditionnelles (MT) et Thérapies Complémentaires Personnalisées (TCP). Essai de classification et d'insertion des pratiques innovantes dans la « médecine intégrative ». *Hegel* 2015 ;5:283-292. doi : 10.4267/2042/57915.
40. Gatignol, C. (2019). Emprise aidants/aidés. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*, 19(109), 19-22. <https://doi.org/10.1016/j.npg.2018.10.004>
41. Geesen M. (2011). Le recours des patients aux médecines non conventionnelles en région Rhône-Alpes. Étude quantitative descriptive transversale par questionnaire de 473 patients. Thèse de doctorat en médecine générale. Université Claude Bernard Lyon 1, Lyon.
42. Glorion B. (2000). *Quelle médecine au XXIème siècle ? Il est temps d'en parler...* Éd. Plon, Paris.
43. Gonzalez, A., & Lardry, J. M. (2011). Le Reiki : Formations et pratiques actuelles. *Kinésithérapie la revue*, 112, 46-50.
44. Guivier A. (2007). Risques d'atteinte à l'intégrité physique encourus par les adeptes de sectes. Thèse de médecine. Université de Franche-Comté. Besançon.

45. Haute Autorité de Santé [HAS]. (2014). Rapport d'évaluation des risques liés aux pratiques de mésothérapie à visée esthétique, juin 2014.
46. Haute Autorité de Santé [HAS] (2006). Développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses validées, Rapport d'orientation ; avril 2011.
47. Haute Autorité de Santé [HAS] (2006). Étude documentaire sur les professions d'ostéopathe et de chiropracteur en Europe : Belgique, Royaume Uni, Suède, Suisse ; Juin 2006.
48. Hogedez, B., & Gaudreault, N. (2019). Les médecines alternatives et complémentaires dans le système Evidence-based medicine. Une étude philosophique de l'ostéopathie. *Ethics, Medicine and Public Health*, 8, 156-166. <https://doi.org/10.1016/j.jemep.2019.02.001>
49. Inserm (2020). Évaluation de l'efficacité et de la sécurité de la sophrologie. Paris, France.
50. INSERM (2019), Activité physique. Prévention et traitement des maladies chroniques. Paris, France, Éditions EDP Sciences, Collection Expertise collective, 2019
51. Inserm (2018). Évaluation de l'efficacité et de la sécurité de l'étiopathie. Paris, France.
52. Inserm (2017). Évaluation de la kinésiologie appliquée et des kinésiologies énergétiques : fiabilité et validité du test musculaire manuel, efficacité et sécurité des pratiques. Paris, France.
53. Inserm (2015). Évaluation de l'efficacité de la pratique de l'hypnose. Paris, France.
54. Inserm (2014). Évaluation de l'efficacité de la pratique du jeûne comme pratique à visée préventive ou thérapeutique. Paris, France
55. Inserm (2014). Évaluation de l'efficacité et de la sécurité de l'acupuncture. Paris, France.
56. Inserm (2014). Évaluation de l'efficacité et de la sécurité de l'auriculothérapie. Paris, France.
57. Inserm (2012). Évaluation de l'efficacité de la pratique de l'ostéopathie. Paris, France.
58. Inserm (2011). Évaluation de l'efficacité de la pratique chiropratique. Paris, France.
