

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

Confrontés aux effets secondaires des traitements, au manque de temps des soignants ou à l'absence de remèdes efficaces aux maux du quotidien, les usagers des systèmes de santé des pays développés se tournent de façon croissante vers les médecines non conventionnelles (comme la médecine traditionnelle chinoise ou l'homéopathie), pourtant peu reconnues par la science ou la communauté médicale.

L'étanchéité entre soins conventionnels et non conventionnels n'est d'ailleurs pas totale. Ces derniers sont de plus en plus inclus dans les pratiques des professionnels de santé, voire remboursés. Parallèlement, les usagers ont parfois recours à des thérapeutes, ni médecins ni professionnels paramédicaux, exerçant à la limite du soin et du bien-être. Cet engouement est mal connu en France, bien que l'essor du marché des plantes médicinales et la demande – davantage renseignée – de soins non conventionnels dans les pays voisins laissent à penser que le nombre de Français ayant recours à ces

pratiques est considérable. Certains s'en inquiètent, estimant les méthodes non conventionnelles inefficaces ou même dangereuses. D'autres soutiennent au contraire que ces médecines pourraient être utiles dans le champ de la prévention, des maladies chroniques et de la douleur, voire en cas d'échec de la médecine conventionnelle. Ces thérapies pourraient aussi contribuer à une baisse de la consommation médicamenteuse et à une approche plus globale de la santé et du parcours de vie.

Face aux risques et aux potentiels associés à l'augmentation conjointe de l'offre et de la demande en médecines non conventionnelles, une action des pouvoirs publics semble nécessaire. D'une part, il conviendrait de s'assurer de l'innocuité de ces techniques et d'encadrer la pratique et la formation des thérapeutes. D'autre part, il s'agirait d'organiser l'intégration de ces médecines au système de santé, lorsqu'elles peuvent contribuer, en complément des soins conventionnels, à une prise en charge des patients plus complète. ■

PROPOSITIONS

- 1 Ouvrir une plateforme d'information recensant les connaissances actuelles sur les médecines non conventionnelles, les plantes médicinales et les praticiens du secteur.
- 2 Développer des études bénéfice-risque et coût-efficacité afin de décider de la pertinence :
 - d'interdire ou de dissuader le recours à certaines pratiques ;
 - de promouvoir certaines méthodes via les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) ;
 - et, dans le cas où le rapport coût-efficacité serait favorable, d'envisager le remboursement des pratiques les plus efficaces.
- 3 Afin de permettre aux patients de faire un choix éclairé, établir un label de thérapeute en pratiques non conventionnelles dont l'obtention serait conditionnée à la réussite d'un examen clinique et juridique.
- 4 Labelliser les offres de formation en écoles privées.
- 5 Proposer aux étudiants des filières médicales et paramédicales des modules facultatifs d'initiation aux médecines non conventionnelles pour qu'ils puissent informer leurs futurs patients sur les avantages et risques éventuels.

LES ENJEUX

Bien qu'il soit difficile de chiffrer cette tendance, on semble observer, au niveau mondial, un recours croissant aux médecines non conventionnelles telles que l'ostéopathie, l'homéopathie ou l'acupuncture. Dans ce contexte, le Parlement européen et le Conseil de l'Europe⁽¹⁾ ont appelé à la reconnaissance de ces médecines et nouvelles professions de santé, à condition d'en encadrer strictement l'exercice et la formation. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) s'est quant à elle prononcée en faveur de leur intégration dans les systèmes de santé pour compléter la gamme de soins offerts aux patients.

Or, la place de ces thérapies, voilées de suspicion, n'est toujours pas clairement établie en France. Dans les faits, si la pratique des médecines non conventionnelles est plutôt tolérée, elle se développe sans être correctement encadrée, et parfois même dans l'illégalité. Afin de protéger les usagers, il semble donc nécessaire de situer les limites de ces méthodes et de mieux définir qui sont les praticiens compétents pour les exercer.

Par ailleurs, ces médecines, à la frontière entre soin et bien-être, pourraient permettre de mieux adapter l'offre de santé aux besoins des usagers. En effet, certaines sont susceptibles d'améliorer la prise en charge des patients en complément de la médecine conventionnelle, notamment en matière de prévention et d'accompagnement de pathologies lourdes. Parfois, elles apportent des réponses lorsque les praticiens de la médecine conventionnelle ne parviennent pas à poser un diagnostic.

Dans un contexte financier contraint, comment tirer le meilleur parti des médecines non conventionnelles tout en garantissant la qualité et la sécurité des services de santé ?

Les politiques d'encadrement mises en œuvre dans de nombreux pays, tant en matière de recherche, de modalités d'exercice que de formation des professionnels, peuvent éclairer les réflexions menées en France.

UN ENGOUEMENT CROISSANT POUR LES MÉDECINES NON CONVENTIONNELLES QUI SUSCITE DES INTERROGATIONS

Les médecines non conventionnelles, un ensemble de pratiques hétérogènes

La médecine conventionnelle (aussi appelée occidentale ou allopathique) est fondée sur une validation scientifique par des essais cliniques et/ou un consensus de la communauté professionnelle⁽²⁾. À mesure qu'elle gagnait en efficacité, elle s'est construite contre le charlatanisme, se détachant des superstitions et pratiques religieuses dans une démarche objective de traitement des maladies⁽³⁾. Elle est à la base des systèmes de santé des pays de l'OCDE.

Toutefois, il existe des pratiques visant à préserver et rétablir la santé autres que celles qui sous-tendent les systèmes de santé officiels. En l'absence de définition universelle, elles sont souvent décrites en opposition à la médecine allopathique. L'Organisation mondiale de la santé parle de médecines traditionnelles et les pays anglo-saxons davantage de médecines complémentaires et alternatives. En effet, les pratiques non conventionnelles peuvent être "complémentaires" lorsqu'elles s'ajoutent à un traitement conventionnel, ou "alternatives" lorsqu'elles s'y substituent. En France, on évoque des médecines dites douces, naturelles, parallèles ou holistiques⁽⁴⁾. Aujourd'hui, le consensus s'est plutôt établi autour du terme de médecines non conventionnelles⁽⁵⁾, soit les soins, pratiques et croyances autres que ceux du système de santé dominant, à un endroit et à une période donnés⁽⁶⁾. Il n'en existe pas de liste limitative⁽⁷⁾ (la prière est par exemple intégrée dans ces thérapies aux États-Unis).

Les frontières entre soins conventionnels et non conventionnels sont floues : certains soins dits non conventionnels comme l'homéopathie en France sont dispensés par des professionnels de santé reconnus et remboursés. En outre, l'intérêt des professionnels de santé pour les approches non conventionnelles grandit, par conviction, par désir de mieux répondre aux besoins



[1] Parlement européen [1997], *Le statut des médecines non conventionnelles* ; Conseil de l'Europe [1999], *Une approche européenne des médecines non conventionnelles*.

[2] *Pratiques de soins non conventionnelles* (2011), site du ministère de la Santé.

[3] Ameissen J., Berche P. et Brohard Y. [2011], *Une histoire de la médecine ou le souffle d'Hippocrate*, La Martinière.

[4] Delahaye G. et Lazarus A. [2007], "Médecines complémentaires et alternatives : une concurrence à l'assaut de la médecine de preuves ?", *Les tribunes de la santé*.

[5] Terme retenu au niveau des instances européennes et défini par le Parlement européen [1997] comme "les procédés thérapeutiques qui ne relèvent pas, ou pas encore, de la médecine traditionnelle, qui entraînent très probablement la guérison qu'ils promettent et dont l'exercice n'est pas nécessairement lié à l'obtention d'un diplôme d'État dans le domaine de la science médicale" [diplôme de docteur en médecine].

[6] Définition du *National Center for Complementary and Alternative Medicines* et de la *Cochrane Collaboration*.