59. Inserm (2011). Évaluation de l'efficacité de la pratique e la Biologie totale des êtres vivants et de la déprogrammation biologique. Paris, France.
60. Inserm (2010). Évaluation de l'efficacité de la pratique de la mésothérapie à visée esthétique. Paris, France.
61. Kabat-Zinn, J., & al. (1992). Effectiveness of a meditation-based stress reduction program in the treatment of anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, 149(7), 936-943. <https://doi.org/10.1176/ajp.149.7.936>
62. Laplantine F. et Rabeyron P.L. (1987). Les médecines parallèles. Presses Universitaires de France, coll. Que sais-je ? 2395, Paris.
63. Lasonde DL. (2019). OMS - Les médecines complémentaires dans l'arène internationale. *Hegel*, 9:131-132. Doi: 10.4267/2042/70220.
64. Lazarus A, Delahaye G. (2007) Médecines Complémentaires et Alternatives : Une concurrence à l'assaut de la médecine des preuves ? *Les tribunes de la santé*, 15:79-94. Doi : 10.3917/seve.015.0079.
65. Manheimer E, Berman B. (2008). *Cochrane Complementary Medicine Field*. About the Cochrane Collaboration (Fields), Issue 2; 2008.
66. Massiani, M.-A. (2018). Les thérapies non conventionnelles dans la pratique de la cancérologie : Quelles réponses apporter aux patients ? *Revue des Maladies Respiratoires Actualités*, 10, 269-274.
67. Mayer-Lévy, C. (2010). Recours aux Médecines Complémentaires et Alternatives parmi les patients de Médecine Générale à Paris. Thèse de doctorat en Médecine, Université de Paris Descartes, Paris 5.
68. McEwen L. (2019). Une analyse anthropologique de la relation entre médecine conventionnelle et médecine complémentaire dans la France contemporaine. Thèse de doctorat en anthropologie sociale et ethnologie. Institut de recherche interdisciplinaire sur les enjeux sociaux. École doctorale de l'EHESS, Paris.
69. Mino, J. C., Muller, J. D., & Ricard, J. M. (2018). *Soin du corps, soin de soi. Activité physique adaptée en santé*. PUF.
70. Mission Interministérielle de Vigilance et de Lutte contre les Dérives Sectaires [MIVILUDES]. (2018). Protéger et respecter la citoyenneté de la personne âgée – prévention du risque de dérives sectaires en établissements sanitaires et médicaux-sociaux. Ed. La documentation française.
71. Mission Interministérielle de Vigilance et de Lutte contre les Dérives Sectaires (2015). Rapport annuel d'activité 2016-2017. Ed. La documentation française.
72. Mission Interministérielle de Vigilance et de Lutte contre les Dérives Sectaires (2015). Rapport 2015 au premier ministre. Ed. La documentation française.
73. Mission Interministérielle de Vigilance et de Lutte contre les Dérives Sectaires (2013). Rapport 2013-2014 au premier ministre. Ed. La documentation française.
74. Mission Interministérielle de Vigilance et de Lutte contre les Dérives Sectaires (2012). Rapport 2011-2012 au premier ministre. Ed. La documentation française.

75. Mission Interministérielle de Vigilance et de Lutte contre les Dérives Sectaires [MIVILUDES]. (2012). Santé et dérives sectaires. Ed. La documentation française.
76. Mission Interministérielle de Vigilance et de Lutte contre les Dérives Sectaires [MIVILUDES]. (2012). Savoir déceler les dérives sectaires dans la formation professionnelle. Ed. La documentation française.
77. Mission Interministérielle de Vigilance et de Lutte contre les Dérives Sectaires [MIVILUDES]. (2011). La protection des mineurs contre les dérives sectaires. Ed. La documentation française.
78. Mission Interministérielle de Vigilance et de Lutte contre les Dérives Sectaires [MIVILUDES]. (2011). Les collectivités territoriales face aux dérives sectaires. Ed. La documentation française.
79. Mission Interministérielle de Vigilance et de Lutte contre les Dérives Sectaires [MIVILUDES]. (2011). L'entreprise face au risque sectaire : un enjeu humain et économique, un défi professionnel. Ed. La documentation française.
80. Mission Interministérielle de Vigilance et de Lutte contre les Dérives Sectaires [MIVILUDES]. (2011). Le satanisme : un risque de dérive sectaire. Ed. La documentation française.
81. Mission Interministérielle de Vigilance et de Lutte contre les Dérives Sectaires (2010). Rapport 2010 au 1er ministre, la dérive sectaire dans le domaine de la santé : l'exemple du cancer. Ed. La documentation française.
82. Mission Interministérielle de Vigilance et de Lutte contre les Dérives Sectaires [MIVILUDES] (2010). Qu'est-ce qu'une dérive sectaire ? Où la déceler ? Ed. La documentation française.
83. Mission Interministérielle de Vigilance et de Lutte contre les Dérives Sectaires [MIVILUDES]. (2009). L'Agent public face aux dérives sectaires. Ed. La documentation française.
84. Mission Interministérielle de Vigilance et de Lutte contre les Dérives Sectaires (2009). Rapport au 1er ministre. Ed. La documentation française.
85. Mission Interministérielle de Vigilance et de Lutte contre les Dérives Sectaires (2008). Rapport au 1er ministre. Ed. La documentation française.
86. Mission Interministérielle de Vigilance et de Lutte contre les Dérives Sectaires (2007). Rapport au 1er ministre. Ed. La documentation française.
87. Mission Interministérielle de Vigilance et de Lutte contre les Dérives Sectaires (2006). Rapport au 1er ministre. Ed. La documentation française.
88. Mission Interministérielle de Vigilance et de Lutte contre les Dérives Sectaires (2005). Rapport au 1er ministre. Ed. La documentation française.
89. Mission Interministérielle de Vigilance et de Lutte contre les Dérives Sectaires (2004). Rapport 2004 au 1er ministre, le risque sectaire. Ed. La documentation française.
90. Mission Interministérielle de Vigilance et de Lutte contre les Dérives Sectaires (2003). Rapport 2003 au 1er ministre, les dérives sectaires. Ed. La documentation française.
91. Moulin M. (1990). Les médecines parallèles. La question des modèles épistémologiques. *International Review of Community Development* 24 :115-121. Doi : 10.7202/1033944ar.
92. Morandini C. (2010). La place des médecines complémentaires chez les patients sous chimiothérapie : étude prospective multicentrique réalisée auprès des patients et des professionnels de santé de cancérologie dans 4 hôpitaux de la région Rhône-Alpes. Thèse de doctorat en médecine. Université Joseph Fourier, Grenoble.
93. National Center for Complementary and Alternative Medicine [NCCAM]. (2015). Complementary, alternative, or Integrative Health: What's in a Name?
94. Ninot G. (2021). Non-Pharmacological Intervention. An essential answer to current demographic, Health and Environmental Transitions, Ed. Springer.
95. Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (2000). Principes méthodologiques généraux pour la recherche et l'évaluation de la médecine traditionnelle. Rapport de l'Organisation Mondiale de la Santé, Genève.
96. Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (2002). Stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle pour 2002-2005. Organisation Mondiale de la Santé, Paris.
97. Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (2013). Stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle pour 2014-2023, ISBN 978 92 4 250609 9.
98. Péliissier-Simard L. Xhignesse M. (2008). Les approches complémentaires en santé, comprendre pour bien conseiller. *Le médecin du Québec* 2008 ;43(1).
99. Piolot M., Fagot J-P, Rivière S. et al.(2015) – Homeopathy in France in 2011-2012 according to reimbursements in the French national health insurance database (SNIIRAM). *Fam Pract.*2015 August;32(4):442-448.
100. Plagnol A. (2013). Psychiatrie et médecine fondée sur des valeurs. *Annales médico-psychologiques*, 171, 716-719. doi : 10.1016/j.amp.2013.09.009.
101. Pujol N. (2014). Spiritualité et cancérologie. Enjeux éthiques et épistémologiques d'une intégration. Thèse de doctorat en Sciences de la Vie et de la Santé, Ethique médicale. Universités : Laval et Paris Descartes, Paris V.
102. Renoux H. (2021). Homeopathy assessment - Contribution of the human sciences: Homeopathy 2021; DOI: 10.1055/s-0040-1722235.