[7] Plus de quatre cents selon le rapport annuel 2010 de la Miviludes [Mission interministérielle de vigilance et de lutte contre les dérives sectaires].

des patients⁽⁸⁾, ou parce qu'elles sont un moyen d'obtenir un supplément de revenus. Au Royaume-Uni, 65 % des médecins généralistes considèrent que les médecines complémentaires ont une place dans la médecine "officielle"⁽⁹⁾. En Allemagne, 60 % des médecins généralistes intègrent ces médecines dans leur pratique quotidienne. Quelques pays en ont même élevé certaines au rang de spécialité médicale, comme l'acupuncture et l'homéopathie en Lettonie⁽¹⁰⁾.

Ces pratiques confinent souvent aux **soins de support** (phytothérapie, acupuncture ou art-thérapie par exemple). Liées au **bien-être** et à des **aspects psychosociaux et esthétiques**, ces approches touchent parfois les **marges du soin** (comme la sophrologie ou le yoga).

Selon les pays, les méthodes les plus répandues (*encadré 1*) diffèrent : si l'homéopathie est la pratique non conventionnelle la plus utilisée en France, les Allemands ou les Portugais ont davantage recours à la naturopathie⁽¹¹⁾, les Espagnols au yoga⁽¹²⁾ et les Danois à la réflexologie⁽¹³⁾.

Malgré leur hétérogénéité, le National Center for Complementary and Alternative Medicine⁽¹⁴⁾ (NCCAM) les a classées en **trois familles** :

- ▶ les thérapies fondées sur les **produits naturels** (plantes, minéraux, etc.) ;
- ▶ les thérapies du **corps** et de **l'esprit** (méditation, hypnothérapie, yoga, etc.) ;
- ▶ les thérapies fondées sur la **manipulation** (chiropraxie, ostéopathie, shiatsu⁽¹⁵⁾, réflexologie plantaire, etc.).

Le NCCAM distingue de ces techniques spécifiques les **systèmes médicaux complets** reposant sur des théories, des procédés et une littérature scientifique propres (médecine traditionnelle chinoise⁽¹⁶⁾, médecine ayurvédique⁽¹⁷⁾, homéopathie, etc.).

Encadré 1

Parmi les médecines non conventionnelles les plus courantes⁽¹⁸⁾

L'**homéopathie**, développée au début du XIX^e siècle, repose sur deux principes :

- la loi de la similitude, selon laquelle la substance qui créerait certains symptômes chez une personne saine est administrée à la personne malade présentant ces mêmes symptômes afin de la soigner ;
- le procédé des hautes dilutions : l'efficacité thérapeutique en serait décuplée.

Ses effets sont très controversés. Les Français sont les premiers consommateurs de médicaments homéopathiques au monde⁽¹⁹⁾.

La **phytothérapie** est l'utilisation de plantes à des fins aussi bien préventives que curatives. Le conditionnement varie : plantes sèches, teintures mères, etc.

L'**aromathérapie**, quant à elle, se base sur des extraits aromatiques de plantes (essences et huiles essentielles). Après un déclin dans les pays développés dû à l'arrivée des médicaments de synthèse, par crainte de leurs effets secondaires, l'utilisation des plantes augmente depuis les années 1970. La balance bénéfique/risque s'évalue par plante ou préparation. Selon leur nature, elles sont vendues en pharmacie ou parfois en vente libre. En France, certains préconisent que des herboristes (diplôme disparu depuis 1941) puissent conseiller les clients sur les plantes et huiles essentielles en vente libre⁽²⁰⁾.

L'**acupuncture**, issue de la médecine traditionnelle chinoise, est pratiquée dans de nombreux pays d'Asie et d'Orient. Intégrée par beaucoup de systèmes de santé "occidentaux", elle repose sur la stimulation de points de l'organisme par insertion d'aiguilles afin de rétablir la bonne circulation de l'"énergie" (*Qi*) à travers le corps *via* des méridiens. Son efficacité a été démontrée pour les douleurs chroniques, le traitement de migraines et l'apaisement des nausées et vomissements après une chimiothérapie ou une opération⁽²¹⁾. Elle est aussi utilisée en obstétrique.



[8] Les infirmiers et les aides-soignants notamment, confrontés de près à la détresse quotidienne des patients, cherchent de nouvelles façons de mieux soulager la douleur.

[9] Ernst E. (1996), "Toward quality in complementary health care: is the German «Heilpraktiker» a model for complementary practitioners?", *International Journal for Quality in Health Care*.

[10] Ersdal G. (2005), "How are European patients safeguarded when using complementary and alternative medicine?", CAM-CANCER.

[11] Approche à visée préventive et d'autoguérisson mêlant des techniques non conventionnelles non invasives variées (massages, plantes médicinales, exercices et conseils liés à l'hygiène de vie).

[12] Site web du projet européen CAMbrella.

[13] Se base sur la pression manuelle des zones du corps (pieds, mains, oreilles) sensées correspondre à des organes ou fonctions pour soulager le stress et certains maux physiques. Salomonsen L., Skovgaard L., La Cour S., Nyborg L., Launso L. et Fønnebo V. (2011), "Use of complementary and alternative medicine at Norwegian and Danish hospitals", *Biomed Central Complementary and Alternative Medicine*.

[14] Centre gouvernemental américain créé en 1991 pour évaluer les médecines non conventionnelles, former les chercheurs et informer le grand public et les professionnels.

[15] Technique manuelle élaborée au Japon reposant sur des pressions le long des méridiens à travers lesquels circulerait l'énergie.

[16] Mobilise quatre outils : gymnastique (*qi gong, tai-chi*), manipulations et massages, acupuncture/moxibustion (usage de la chaleur sur des points d'acupuncture) et pharmacopée.

[17] Médecine traditionnelle du sous-continent indien combinant différentes méthodes (exercices physiques comme le yoga, plantes médicinales, massages, etc.) pour atteindre un bien-être physique, mental et spirituel.

[18] Sondage Ifop (2007), "Les Français et les médecines naturelles" ; sondage Ipsos (1990), "Les médecines douces" ; Ernst E. (2005), *Médecines alternatives : le guide critique*, Elsevier.

[19] Selon un sondage Ipsos (2010), 53 % des Français ont déjà eu recours à l'homéopathie. Ils consomment presque les deux tiers de la production mondiale selon Delahaye G. et Lazarus A. (2007), *op. cit.*

[20] Si en France les plantes et huiles essentielles en vente libre sont délivrées sans explications à l'achat car le conseil fait partie du monopole pharmaceutique, en Suisse des droguistes-herboristes spécialement formés vendent, outre des cosmétiques et des produits ménagers, des plantes et de l'homéopathie, tout en prodiguant des conseils. En Grande-Bretagne, les *herbalists* (non-médecins) diagnostiquent et traitent par les plantes.

[21] OMS (2003), *Acupuncture: Review and Analysis of Reports on Controlled Clinical Trials*.

Les thérapies manuelles :

- l'**ostéopathie** repose sur la palpation, destinée à trouver les tensions à l'origine de la maladie, et sur la manipulation des tissus et des structures osseuses visant à rétablir l'équilibre corporel ;
- la **chiropraxie** se concentre davantage sur le système nerveux. Elle repose sur des manipulations visant à corriger les blocages vertébraux qui empêchent une fonction correcte des nerfs et entraînent certaines pathologies.

Ces deux techniques semblent être efficaces, notamment pour lutter contre les lombalgies.

Le recours croissant des usagers aux médecines non conventionnelles

La médecine traditionnelle demeure centrale dans les pays en développement : 80 % des personnes y font appel pour des soins primaires⁽²²⁾. Parallèlement, depuis les années 1970, le **recours aux médecines non conventionnelles dans les pays développés croît** (encadré 2). 70 % des habitants de l'Union européenne y ont eu recours au moins une fois dans leur vie et 25 % se tournent vers ces pratiques chaque année⁽²³⁾. Le taux d'utilisation dépend des pathologies, il atteint par exemple 80 % chez les patients cancéreux.