103. Robard, I. (2002). Médecines non conventionnelles et droit : la nécessaire intégration dans les systèmes de santé en France et en Europe. Édition Litec, coll. Actualité, Paris.
104. Rosenthal DS, Schraub S. (2008). American cancer society's guide to complementary and alternative cancer methods. Springer Verlag France, Oncologie 2008;3:416-419.
105. Saillant F, Rousseau N, Lavergne M. (2017). Notes pour une définition des pratiques alternatives et des thérapies douces au Québec. Santé mentale au Québec 121 (1987), pp.20-28. DOI : 10.7202/030368ar.
106. Sagy I. (2019). Placebos in the era of open-label trials: An update for clinicians, Eur J Clin Invest. 2019;49:e13038. <https://doi.org/10.1111/eci.13038>.
107. Schraub S. (2009). Étude sociologique du recours aux médecines parallèles en cancérologie. Revue Médecine et Culture 2009 ;11 :2-10.
108. Schraub S. (2007). Médecines parallèles et cancer : analyse sociologique 1962 – 2006. Thèse de doctorat en sciences sociales, pratiques sociales et développement (SSPSP). Université Marc Bloch Sciences Humaines, Strasbourg ; 2007.
109. Schraub S. (1987). La Magie et la Raison. Médecines parallèles, psychisme et cancer. Éditions Calmann-Lévy, Paris.
110. Schraub, S, Eav S, Schott R, Marx E. (2011). Étude psychologique du recours aux médecines parallèles en cancérologie. Psycho-Oncol, 5(3) :157-167. Doi : 10.1007/s11839-011-0332-4.
111. Schraub S, Helary JP (1991). Traitements non prouvés en cancérologie. Bull Cancer 1991 ;78 :915-920.
112. Segal, Z., Teasdale, J., & Williams, J. (2004). Mindfulness-Based Cognitive Therapy: Theoretical Rationale and Empirical Status. In S. C. Hayes, V. M. Follette, & M. Linehan (Éds.), Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition (p. 45-65). Guilford Press.
113. Segal, Z. V., Bieling, P., Young, T., MacQueen, G., Cooke, R., Martin, L., Bloch, R., & Levitan, R. D. (2010). Antidepressant Monotherapy vs Sequential Pharmacotherapy and Mindfulness-Based Cognitive Therapy, or Placebo, for Relapse Prophylaxis in Recurrent Depression. *Archives of General Psychiatry*, 67(12), 1256. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2010.168>.
114. Simon L, Prebay D. (2005). Place des médecines complémentaires et alternatives dans la qualité de vie des patients suivis en oncologie. Thèse d'exercice : Pharmacie. Université Louis Pasteur de Strasbourg.
115. Simon L, Prebay D, Beretz A, Bagot JL, Lobstein A, Rubinstein I, Schraub S. (2007). Médecines complémentaires et alternatives suivies par les patients cancéreux en France. Bulletin du Cancer, 94(5), pp.483-488. Doi :10.1684/bdc.2007.0234.
116. Stone J. (2000). Ethical issues in complementary and alternative medicine. *Complementary Therapies in Medicine* 2000; 8:207-213.
117. Suissa V. (2017). Médecine non conventionnelle et psycho-oncologie. Évaluation de l'impact des Médecines Complémentaires et Alternatives (MCA) chez les patients atteints de cancer. Thèse de doctorat en psychologie clinique. Cognition, Langage et Interaction. Paris, France : Université Paris 8, 2017.
118. Suissa V. (2019). La médecine non conventionnelle : un nouveau modèle de soin ? In : Guérin S. et J-L Martinez, Innovation & Santé : Changer de modèle, La Charte ; 2019. p. 85-128.
119. Suissa V, Castillo, MC, Blanchet A. (2020). Psycho-oncologie : comprendre les processus impliqués dans le vécu des utilisateurs de Médecines Complémentaires ou Alternatives. Hegel 2020 ;10 :1-7.
120. Suissa V. et Guérin S. (2020). Médecines Complémentaires et Alternatives (MCA) : quelle signification en gériatrie ? Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillissement 2020 ; Vol.18, numéro 4, Décembre 2020.
121. Suissa V, Guérin, S, Denormandie P. (2019). Médecines Complémentaires et Alternatives : pour ou contre ? Regards croisés sur la médecine de demain ». Michalon éditions ; 2019.
122. Suissa V, Guérin, S, A. Warusfel (2020). Vers un accompagnement personnalisé nécessaire mais complexe à mettre en œuvre ? L'exemple de la prise en charge oncogériatrique. Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillissement 2020 ; Vol.18, numéro 4, Décembre 2020.
123. Tarquinio C. (2012). Manuel des psychothérapies complémentaires. Fondements, mise en œuvre, cas cliniques, Dunod.
124. Thiriart F. (2012). Le recours aux médecines complémentaires et alternatives en milieu rural lorrain. Thèse de doctorat en médecine. Université de Lorraine, Nancy.
125. Thurin, J.-M., & Thurin, M. (2007). Évaluer les psychothérapies : Méthodes et pratiques, Dunod.
126. Träger-Maury S, Tournigand C, Maindault-Goebel F. (2007). Utilisation de médecine complémentaire chez les patients atteints de cancer dans un service de cancérologie français. Bulletin du Cancer 2007 ;94(11):1017-1025.
127. Triadou P, Martin O, Amsellem Y, Coulon L, Ramos E. (2010). Les patients souffrant de cancers et la médecine traditionnelle chinoise. Expérience des patients de la MTC et définition de la complémentarité. *Acupuncture et Moxibustion* 2010 ; 9(3): 157-162.
128. United Nations Educational Scientific and Cultural Organization [UNESCO] (2011). Avant-projet de rapport sur la médecine traditionnelle et ses implications éthiques. SHS/EST/CIB-17/10CONF.501/3.Paris.
129. Vicari F. (2012). A propos des médecines dites : alternatives, complémentaires, douces, parallèles, etc. Hegel, 2 :59-60. Doi : 10.4267/2042/48251.
130. Vicari F. (2014). Thérapies complémentaires et pratiques innovantes. Hegel, 4 :380-383. Doi :10.4267/2042/54392.