Encadré 2

D'importants enjeux économiques liés au marché des médecines non conventionnelles

Les enjeux économiques liés à ces pratiques sont très importants :

- les marchés du bio, du bien-être et de la remise en forme se développent considérablement ;
- le marché mondial de la médecine traditionnelle, estimé en 2008 à plus de 63 milliards d'euros par l'OMS, est en expansion ;
- le marché des plantes médicinales est en forte croissance depuis dix ans (entre 5 % à 18 % par an)⁽²⁴⁾, notamment avec la hausse de l'automédication (achat en magasin ou sur Internet). La vente de produits homéopathiques et de la médecine anthroposophique⁽²⁵⁾ a augmenté de 20 % en Europe entre 2003 et 2007⁽²⁶⁾. En 2003, la vente de plantes médicinales a été estimée à presque 4 milliards d'euros sur le marché européen. La France, où la phytothérapie est la deuxième pratique non conventionnelle la plus utilisée, est le deuxième marché européen des plantes médicinales, derrière l'Allemagne⁽²⁷⁾.

De plus, le marché mondial de la santé est un débouché intéressant pour des pays à forte médecine traditionnelle : constatant le succès auprès de la clientèle occidentale des techniques de médecine chinoise depuis les années 1990, l'industrie pharmaceutique chinoise mène actuellement des recherches afin de valider scientifiquement ces techniques et leurs produits associés et de les valoriser financièrement⁽²⁸⁾.

Le profil des usagers se diversifie : si de nombreuses études ont souligné une surreprésentation de femmes des classes moyennes et supérieures⁽²⁹⁾, la tendance est à la convergence des pratiques, quels que soient l'âge, le genre ou le niveau socioculturel⁽³⁰⁾.

Selon le parcours des patients, **les raisons du recours aux médecines non conventionnelles varient**. Méfiants vis-à-vis de l'institution médicale et de l'industrie pharmaceutique, la plupart d'entre eux prônent d'abord le "naturel", perçu, à tort parfois, sans risque. **Éviter la consommation de médicaments** est ainsi la première raison avancée par les Français qui ont recours aux médecines non conventionnelles⁽³¹⁾.

Certains usagers cherchent une solution aux limites de la **médecine conventionnelle**, qu'il s'agisse de l'échec des traitements, du manque de réponses aux maux du quotidien (anxiété, migraines), à la douleur chronique ou à des maladies non caractérisées pour lesquelles les allopathes peinent à poser un diagnostic. D'autres y voient un moyen d'atteindre un meilleur confort de vie en atténuant les effets secondaires de thérapeutiques. En effet, le **bien-être**, qui fonde la définition de la santé par l'OMS, est souvent négligé dans les systèmes de santé alors qu'il est au cœur des médecines non conventionnelles⁽³²⁾. En outre, la plupart des usagers désirent pallier la **carence de prise en charge globale** (physique, psychologique, voire spirituelle) et de **temps d'écoute** des soignants. Le médecin est parfois perçu comme très technicien, plus prescripteur que soignant, perdant parfois de vue le soin dans sa globalité (spécialement sa dimension sociale).

Certains patients ont recours à un traitement complémentaire dans l'espoir de **maximiser leurs chances de rétablissement**. De plus, la plupart des pratiques non conventionnelles demandent un effort personnel,

[22] Premier niveau de soins, soins essentiels.

[23] Roberti di Sarsina P. et Iseppato I. (2009), "Non-conventional medicine in Italy: the present situation", *European journal of integrative medicine*.

[24] Meri Robinson M. et Zhang X. (2011), *The World Medicines Situation 2011, Traditional Medicines Global Situation, Issues and Challenges*, OMS.

[25] Elle ajoute à la médecine conventionnelle une dimension psychique et spirituelle qui semble améliorer la qualité de vie dans le cas de maladies chroniques. L'emploi des médicaments de synthèse est évité.

[26] Roberti di Sarsina P. et Iseppato I. (2009), *op. cit.*

[27] Meri Robinson M. et Zhang X. (2011), *op. cit.*

[28] Micollier E. (2011), "Un savoir thérapeutique hybride et mobile. Éclairage sur la recherche médicale en médecine chinoise en Chine aujourd'hui", *Revue d'anthropologie des connaissances*.

[29] Bégot A.-C. (2008), "Médecines parallèles et cancers : pratiques thérapeutiques et significations sociales", *Revue internationale sur le médicament*.

[30] Dixon A. (2008), *Regulating complementary medical practitioners*, King's Fund.

[31] Sondage Ifop (2007), *op. cit.*

[32] Santé Canada [ministère fédéral de la Santé] (2001), *Perspectives sur les approches complémentaires et parallèles en santé*.

répondant au désir du patient d'être actif et de se réapproprier son corps et son parcours de soins. Enfin, quelques-uns tentent de trouver un sens à leur maladie⁽³³⁾.

Quelle que soit leur motivation, la majorité des malades se tournent vers des médecines non conventionnelles en complément du traitement conventionnel⁽³⁴⁾. En Europe par exemple, seulement 4 % des personnes atteintes de cancer recourent exclusivement aux médecines non conventionnelles, alors que plus des deux tiers les utilisent comme supplément⁽³⁵⁾. D'ailleurs, peu de personnes consultent un thérapeute non conventionnel avant un médecin⁽³⁶⁾.

La plupart des utilisateurs de médecines non conventionnelles s'estiment satisfaits, même si certains reconnaissent que les méthodes employées ne fonctionnent pas systématiquement et qu'ils ont parfois dû changer de thérapeute avant de trouver celui qui les satisfasse⁽³⁷⁾, son écoute et sa disponibilité étant décrites comme fondamentales⁽³⁸⁾. De plus, la sensation de détente et de bien-être est parfois jugée aussi importante que l'issue thérapeutique⁽³⁹⁾.

L'augmentation de la demande traduit ainsi tant la volonté des patients d'être soignés autrement que leur attachement à leur liberté de choix, dans un contexte de métissage d'influences comportementales et culturelles variées⁽⁴⁰⁾.

Prouver les bénéfices des médecines non conventionnelles : un défi posé à la recherche ?

Les médecines non conventionnelles font l'objet de critiques concernant aussi bien leur innocuité, leur efficacité que leur efficience.

Tout d'abord, ces médecines peuvent se révéler un terreau propice aux escroqueries, voire, dans les cas extrêmes, à des dérives sectaires et à la mise en danger des patients, notamment en cas de substitution aux traitements conventionnels.

Par ailleurs, la communication concernant les médecines non conventionnelles est problématique. L'information véhiculée, qu'elle soit positive ou négative, est souvent

teintée de croyances et d'idéologie. En outre, les usagers s'informent moins au sein des cabinets médicaux qu'auprès de leur famille, de leurs connaissances, sur Internet, ou par le biais de la presse dite féminine⁽⁴¹⁾. Lever certains tabous permettrait de mieux protéger les usagers : plus de 75 % des patients ne mentionnent pas à leur équipe soignante qu'ils se tournent vers ces médecines, par peur de déplaire ou de se les voir déconseiller, ce qui peut poser des problèmes d'interaction entre les traitements⁽⁴²⁾.

Enfin, ces médecines, parfois millénaires, reposent davantage sur l'empirisme que sur des essais cliniques rigoureux (randomisés en double aveugle notamment)⁽⁴³⁾. Ce manque de données issues des méthodologies de la médecine conventionnelle entretient le scepticisme, voire l'hostilité, de certaines instances représentatives des médecins.

Toutefois, ces limites peuvent être dépassées par une plus grande vigilance, la diffusion d'informations objectives et le développement de la recherche.