Annexes

Annexe 1 : Liste des experts/contributeurs du rapport

• Comité de pilotage

1. **Suissa Véronique**, Docteur en psychologie, chercheur et Directrice Générale de l'A-MCA.
2. **Pr Guérin Serge**, Professeur en sociologie, Président de l' A-MCA.
3. **Dr Denormandie Philippe**, Chirurgien, Conseiller médical de l'A-MCA.
4. **Pr Bioy Antoine**, Professeur en psychologie, Université Paris VIII, Conseiller scientifique à l'UNESCO et coordinateur scientifique de l'A-MCA.

• Experts scientifiques

5. **Dr Andriamparany Tolotra**, Médecin chercheur et épidémiologiste, Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Ancien chef de service "pharmacopée et médecine traditionnelle", Ministère de la Santé, Madagascar.
6. **Pr Berrut Gilles**, Professeur en médecine, Fondateur du Gérontopôle Pays de la Loire, Médecin chercheur, laboratoire « EA 4334 mobilités interaction performance, Université de Nantes », Conseiller Éthique des recherches médicales de l'A-MCA.
7. **Pr Blanchet Alain**, Professeur émérite en psychologie, Président de l'École des Psychologues Praticiens.
8. **Pr Castillo Marie-Carmen**, Professeur en psychologie, Directrice du Laboratoire de Psychopathologie et Neuropsychologie (LPN), Université Paris VIII.
9. **Cimar Laurence**, Maître de conférences, Docteur en droit, Université de Grenoble Alpes.
10. **Pr Klein Jean Pierre**, psychiatre honoraire des hôpitaux, chercheur en psychothérapie et président de l'Inecat placée sous les hauts Patronages du Ministère de la Culture, du Ministère de la Santé et du Ministère de l'Éducation Nationale.
11. **Lemeunier Nadège**, Docteur 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.
12. **Dr Mino Jean-Christophe**, 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.
13. **Dr Moulias Sophie**, Praticien hospitalier en gériatrie CHU Ambroise Paré et GHU Paris île de France Ouest APHP et enseignant chercheur laboratoire d'éthique médicale (EA 4569, Éthique, politique et santé), Université Paris Descartes.
14. **Pr Naccache Philippe**, Professeur en Sciences de gestion, Département "Transitions sociétales et comportements émergents" Insec SBE - Insec U
15. **Pr Nizard Julien**, Professeur en médecine et chef du centre Fédératif douleur, soins palliatifs et de support, CHU de Nantes, Vice-Président du CUMIC.
16. **Pr Pachoud Bernard**, Professeur de psychopathologie, psychiatre, Université Paris Diderot.
17. **Dr Sanchez Stéphane**, Médecin en santé publique, Hôpitaux Champagne Sud, Maître de conférences associé des Universités - Université de Reims Champagne Ardennes.
18. **Pr Santarpia Alfonso**, Professeur Adjoint, Département de psychologie, Université de Sherbooke, Canada.
19. **Pr Troussier Thierry**, Professeur en médecine, Responsable Chaire UNESCO Santé sexuelle & Droits humains, chercheur Université Paris Diderot.
20. **Dr Wood Chantal**, médecin chercheur, médecin de la douleur, pédiatre et hypno-thérapeute.

• Experts politiques

21. **Pr Berta Philippe**, Député et professeur en génétique.
22. **Chourfi Fadila**, Maire Adjointe Corbeil-Essonnes
23. **Dubié Jeanine**, Députée et ancienne directrice d'EHPAD.
24. **Dufeu Audrey**, Députée et auteur du rapport “ réussir la transition démographique et lutter contre l’âgisme”.
25. **Dupuy Emmanuel**, Conseiller municipal Faute sur-mer.
26. **Egloff Valérie**, Conseiller Régional Normandie et infirmière.
27. **El Khomri Myriam**, Ancienne Ministre du travail, auteur du rapport ministériel 2019 Métiers du Grand Âge.
28. **Firmin Le Bodo Agnès**, Députée et pharmacienne.
29. **Gatel Jean**, Ancien Ministre de l’économie sociale et solidaire.
30. **Lambert François Michel**, Député.
31. **Vanceunebrock Laurence**, Députée.
32. **Pr Villani Cédric**, Député et médaille Field.