Il serait ainsi nécessaire de rassembler la connaissance objective sur un site internet de référence, à destination du grand public et des professionnels, comme le réclame une majorité de patients⁽⁴⁴⁾. Sur le modèle de passeport-santé.net au Québec (figure 1), il pourrait définir chaque pratique et en exposer les risques et les bénéfices, selon les niveaux de preuves disponibles. Ce site aurait vocation à être alimenté par les avancées de la recherche afin de permettre un choix éclairé de l'utilisateur. Tout en gardant à l'esprit que l'escroquerie et la mise en danger des patients sont marginales, il pourrait inclure une liste des pratiques inefficaces et dangereuses. Cette section s'appuierait sur les travaux de la Mission interministérielle de vigilance et de lutte contre les sectes, comme le guide *Santé et dérives sectaires* publié en avril 2012.

PROPOSITION 1

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

[33] Quête menant parfois à des dérives, notamment avec le décodage biologique (liant maux physiques et psychologiques).

[34] White House Commission on complementary and alternative medicine policy (2002), *Final report*.

[35] Molassiotis A., Fernandez-Ortega P., Pud G. et Ozden D. (2005), "Use of complementary and alternative medicine in cancer patients: a European survey", *Annals of Oncology*.

[36] Dilhuydy J.-M. (2003), L'attrait pour les médecines complémentaires et alternatives en cancérologie : une réalité que les médecins ne peuvent ignorer, *Bull cancer*.

[37] Bégot A.-C. (2008), "Médecines parallèles et cancers : pratiques thérapeutiques et significations sociales", *Revue internationale sur le médicament*.

[38] Schraub S. (2009), "Étude psychologique du recours aux médecines parallèles en cancérologie", *Médecine et Culture*.

[39] Rapports [2010, 2011] du Centre fédéral d'expertise des soins de santé sur l'ostéopathie, la chiropraxie, l'homéopathie et sur l'acupuncture en Belgique.

[40] Graz B., Rodondi P.-Y. et Bovin E. (2011), "Existe-t-il des données scientifiques sur l'efficacité clinique des médecines complémentaires ?", *Forum Med Suisse*.

[41] Dilhuydy J.-M. (2003), *op. cit.*

[42] Graz B., Rodondi P.-Y. et Bovin E. (2011), *op. cit.*

[43] L'OMS a édité un guide sur la méthodologie de l'évaluation des médecines non conventionnelles.

[44] 81 % des patients atteints de cancer souhaiteraient un site clair sur les médecines non conventionnelles selon une étude de l'Association pour l'enseignement et la recherche des internes en oncologie de 2010.

Chiropratique
Accueil > Approches complémentaires > Thérapies

Indications

- ★★★★ Réduire les douleurs lombaires (mal de dos).
- ★★★ Soulager les céphalées (maux de tête).
- ★ Soulager la cervicalgie (douleur au cou).
- ☆ Traiter les hernies discales et autres dysfonctions lombaires.

Légende des symboles

Symbole	Degré de contenu
★★★★	Efficacité certaine
★★★	Efficacité probable
★★	Efficacité possible
★	Précisément efficace
☆	Usage incertain
⚠	Usage expérimental
?	Approches controversées
✗	Approches non recommandées

La chiropratique, qu'est-ce que c'est?

Fiche de passeportsanté.net définissant la chiropraxie et traduisant l'état de la recherche par des symboles.

Face aux critiques concernant le manque de preuves scientifiques dans le secteur des médecines non conventionnelles, certains pays ont créé des centres d'études dédiés, comme le National Research Center in Complementary and Alternative Medicine en Norvège. Afin de nourrir la recherche, ce centre a d'ailleurs mis en place une banque de données consacrée aux effets exceptionnels de ces traitements (amélioration substantielle voire guérison, ou dégradation notable de l'état de santé). Ce *Registry of Exceptional Courses of Disease* couvre le Danemark, la Norvège et la Suède et peut être alimenté par les patients, leur famille et leurs praticiens.

L'Union européenne finance quant à elle jusqu'à la fin 2012 le projet CAMbrella, visant notamment à favoriser le développement de la recherche.

Ainsi, la quantité de données fiables augmente⁽⁴⁵⁾, esquisant les potentialités des médecines non conventionnelles. Si la médecine allopathique est efficace en termes de soins aigus et d'urgence, les médecines non conventionnelles se révèlent utiles en matière de prévention et de prise en charge de la douleur et des maladies chroniques, c'est-à-dire précisément les domaines dans lesquels le système de santé français manque de performance.

Pour ce qui est de la prévention, de nombreuses méthodes non conventionnelles se revendiquent d'abord comme étant préventives avant d'être curatives (utilisation de la phytothérapie comme fortifiant, consultations régulières chez l'ostéopathe ou l'acupuncteur). Les praticiens non conventionnels (comme les naturopathes) abordent des

notions d'éducation à la santé et invitent à des changements de mode de vie⁽⁴⁶⁾ afin de préserver son capital santé. Au vu des courbes démographiques, ces approches combinant exercices, nutrition et gestion du stress pourraient contribuer au vieillissement en bonne santé⁽⁴⁷⁾.

De plus, compléter les traitements conventionnels par des approches non conventionnelles concourt à l'amélioration de la qualité de vie. Aux États-Unis, près de la moitié des établissements pour personnes âgées offrent ce type de services (massages, musicothérapie, relaxation, thérapie assistée d'animaux, etc.) pour soulager la douleur et garantir un plus grand confort⁽⁴⁸⁾. Les médecines non conventionnelles contribuent à une prise en charge plus globale, qui améliore l'efficacité des soins, notamment en matière de maladies chroniques⁽⁴⁹⁾. Par exemple, et pour illustrer la diversité des pratiques contribuant à la bonne santé et au bien-être, l'activité sportive peut non seulement concourir à la prévention primaire⁽⁵⁰⁾, mais aussi à l'accompagnement de pathologies lourdes. Le CHU de Rennes propose ainsi des séances de sport adaptées aux patients atteints de cancer, pour lutter contre la fatigue et diminuer les risques de récurrence.

Les médecines non conventionnelles pourraient donc aider à mieux prévenir et mieux guérir, d'autant qu'elles provoquent peu d'effets iatrogènes⁽⁵¹⁾. Forts de ces résultats, certains suggèrent que les médecines non conventionnelles soient prises en charge par la couverture publique nationale. En effet, se situant sur le terrain de la prévention, elles pourraient renforcer l'état de santé des populations tout en diminuant les coûts. De plus, si leur efficacité est démontrée, la question de l'égal accès à ces méthodes ne manquera pas d'être posée.

Or, la recherche en matière de coût-efficacité est peu fournie et souvent contradictoire⁽⁵²⁾, notamment parce que l'industrie pharmaceutique n'a pas intérêt à financer des essais dans un secteur qui pourrait entraîner une baisse de la prise médicamenteuse. Cette carence nourrit les réticences des systèmes de santé à reconnaître ces pratiques, par crainte d'une hausse des dépenses publiques. Ce champ est donc majoritairement laissé à la charge des patients et de leurs assurances privées.

La question peut toutefois être abordée différemment. La Suisse a ainsi décidé d'intégrer plusieurs méthodes à son système de santé, justement pour mieux en évaluer l'efficacité (*encadré 3*).



[45] Graz B., Rodondi P.-Y. et Bovin E. [2011], *op. cit.*

[46] European Committee for homeopathy, et al. [2008], *Complementary medicine, its current position and its potential for European healthcare*.

[47] Santé Canada [2001], *op. cit.*

[48] Bercovitz A., Sengupta M., Jones A. et Harris-Kojetin D. [2011], "Complementary and Alternative Therapies in Hospice. The National Home and Hospice Care Survey: United States, 2007", *National health statistic reports*.

[49] Fisman K. et Lewith G. [2011], "College of Medicine: a new vision of healthcare", *European Journal of Integrative Medicine*.

[50] Oullier O., Sauneron S. [2010], "Lutte contre l'obésité : repenser les stratégies préventives en matière d'information et d'éducation", *Note de veille* n° 166 et Naves M.-C. [2011], "Comment inciter le plus grand nombre à pratiquer un sport ou une activité sportive ?", *La note d'analyse*, n° 217, Centre d'analyse stratégique.

[51] Trouble provoqué par un traitement ou un professionnel soignant.

[52] Canter P., Thompson Coon J. et Ernst E. [2006], "Cost-effectiveness of complementary therapies in the United Kingdom – A systematic review", *eCAM*.

Encadré 3

En Suisse, cinq médecines non conventionnelles ont six ans pour faire leurs preuves

La médecine anthroposophique⁽⁵³⁾, l'homéopathie, la thérapie neurale, la phytothérapie et la médecine traditionnelle chinoise avaient déjà fait l'objet, pendant six ans et jusqu'en 2005, d'un remboursement par l'assurance de base en Suisse. Toutefois, ces méthodes n'ayant pas, sur cette période, réussi à démontrer leur efficacité, le ministère de la Santé a décidé de mettre fin à leur remboursement.

Cependant, suite à une initiative populaire ayant rassemblé dans un temps très court plus de 200 000 signatures, puis plébiscitée à une nette majorité en 2009, les cinq mêmes méthodes ont désormais six années de plus pour prouver leur efficacité et leur efficience. L'évaluation sera menée conjointement par les associations professionnelles et un organisme de recherche indépendant.

Notons qu'en Suisse la proportion de thérapeutes en médecines non conventionnelles est l'une des plus fortes au monde (entre 30 000 et 40 000 offreurs de soins non conventionnels, comprenant des médecins et des non-médecins, pour un total de 30 000 médecins).

Il serait opportun que la France amorce un calcul réel de la valeur ajoutée des médecines non conventionnelles par rapport aux traitements classiques. Il s'agirait de prendre davantage en compte l'ensemble du parcours de santé des individus (nombre d'arrêts de travail, d'exams ou de traitements médicamenteux évitables), et de ne pas raisonner seulement à partir d'un épisode de maladie et des traitements ponctuels associés.

PROPOSITION 2

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

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

COMMENT EXPLOITER LES BÉNÉFICES DES MÉDECINES NON CONVENTIONNELLES TOUT EN LIMITANT LES RISQUES ?

Au-delà des débats sur l'efficacité des médecines non conventionnelles, il convient de s'interroger sur l'exercice

concret de ces médecines et la manière d'en tirer les bénéfices. Il s'agit pour cela de mieux définir la liste des personnes autorisées à exercer, de clarifier leur formation et de veiller à organiser la compatibilité des médecines conventionnelle et non conventionnelles au sein du système de santé.

Clarifier qui peut être autorisé à pratiquer des médecines non conventionnelles

L'offre en médecines non conventionnelles se diversifie. Très hétérogène, elle mêle professionnels de santé allopathes (médecins, kinésithérapeutes, infirmiers, etc.) et praticiens "non professionnels de santé", qui exercent parfois, selon les pays, dans l'illégalité. La régulation de cette offre est une question sensible car elle touche aux identités et aux monopoles professionnels. Selon les forces en présence, les thérapies et les thérapeutes autorisés varient d'un pays à l'autre.

Il existe deux modes de régulation de la pratique médicale⁽⁵⁴⁾. Ainsi, les pays "monopolistiques" et les pays dits "tolérants" se sont emparés différemment de la question des médecines non conventionnelles.

La France fonctionne sur le principe du monopole médical⁽⁵⁵⁾, tout comme la Belgique, l'Espagne ou l'Italie. Seuls les professionnels de santé peuvent prodiguer des soins. Toute personne établissant un diagnostic ou un traitement sans être médecin s'expose à des poursuites pour exercice illégal de la médecine⁽⁵⁶⁾.

En France, les professionnels de santé emploient parfois dans le cadre de leur pratique des techniques non conventionnelles. L'Ordre reconnaît par exemple l'acupuncture, l'homéopathie, l'ostéopathie et la mésothérapie⁽⁵⁷⁾. Toutefois, les médecins usant de méthodes non conventionnelles peuvent encourir des sanctions pour recours à des "méthodes insuffisamment éprouvées", contraires au code de déontologie.

D'autres acteurs proposent des médecines non conventionnelles, sans être professionnels de santé. Du fait du monopole médical, ils encourrent théoriquement des poursuites judiciaires : se présentant souvent comme "conseillers en vie saine", ils sont rarement sanctionnés, en partie parce que la frontière entre bien-être et santé est relativement ténue. En outre, bien qu'illégales, leurs consultations sont parfois remboursées par les complémentaires santé. Certains thérapeutes s'affichent même ouvertement sur Internet, comme sur *annuaire-therapeutes.com*, alors que les informations qui permettraient de juger de leur qualité ne sont à disposition ni des usagers ni des mutuelles.

[53] Voir la note de bas de page n° 25.

[54] Ersdal G. (2005), *op. cit.*

[55] Le monopole médical date de 1803 et a été renforcé en 1892. Robard I. (2002), *Médecines non conventionnelles et droit*, Juris Classeur.

[56] Article L4161-1 et suivants du CSP. L'exercice illégal existe pour les autres professions de santé (kinésithérapie, pharmacie, pratique infirmière, etc.).

[57] Comme "orientations", mais non comme spécialités médicales.

Face à ce décalage entre textes et réalité, la France a fait évoluer sa réglementation. Des décrets pris en 2007 et 2011 ont ainsi créé les titres d'ostéopathe et de chiropracteur, accessibles entre autres à des praticiens ni médecins ni paramédicaux⁽⁵⁸⁾. Des commissions d'autorisation d'exercice ont été mises en place au niveau des Agences régionales de santé pour gérer le stock de professionnels qui exerçaient avant la légalisation. Des commissions d'agrément ont aussi été réunies pour certifier les écoles répondant aux critères de formation définis par décret.

Si ces dispositions ont permis de mieux encadrer l'ostéopathie et la chiropraxie, la question de la régulation d'autres pratiques, comme la médecine chinoise, demeure posée.

Notons que d'autres pays monopolistiques ont modifié leur réglementation. Comme la France, certains ont reconnu des pratiques non conventionnelles spécifiques et de nouveaux praticiens. En 1999, la Belgique a ainsi voté une loi autorisant les praticiens de médecines non conventionnelles à exercer sous certaines conditions⁽⁵⁹⁾. Ce texte vise quatre disciplines (ostéopathie, chiropraxie, acupuncture et homéopathie), tout en prévoyant de possibles ajouts par la suite. D'autres pays, comme les Pays-Bas en 1993⁽⁶⁰⁾, sont allés jusqu'à abandonner le principe même de monopole médical.

Contrairement aux pays monopolistiques, les pays dits "tolérants"⁽⁶¹⁾, comme le Royaume-Uni ou les États scandinaves, reconnaissent à chacun, s'il ne prétend pas posséder un titre de docteur en médecine, le droit de faire de la prévention et de soigner (hors maladies graves et procédés particuliers comme les actes chirurgicaux, gynécologiques ou obstétricaux).

Alors que les pays monopolistiques autorisaient certains praticiens non conventionnels à exercer, les pays tolérants ont quant à eux introduit des mécanismes de régulation de l'offre, de telle sorte que l'absence de monopole médical ne conduise pas à un manque d'encadrement.

Certains pays disposent ainsi d'un registre volontaire des praticiens en médecines non conventionnelles. Ces registres sont parfois issus d'initiatives privées et désormais reconnus par les autorités publiques, comme en Suisse⁽⁶²⁾ où, au début 2012, le Registre de la médecine empirique regroupait environ 17 500 médecins et

non-médecins. D'autres sont le produit de la volonté des pouvoirs publics, comme au Royaume-Uni (*encadré 4*). Ces registres, accessibles à tous, agissent comme un label qualité et servent de repère aux usagers et aux assureurs santé.