• Experts institutionnels

33. **Cahen Juliette**, Ancienne responsable du pilotage du Groupe d’Appui Technique (GAT) sur les MCA au Ministère des Solidarités et de la Santé.
34. **Jaouen Joël**, Président France Alzheimer.
35. **Khalfaoui Samir**, Conseiller santé Mission interministérielle de vigilance et de lutte contre les dérives sectaires (MIVILUDES).
36. **Dr Krakowski Yvan**, Président Association des Soins Oncologiques de Support.
37. **Kupiec Jean-Manuel**, Conseiller du Directeur Général OCIRP.
38. **Mouchenik Dafna**, Présidente SYNERPA Domicile.
39. **Ricard Jean-Michel**, Président et fondateur de Siel Bleu.
40. **Sanchez Éric**, Directeur de la valorisation et des initiatives sociales AG2R La Mondiale.
41. **Dr Tricot Jean-Pierre**, Médecin et Président de la Ligue contre le cancer, Comité du Lot.
42. **Dr Tolédano Alain**, Médecin, Directeur médical de l’institut de cancérologie Hartmann et Président de l’Institut Rafaël.

• Experts de terrain

43. **Dr Besnard-Charvet Christelle**, Gynécologue-obstétricienne, présidente de l'association Centre Ressource Lyon et enseignante à la Fédération française des Sociétés d'Homéopathie (FFSH).
44. **Dr Bourgoignon François**, médecin psychiatre et psychothérapeute, Praticien à l’Institut de Cancérologie de Lorraine (ICL), Directeur de l’IFTBM Mindful-France.
45. **Dr Colombani-Claudiel Sylvie**, médecin anesthésiste et hypno-thérapeute, Institut Bergonié, Nouvelle-Aquitaine.
46. **Daver Corinne**, Docteur en droit, spécialisé en droit de la santé, Directeur Associé Fidal.
47. **Dr Démonceaux Antoine**, Médecin homéopathe et psychanalyste.
48. **Dr Felten Annie**, Médecin acupunctrice.
49. **Dr Renoux Hélène**, Médecin homéopathe.
50. **Dr Träger Stéphanie**, Médecin oncologue, membre du CA et du GEX pratiques complémentaires de l’AFSOS.
51. **Dr Viens-Bitker Catherine**, Médecin, ancien praticien AP-HP, Directrice du projet MCA de l’AP-HP et praticienne en Qi-gong médical.
52. **Warusfel Alice**, Psychologue clinicienne et instructrice MBCT, Espace Cancer Ville de Paris.

- **Représentants des Usagers (patients et aidants)**

53. **Bernardon Fanny**, Ancienne patiente en oncologie et rédactrice santé.
54. **Brami Denis**, Patient partenaire et Pharmacien.
55. **Chelmi Pascale**, Patient partenaire, Membre Commission de Protection des Personnes (CPP) pour avis de protocoles soumis à l'ANSM.
56. **Gou Marie-Aude**, Ancienne patiente en oncologie et Présidente du Pôle Santé du Réseau Professionnel National des Sophrologues (RPNS).
57. **Théron-Charles Camille**, Aidante et Présidente de l'Association des Maladies Foie Enfants (AMFE).
58. **Thual Gwénaëlle**, Aidante et Présidente de l'Association Française des Aidants.
59. **Viatte Juliette**, Ancienne patiente et Rédactrice en chef Géroscopie

- **Experts contributeurs extérieurs à l'A-MCA**

60. **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.
61. **Pr Bernard Laurent**, Professeur de neurologie, Centre Hospitalier Universitaire (CHU) Saint-Etienne.
62. **Catherine Simonin**, Vice-présidente de la Ligue Nationale contre le cancer.
63. **Dr Kierzek Gérald**, médecin Urgentiste et Directeur médical de Doctissimo.
64. **Pr Villet Richard**, Secrétaire Général de la Fondation de l'Académie de Médecine