Encadré 4

Le registre du Complementary and Natural Healthcare Council (CNHC) : le choix d'une labellisation volontaire au Royaume-Uni

Au Royaume-Uni, les praticiens non professionnels de santé sont les plus gros offreurs de soins de médecines non conventionnelles⁽⁶³⁾. Si l'ostéopathie et la chiropraxie y sont des professions réglementées (respectivement depuis 1993 et 1994), le reste des praticiens non professionnels de santé en médecines non conventionnelles exerçait, avant 2008, sans réelle régulation et selon des standards inégaux établis par des associations professionnelles fragmentées.

Afin de garantir qualité et sécurité des soins, le CNHC (organisme unique pour plus de visibilité) a été créé en 2008 sur initiative du ministère de la Santé. Il est en charge :

- d'un registre des praticiens établi sur base du volontariat (un peu plus de 5 200 étaient inscrits au début 2012) ;
- de l'établissement de standards minimaux de formation en coopération avec les associations professionnelles ;
- de vérifier que les praticiens possèdent une assurance ;
- d'un code éthique et de bonnes pratiques ;
- d'un mécanisme de plainte (en cas de problème, un praticien peut être retiré du registre).

Outre la liste des praticiens enregistrés, le site Internet donne de brèves explications concernant les 13 disciplines réglementées à travers le CNHC⁽⁶⁴⁾.

Le CNHC a essuyé des critiques pour le faible nombre de praticiens inscrits et les critères de reconnaissance des pratiques en l'absence de preuves scientifiques satisfaisantes. L'audience du site demeure assez réduite parmi la population.

D'autres pays ont opté pour la création d'un statut unique de "praticien en médecines non conventionnelles", dont l'obtention dépend de la réussite d'un examen, comme le *Heilpraktiker* en Allemagne (*encadré 5*). De façon similaire, la Suisse envisage la mise en place de deux diplômes nationaux⁽⁶⁵⁾ obligatoires pour qui voudrait pratiquer des disciplines non conventionnelles sans appartenir aux professions de santé réglementées.

[58] En application de l'article 75 de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

[59] Être membre d'une organisation professionnelle ; recevoir un patient seulement après qu'un médecin a posé un diagnostic (dans le cas contraire, le patient doit indiquer par écrit qu'il ne souhaitait pas voir un médecin) ; ou tenir un "dossier patient" par exemple. Cette loi, dite "loi Colla", n'a pas encore pris pleinement effet en l'absence d'arrêts royaux d'application.

[60] Robard I. (2002), *op. cit.*

[61] Maddalena S. (2005), *Alternative medicines: On the Way Towards Integration ?*, Peter Lang.

[62] La législation relative à l'exercice de professionnels non médecins et non paramédicaux varie selon les cantons : interdiction totale (mais tolérance dans les faits), permissivité ou réglementation de méthodes spécifiques accompagnées de contraintes (réussite d'examens, preuve d'expérience et de formation).

[63] Ernst E. (1996), *op. cit.*

[64] Techniques Alexander et Bowen, aromathérapie, hypnothérapie, guérison traditionnelle, massage, acupuncture, naturopathie, thérapie nutritionnelle, réflexologie, shiatsu, thérapie du sport, yoga.

[65] L'un serait dédié aux médecines alternatives (systèmes médicaux complets comme l'homéopathie, la médecine chinoise ou ayurvédique), l'autre aux thérapies complémentaires (méthodes plus spécifiques comme le yoga ou les massages).

Encadré 5

Le Heilpraktiker : le choix allemand d'une profession dédiée aux médecines non conventionnelles

Le *Heilpraktiker* ("praticien de santé") est un "non-médecin" utilisant des techniques non conventionnelles pour traiter problèmes physiques ou psychiques. Il est issu des mouvements qui, au XIX^e siècle, en réaction à l'émergence de la médecine moderne, prônaient le recours à la naturopathie, l'hydrothérapie, l'homéopathie et autres remèdes. En 1952, la cour constitutionnelle allemande lève certaines restrictions législatives qui auraient mené à la disparition de cette profession. Aujourd'hui, 20 000 *Heilpraktiker* exercent encore à travers toute l'Allemagne (où l'on dénombre 300 000 médecins). Les *Heilpraktiker* ne sont pas obligés de suivre une formation spécifique (en pratique, ils s'inscrivent à des cours privés dont la durée est d'environ trois ans). Cependant, afin d'obtenir le titre, ils doivent réussir un examen organisé par l'autorité sanitaire compétente du Land (connaissances cliniques et physiologiques de base et points de droit). De 20 % à 80 % des candidats échouent selon les régions. Ils sont tenus de référer leurs patients à des médecins en cas de besoin. Depuis quelques années, les associations de *Heilpraktiker* accréditent des écoles et fixent des obligations de formation en acupuncture, en naturopathie ou en homéopathie pour rendre la profession plus crédible. Des doutes subsistent quant à la qualité des soins délivrés⁽⁶⁶⁾. Le remboursement dépend des caisses d'assurance privées.

Toutes ces évolutions réglementaires ont visé, aussi bien dans les pays dits "tolérants" que dans les pays monopolistiques, à **encadrer la pratique de professionnels, conscients de leurs limites, exerçant selon un système déontologique et relevant aussi bien d'une régulation extérieure que d'une autorégulation⁽⁶⁷⁾. Les associations professionnelles ont été responsabilisées : elles participent à l'information du patient, à la formation de leurs membres et à la remontée d'incidents.**

Certains craignent que poser un cadre réglementaire ne légitime des pratiques "folkloriques". Néanmoins, adapter les réglementations aux évolutions des usages permet d'**opérer un tri entre professionnels compétents et pseudo-thérapeutes et d'édicter des recommandations de bonnes pratiques.** En France, pour poursuivre le travail de clarification des pratiques⁽⁶⁸⁾, créer un label dédié aux pratiques non conventionnelles sur le modèle du *Heilpraktiker* allemand permettrait aux usagers de reconnaître les thérapeutes de qualité. L'autorisation d'exercice pourrait être conditionnée à la réussite d'un

examen incluant des points de droit sur les limites de leur champ de compétences. Une liste des praticiens reconnus pourrait être intégrée au site internet de référence sur les médecines non conventionnelles (proposition 1).

PROPOSITION 3

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

Développer les formations en matière de médecines non conventionnelles

Mieux définir les acteurs habilités à intervenir dans le champ des médecines non conventionnelles permet de **standardiser les pratiques et d'imposer aux professionnels (qu'ils soient médecins ou paramédicaux, voire ni l'un ni l'autre) une formation initiale et continue garantissant un niveau de connaissances suffisant.**

En ce qui concerne les **professionnels non allopathes**, les formations dans les pays de l'OCDE sont très majoritairement assurées par des écoles privées. De plus, ces praticiens sont nombreux à **compléter leur formation à l'étranger**, par exemple en Chine pour la médecine traditionnelle chinoise.

En France, le système étant monopolistique, il n'existe pas de diplôme pour les praticiens en médecines non conventionnelles "non professionnels de santé"⁽⁶⁹⁾. Toutefois, des écoles privées, le plus souvent à but lucratif, relevant de l'enseignement supérieur libre ou de la formation professionnelle⁽⁷⁰⁾, forment de nombreux thérapeutes, souvent en reconversion professionnelle, mais de plus en plus directement après le baccalauréat. **Les niveaux des formations sont très inégaux : certaines se déroulent sur plusieurs années, d'autres sur quelques week-ends seulement. Plusieurs ne forment d'ailleurs pas leurs élèves à savoir poser un "diagnostic de triage" pour orienter le patient vers un médecin en cas de besoin.** Cette disparité contribue à jeter le discrédit sur de nombreuses pratiques. En ce qui concerne les ostéopathes, désormais autorisés à exercer légalement, la France est confrontée, depuis leur reconnaissance, à un foisonnement d'écoles privées. Durcir les critères de formation, et donc d'agrément des écoles, serait certainement nécessaire⁽⁷¹⁾. Réfléchir à des ponts avec le système universitaire pourrait aussi permettre d'uniformiser les savoirs.