- **Membres relecteurs du CA**

65. **Denis Bernard**, Président de l'Union Francophone des Patients Partenaires
66. **Dupuy Emmanuel**, Élu La Faute sur Mer

Annexe 2 : Groupes de travail

CONTRIBUTEURS DU RAPPORT - MEMBRES EXPERTS DE L'A-MCA				
	Coordinateurs des groupes	Membres experts	Représentants des Usagers/groupe	Relecteurs des productions/groupe
Axe 1 Définition du concept	Pr Castillo Marie-Carmen Dr Andriamparany Tolotra	Besnard-Charvet Christelle Pr Pachoud Bernard Pr Santarpia Alfonso Dr Tolédano Alain	Brami Denis	Egloff Valérie Lambert François-Michel Dubié Jeanine
Axe 2 : Évaluation des pratiques	Pr Alain Blanchet Pr Gilles Berrut	Lemeunier Nadège Mino Jean-Christophe Dr Sanchez Stéphane	Bernardon Fanny	Pr Berta Philippe Dr Renoux Hélène Pr Villani Cédric
Axe 3 : Formation des praticiens	Pr Nizard Julien Dr Demonceaux Antoine	Dr Krakowski Ivan Dr Lepeu Gérard Dr Träger Stéphanie Daver Corinne	Gou Marie-Aude	Ricard Jean-Michel El Khomri Myriam Jaouen Joël
Axe 4 : Intégration des pratiques	Dr Wood Chantal Dr Bourgognon François	Dr Bitker-Viens Catherine Cimar Laurence Dr Colombani Claudel Sylvie Dr Felten Annie	Viatte Juliette	Dufeu Audrey Mouchenik Dafna Sanchez Éric Dr Moulias Sophie
Axe 5 : Risques et dérives	Warusfel Alice Dr Tricot Jean-Pierre	Khalfaoui Samir Vanceunebrock Laurence Pr Troussier Thierry Cahen Juliette	Théron Charles Camille	Chourfi Fadila Gatel Jean Firmin Le Bodo Agnès

CONTRIBUTEURS DU RAPPORT MEMBRES EXTERNES À L'A-MCA	
Multi-axes Ensemble du rapport	Pr Hirsch Emmanuel
Axe 1 Définition du concept	Dr Kierzek Gérald
Axe 2 : Évaluation des pratiques	Pr Laurent Bernard
Axe 3 : Formation des praticiens	Pr Villet Richard
Axe 4 : Intégration des pratiques	Pr Laurent Bernard
Axe 5 : Risques et dérives	Simonin Catherine

COMITÉ DE RELECTURE DU RAPPORT – MEMBRES EXPERTS DE L'A-MCA			
	Coordinateurs	Membres experts	Membres du CA
Relecture du rapport dans son ensemble	Suissa Véronique Pr Bioy Antoine	Pr Blanchet Alain Kupiec Jean-Manuel Jaouen Joël Dr Moulias Sophie	Guérin Serge Denormandie Philippe Denis Bernard Dupuy Emmanuel



N° 3994

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

QUINZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 18 mars 2021.

PROPOSITION DE RÉSOLUTION

*invitant le Gouvernement à créer une agence
gouvernementale d'évaluation des approches complémentaires adaptées
et de contrôle des dérives thérapeutiques et des pratiques alternatives,*

présentée par Mesdames et Messieurs

Agnès FIRMIN LE BODO, Lise MAGNIER, Luc LAMIRAULT, Olivier FALORNI, Jeanine DUBIÉ, François-Michel LAMBERT, Laurence VANCEUNEBROCK, Maina SAGE, députés.

– 1 –

EXPOSÉ DES MOTIFS

MESDAMES, MESSIEURS,

Quatre français sur dix utilisent les MCA. A l'heure où plus de 68 % des français croient aux bienfaits des Pratiques Non Conventionnelles À Visées Thérapeutiques (PNCVT) communément nommées par l'OMS « Médecines Complémentaires et Alternatives » (MCA), l'État ne peut ignorer ce phénomène ou le reléguer en marge de la médecine officielle

L'OMS dénombre 400 MCA et encourage leur intégration pour soutenir la prévention, la qualité de vie et le bien vieillir. Cependant, la vigilance doit nous porter à

distinguer les méthodes validées et sécurisées, de celles insuffisamment éprouvées, ou encore douteuses, voire dangereuses. C'est un enjeu de santé publique que d'en favoriser le recours quand elles sont bénéfiques et de lutter contre les abus quand elles sont délétères pour éviter leur prolifération incontrôlée.

Des pratiques complémentaires et alternatives au bénéfice apprécié

Certaines pratiques sont d'ores et déjà légales : acupuncture, ostéopathie, chiropraxie, homéopathie, d'autres, comme la sophrologie, l'hypnose, l'art thérapie, sont déployées dans les hôpitaux, les EHPAD et par les associations nationales (Ligue contre le cancer, France Alzheimer...). Un rapport de l'APHP (2012) a montré que l'hôpital public s'est, lui aussi, largement ouvert à certaines MCA. L'Académie de Médecine précise d'ailleurs que l'intégration de certaines MCA présente un intérêt si elle permet « *de préciser leurs effets, de clarifier leurs indications et d'établir de bonnes règles pour leur utilisation* ».

Cet engouement concerne généralement des pratiques adaptées pour s'intégrer dans un circuit vertueux de prévention (hypnose, méditation, art thérapie...). De nombreuses recherches montrent que certaines pratiques présentent des avantages évidents en termes de prévention, de mieux-être et de qualité de vie.

Des risques à pointer et une protection à renforcer :

Si beaucoup de ces pratiques sont désormais connues, leur manque d'encadrement rend cette offre peu lisible et peut entraîner des risques de dérives thérapeutiques pour les patients qui peuvent parfois être tentés par un recours abusif à ces pratiques pouvant aller jusqu'à l'abandon de traitements standards pourtant vitaux.

En effet, les « dérives thérapeutiques » représentent un danger qu'il importe d'étudier et de prévenir en complément de l'action éminemment essentielle de la Miviludes centrée sur les dérives sectaires.

L'incertitude concernant certaines de ces pratiques n'est pas favorable à la confiance, aussi il devient urgent de structurer ce champ et d'en clarifier les indications et les risques en s'inscrivant dans une double perspective d'intégration sécurisée de pratiques complémentaires adaptées et de lutte contre toutes les formes de dérives et d'approches alternatives. Une association, intitulée l'Agence des Médecines des Complémentaires et Alternatives (A-MCA), a été créée en septembre 2020, par des experts issus de la société civile, pour s'inscrire dans cette double perspective. Il est temps d'aller plus loin.

Car l'État doit pouvoir répondre à la demande massive des Français tout en ne manquant pas à son devoir de protection ; elle gagnerait à intégrer ces missions dans une agence gouvernementale pour contribuer à structurer ce champ. Cette agence viserait à informer, conseiller, guider sur ces pratiques tout en développant la recherche dans le domaine. Elle participerait également à consolider les connaissances sur ces pratiques, leurs effets et leur niveau d'efficacité, mais aussi lutter contre les dérives en santé, en particulier les dérives thérapeutiques non sectaires, volontaires ou non, et dont les conséquences peuvent-elles aussi, être dramatiques. Elle pourrait ainsi piloter la réflexion sur les enjeux des médecines complémentaires et alternatives, lutter contre les dérives

thérapeutiques et favoriser la mobilisation des pratiques reconnues au service de la prévention, de la santé et de la qualité de vie des citoyens.

Cette agence serait un acte fondateur pour inventer la médecine de demain au sens d'une articulation efficiente du cure (soin) et du care (prendre soin).

PROPOSITION DE RÉSOLUTION

Article unique

- ① L'Assemblée nationale,
- ② Vu l'article 34-1 de la Constitution,
- ③ Vu l'article 136 du Règlement de l'Assemblée nationale,
- ④ Considérant l'augmentation du recours aux pratiques complémentaires et alternatives dans le domaine de la santé ;
- ⑤ Considérant les bienfaits mais aussi les risques de ces pratiques parfois peu voire pas encadrées ;
- ⑥ Considérant les incertitudes entourant les qualifications de ceux qui pratiquent ces médecines complémentaires et alternatives ;
- ⑦ Considérant la nécessité de favoriser la mobilisation des pratiques reconnues au service de la prévention, de la santé et de la qualité de vie des citoyens ;
- ⑧ Invite le Gouvernement à créer une agence gouvernementale d'évaluation des approches complémentaires adaptées et de contrôle des dérives thérapeutiques et des pratiques alternatives.