[66] Deux enquêtes menées par des associations de consommateurs (Öko-Test et Stiftung Warentest) en 2006 et en 2008 ont conclu à des résultats mitigés en termes de satisfaction et de qualité des soins.

[67] Conseil de l'Europe [1999], *op. cit.*

[68] Commencé avec l'ostéopathie, la chiropraxie, et plus récemment poursuivi avec la psychothérapie.

[69] À l'exception désormais des ostéopathes et des chiropracteurs.

[70] Doble emploi a créé en 2011 une fiche "Développement personnel et bien-être" au répertoire opérationnel des métiers et des emplois qui reconnaît des métiers s'exerçant sans diplôme particulier comme "sophrologue", "conseiller en aromathérapie" ou "intervenant en médecine chinoise".

[71] Pour de plus amples renseignements : Duraffourg M. et Vernerey M. [2010], *Le dispositif de formation à l'ostéopathie*, rapport IGAS.

PROPOSITION 4**Labelliser les offres de formation en écoles privées destinées aux personnes désireuses de pratiquer des médecines non conventionnelles.**

En ce qui concerne les médecins et les professionnels paramédicaux, les cursus universitaires évoluent et les cours en médecines non conventionnelles ne sont plus exclusivement délivrés par des écoles privées. En Chine, les étudiants en médecine peuvent acquérir des connaissances à la fois en médecines allopathiques et non conventionnelles. Au-delà de ce cas particulier, de plus en plus d'universités de médecine (parfois prestigieuses comme Oxford ou Harvard) tiennent compte de l'intérêt des usagers et de l'envie des praticiens de disposer d'informations validées scientifiquement. À titre d'exemple, les trois quarts des étudiants en médecine aux Pays-Bas considèrent qu'un médecin devrait avoir des connaissances en médecines non conventionnelles⁽⁷²⁾. 42 % des facultés de "l'Europe des quinze" (UE-15) et 20 % des douze autres États membres proposent des cours de médecines non conventionnelles. Ils ne sont obligatoires en formation initiale que dans 13 % des universités de l'UE-15⁽⁷³⁾ (comme en Allemagne, au Royaume-Uni ou en Suisse⁽⁷⁴⁾). Au sein du corps médical, ce sont tout particulièrement les généralistes qui investissent les médecines non conventionnelles. Certains s'y consacrent à plein temps, alimentant parfois localement la pénurie de médecins en soins primaires "classiques"⁽⁷⁵⁾. En France, le nombre de médecins généralistes à "mode d'exercice particulier"⁽⁷⁶⁾ est passé de 52 % en 1992 à 67 % en 2009. L'homéopathie est la pratique ayant le plus augmenté, 3 % des médecins y recourant systématiquement et près de 42 % occasionnellement⁽⁷⁷⁾.

L'enseignement des approches non conventionnelles dans le cursus initial n'est pas systématique en France. Les professionnels de santé peuvent néanmoins suivre des formations continues – peu nombreuses et de niveaux variables – en écoles privées ou à l'université (comme le propose depuis 1982 la faculté de Paris-XIII).

Face à la hausse de la demande, il semblerait opportun d'augmenter les possibilités de formation universitaire en méthodes non conventionnelles, afin que les médecins puissent, *a minima*, informer, diriger leur patientèle, voire servir de "garde-fou" pour la protéger de certains abus.



[72] Kolkman E., Visser A., Vink A.-M. et Dekker W. [2011], "CAM-education in the medical curriculum: attitude toward and knowledge of CAM among Dutch students", *European Journal of Integrative Medicine*.

[73] CAMDOC Alliance [2010], *The regulatory status of Complementary and Alternative Medicine for medical doctors in Europe*.

[74] Kolkman E., et al. [2011], *op. cit.*

[75] Joos S., Musselmann B., Szecsenyi J. et Goetz K. [2011], "Characteristics and job satisfaction of general practitioners using complementary and alternative medicine in Germany – is there a pattern?", *BioMed Central Complementary and Alternative Medicine*.

[76] Médecin à compétence particulière, sans que celle-ci ne soit une spécialité (homéopathie, médecine du sport, etc.).

[77] Gautier A., Fournier C. et Beck F. [2011], "Pratiques et opinions des médecins généralistes en matière de prévention", ADSP.

[78] Delahaye G. et Lazarus A. [2007], *op. cit.*

[79] Voir les recommandations de la Haute Autorité de Santé dans son rapport sur le "Développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses validées", 2011.

[80] La White House Commission on Complementary and Alternative Medicine Policy a encouragé l'intégration des pratiques non conventionnelles sûres et efficaces, rapport mars 2002.

[81] Micollier E. [2011], *op. cit.*

[82] OMS [2002], *Stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle pour 2002-2005*.

En outre, des formations courtes (par exemple l'apprentissage de quelques points d'acupuncture pour les aides-soignants ou les infirmiers) pourraient être plus largement ouvertes aux paramédicaux.

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

Au-delà, la demande croissante de médecines non conventionnelles pousse à réexaminer la formation et le rôle des professionnels de santé. En effet, les savoirs liés à la relation au patient et à la santé quotidienne (alimentation, rapport au corps, activité physique) ne font pas vraiment partie du corpus enseigné aux professionnels de santé⁽⁷⁸⁾, alors qu'ils auraient un rôle fondamental d'éducation à jouer auprès du patient. La place des médecins généralistes mériterait en particulier d'être repensée, pour qu'ils contribuent à une prise en charge plus globale. Ils pourraient, encouragés par des modes de rémunération au forfait, dédier au patient plus de temps et lui délivrer des conseils liés à l'hygiène de vie, notamment par le biais de prescriptions non médicamenteuses⁽⁷⁹⁾. Ils participeraient ainsi au rééquilibrage du système de santé, du curatif vers le préventif.

Organiser la compatibilité des médecines conventionnelle et non conventionnelles

Au vu des avantages en termes de prévention et de confort de vie, encourager l'émergence d'une médecine intégrative⁽⁸⁰⁾ – soit l'hybridation des savoirs⁽⁸¹⁾ allopathiques et non conventionnels – pourrait contribuer aux objectifs nationaux de santé publique. La médecine intégrative se rapproche d'ailleurs de la médecine personnalisée, car il s'agit d'adapter les traitements aux paramètres biologiques et aux préférences des usagers, en tenant compte de leurs habitudes de vie.

Les "pays intégratifs" au niveau national où médecines conventionnelle et non conventionnelles sont proposées aux patients sur un pied d'égalité, tels la Chine ou le Vietnam, sont très peu nombreux, même si certains pays comme le Royaume-Uni ou le Canada se dirigent dans cette voie⁽⁸²⁾.

En Italie, la région Emilie-Romagne a lancé depuis 2004 des expérimentations locales visant à imbriquer au mieux médecines conventionnelle et non conventionnelles.

L'intégration s'organise déjà dans les lieux de soins (surtout en anesthésie⁽⁸³⁾, en obstétrique et dans la prise en charge de la douleur). Par exemple, 50 % des hôpitaux norvégiens et 30 % des hôpitaux danois proposent des médecines non conventionnelles. **Cette intégration est perçue comme un moyen d'encadrer les pratiques et les praticiens** : au Danemark, après un master un chiropracteur peut travailler dans une clinique ou un hôpital sous la supervision d'un chiropracteur plus expérimenté. Après un an d'internat, il peut à son tour pratiquer indépendamment. Cependant, l'introduction dans les hôpitaux de ces pratiques est généralement liée à une initiative individuelle et non pas à une politique structurelle⁽⁸⁴⁾.

En France également, les médecines non conventionnelles se développent en ville et à l'hôpital, sans cohérence d'ensemble. Les acteurs des médecines non conventionnelles sont nombreux : médecins, paramédicaux, associations (l'association Escale 75 anime des cours de sophrologie et de yoga pour les hommes atteints de cancer à l'hôpital Saint-Louis à Paris par exemple), ou encore entreprises privées offrant leurs services à des établissements de santé (sans que les intervenants aient toujours reçu une formation adéquate). Une réflexion sur la place de ces médecines et les personnes autorisées à intervenir dans les établissements s'impose donc. En l'occurrence, poursuivre, sur le modèle de l'état des lieux mené par l'AP-HP (encadré 6), la collecte de données sur les pratiques non conventionnelles présentes dans les hôpitaux pourrait se révéler utile.

Encadré 6

Les médecines non conventionnelles sont déjà dans les hôpitaux : l'exemple de l'AP-HP

L'Assistance publique-Hôpitaux de Paris a adopté, dans son plan stratégique 2010-2014, un volet sur les médecines complémentaires.

Un centre intégré de médecine chinoise y a été créé en 2011 afin d'évaluer ces techniques et d'envisager leur utilisation dans la prévention et le traitement des maladies chroniques. Des accords ont été signés avec des hôpitaux universitaires de Canton, Nankin, Shanghai et Hong-Kong. Des médecins de ces hôpitaux ont été accueillis à l'AP-HP afin qu'ils apportent leur expertise et qu'ils se familiarisent avec la méthodologie des protocoles de recherche clinique. De plus, une commission chargée d'éclaircir la place prise par ces méthodes en milieu hospitalo-universitaire et de formuler des préconisations a publié ses conclusions en mai 2012⁽⁸⁵⁾. Ces méthodes, bien que ne représentant

qu'une petite partie de l'activité de l'AP-HP, se développent en vue de répondre à la demande des patients, mais aussi du personnel même des hôpitaux.

Composer des équipes pluridisciplinaires intégrant soins conventionnels et non conventionnels pourrait permettre une prise en charge plus complète. Certaines cliniques privées proposent déjà ce type de services, comme au Royaume-Uni ou en Allemagne⁽⁸⁶⁾. Sur ce modèle, la réputée Mayo Clinic américaine offre la possibilité de prendre rendez-vous avec un médecin qui, après avoir dressé un bilan, propose un parcours conjuguant approches conventionnelles et non conventionnelles. En France, lever les freins à la composition d'équipes de soins pluridisciplinaires permettant d'offrir une gamme de soins variée (dans des cabinets de groupe, maisons ou pôles de santé) pourrait faciliter le développement de cadres propices à la synergie entre médecines conventionnelle et non conventionnelles.

CONCLUSION Le recours aux médecines non conventionnelles augmente. Il est nécessaire de mieux informer dès à présent les usagers sur les éventuels risques et les avantages de ces pratiques et les professionnels auxquels ils peuvent s'adresser. Dans l'avenir, offrir la meilleure stratégie thérapeutique au patient passera par la combinaison, quand cela sera pertinent, de la médecine conventionnelle et des approches soignantes différentes, qu'elles soient fondées sur la parole, des produits ou des gestes. Le système de santé pourra ainsi mieux répondre aux attentes des usagers en termes de bien-être et de qualité de vie, d'autant plus que ces variables contribuent au maintien, voire à l'amélioration de l'état de santé.

Pour ce faire, il s'agira d'éclaircir qui peut pratiquer quelle technique et dans quel lieu. Réduire le décalage entre les textes et la pratique pourrait ainsi renforcer la qualité des services et la prévention de dérives éventuelles, ainsi que la capacité de l'usager à faire un choix éclairé^(*).

► **Mots clés** : médecines non conventionnelles, médecines alternatives, médecines complémentaires, médecines douces, médecine intégrative, monopole médical, encadrement, engouement.



Mathilde Reynaudi,
département Questions sociales

* Remerciements : Isabelle Adenot et Marie-Pierre Antoine (CNOP), Guy Boudet et Carole Merle (DGOS), Frédéric Breton et David Verduyssen (OSMC), Michèle Brian, Anne-Marie Gallot et Dorothée Lepoureau (DGS), Gérard Delahaye (médecin généraliste), Jean-Yves Fagon (AP-HP), Irène Kahn Bensaude (CNOM), Philippe Fleuriau (Association française de chiropratique), Marianne Gertsch (Office fédéral de la santé publique suisse), Samir Khalfaoui (Miviludes), Estelle Lavie et Clémence Thébaud (HAS), Daniel Kieffer (Fédération nationale de naturopathie), Antoine Lazarus et Laurent Zelec (université Paris-XIII), Isabelle Robard (avocat), Jean-Pierre Raveneau (herboristerie), Joël Savatofski (IFJS), Michael Schoenstein (OCDE), Thierry Thévenin (SIMPLES), Maggy Wallace (CNHC).

(83) Se développe notamment l'hypnose médicale, pratiquée par exemple à l'AP-HP (à l'hôpital de la Pitié Salpêtrière ou au Centre d'évaluation et de traitement de la douleur de l'hôpital Ambroise-Paré). En Belgique, le CHU de Liège est moteur en la matière.

(84) Salomonsen L., Skovgaard L., La Cour S., Nyborg L., Launso L. et Fønnebo V. (2011), *op. cit.*

(85) Fagon J.-Y. (dir.) (2012), *Médecines complémentaires à l'Assistance publique - Hôpitaux de Paris*, rapport, AP-HP.

(86) Par exemple, en France, l'ostéopathie pédiatrique se développe dans les maternités.

DERNIÈRES
PUBLICATIONS
À CONSULTER

sur www.strategie.gouv.fr, rubrique publications

Notes d'analyse :

- N° 289 ■ **Médecine prédictive : les balbutiements d'un concept aux enjeux considérables**
(octobre 2012)
- N° 288 ■ **Pour une complémentarité du rail, de la route et du fleuve au service du transport de marchandises** (septembre 2012)
- N° 287 ■ **Une analyse des stratégies de désendettement public**
(septembre 2012)
- N° 286 ■ **Convergence des économies européennes : vingt ans après**
(septembre 2012)
- N° 285 ■ **La croissance chez les grands émergents : convergences et tensions** (septembre 2012)
- N° 284 ■ **L'ajustement de l'emploi pendant la crise. Une comparaison internationale et sectorielle** (septembre 2012)

Retrouvez les dernières actualités du Centre d'analyse stratégique sur :

-  Internet : www.strategie.gouv.fr
-  Facebook : [centredanalysestrategique](https://www.facebook.com/centredanalysestrategique)
-  Twitter : [Strategie_Gouv](https://twitter.com/Strategie_Gouv)



La Note d'analyse n° 290 - octobre 2012 est une publication du Centre d'analyse stratégique

Directeur de la publication : Vincent Chriqui, directeur général

Directeur de la rédaction : Hervé Monange, directeur général adjoint

Secrétaires de rédaction : Delphine Gorges, Valérie Senné

Dépôt légal : octobre 2012

N° ISSN : 1760-5733

Contact presse : Jean-Michel Roullé, responsable de la communication
01 42 75 61 37 / 06 46 55 38 38
jean-michel.roulle@strategie.gouv.fr



Le Centre d'analyse stratégique est une institution d'expertise et d'aide à la décision placée auprès du Premier ministre. Il a pour mission d'éclairer le gouvernement dans la définition et la mise en œuvre de ses orientations stratégiques en matière économique, sociale, environnementale et technologique. Il préfigure, à la demande du Premier ministre, les principales réformes gouvernementales. Il mène par ailleurs, de sa propre initiative, des études et analyses dans le cadre d'un programme de travail annuel. Il s'appuie sur un comité d'orientation qui comprend onze membres, dont deux députés et deux sénateurs et un membre du Conseil économique, social et environnemental. Il travaille en réseau avec les principaux conseils d'expertise et de concertation placés auprès du Premier ministre : le Conseil d'analyse économique, le Conseil d'analyse de la société, le Conseil d'orientation pour l'emploi, le Conseil d'orientation des retraites, le Haut Conseil à l'intégration.

www.strategie.gouv.fr