



L'Observatoire des Médecines Complémentaires et Non Conventionnelles : un organisme au service du développement d'une médecine intégrative et scientifique

Véronique MONDAIN¹, Nancy MIDOL², Marie JUSTON-BAQUE³ et Alice GUYON^{4*}

¹ Université Côte d'Azur - Service d'Infectiologie du CHU de Nice, Hôpital L'Archet, 151, route Saint-Antoine de Ginestière, CS 23079 - 06202 Nice Cedex 3, France.

² Université Côte d'Azur- Laboratoire LAPCOS (Anthropologie et Psychologie cliniques, cognitives et sociales), Campus Saint Jean d'Angely, SJA3, MSHS Sud-Est, 24 avenue des diables bleus, 06357 Nice Cedex 4, France.

³ Université Côte d'Azur, Hôpital Pédiatrique de Nice CHU Lenval, Nice, France.

⁴ Université Côte d'Azur- CNRS UMR 7275- IPMC- 660 route des Lucioles-06560 Valbonne, France

*Correspondance : alice.guyon@ipmc.cnrs.fr

DOI : 10.18713/JIMIS-020721-6-4

Soumis le 20 juillet 2020 – Publié le 2 juillet 2021

Volume : 6 - Année : 2021

Titre du numéro : **Observatoires scientifiques Milieux/Sociétés, nouveaux enjeux**

Éditeurs : *André Miralles et Maud Loireau*

Résumé

Sensible au fort développement des thérapies non conventionnelles dans nos sociétés occidentales une équipe autour du doyen de la faculté de médecine de Nice s'est questionnée sur ces pratiques plébiscitées par les patients alors qu'elles ne sont pas reconnues par le milieu médical. En 2015, cette équipe réunissant médecins, praticiens et universitaires a décidé de créer une association loi 1901. L'observatoire était né. Discutant du titre de cette structure loi 1901, entre les termes médecines alternatives, parallèles, etc., le choix s'est fixé sur « médecines complémentaires et non conventionnelles ».

Qu'on regarde ces pratiques avec bienveillance ou suspicion, il ne fait aucun doute que les patients les utilisent. Le patient retrouve son pouvoir d'agir sur sa santé et la plupart des techniques qu'on appelle « corps-esprit » peuvent lui permettre de trouver des ressources internes de santé, de guérison et d'autonomie, ce qui est fondamental et complémentaire de la médecine dite « conventionnelle » ou officielle.

L'observatoire des médecines complémentaires et non conventionnelles de Nice (OMCNC, <http://omcnc.fr/>) s'est d'abord donné comme objectif d'étudier certaines de ces pratiques les plus validées de soins complémentaires, de soutenir et d'organiser des recherches dans ce champ, d'organiser des colloques annuels pour informer le public et connecter des réseaux de recherches. Au cours de son évolution, l'observatoire a mis en place des pratiques et des enseignements notamment pour les étudiants de la faculté de médecine, mais aussi pour des personnels du CHU et des patients. Plusieurs DU ont été créés : hypnose médicale, méditation, phyto-aromathérapie etc. Des membres de l'OMCNC mènent et publient des recherches sur les pratiques complémentaires.

L'OMCNC s'organise en réseau avec d'autres structures sciences - milieux - sociétés, partageant l'objectif d'enrichir le milieu médical et de l'ouvrir à des pratiques de soin et de santé qu'il ignore et considère encore trop souvent comme hors de son champ d'intervention.

Mots clefs

Observatoire, Interventions non médicamenteuses, médecine non conventionnelle et complémentaire

I INTRODUCTION

Le sujet des thérapies complémentaires est vaste et complexe, mais aussi empreint d'incompréhension, de méfiance, de confusion, et même de conflits. Il implique des enjeux humains, environnementaux et économiques qui nécessitent une réflexion collective approfondie, calme et sereine au niveau national et international (Etude CAMbrela¹).

Le développement des thérapies complémentaires est perturbant, car il nous impose de sortir de schémas thérapeutiques et d'évaluation bien établis depuis des décennies par une médecine de plus en plus scientifique et technologique qui a abouti à de formidables progrès des prises en charge des patients. Cependant une certaine surmédication, la puissance des lobbies et certaines affaires judiciaires ont parfois rendu les populations de patients plus méfiants et craintifs. Les thérapies complémentaires proposent une approche tournée vers l'humain, la relation, les conditions de vie. Cette association de la biomédecine à cette approche non conventionnelle s'appelle la médecine intégrative. Ces thérapies complémentaires offrent des soins qui prennent en compte la personne, son contexte, ses projets, son environnement et le sens qu'elle donne à sa vie. Elles proposent une conception globale, bien au-delà de la réparation strictement organique (Brami *et al.* 2014, Celestin-Lhopiteau 2015). Elles interrogent une grande partie du corps médical qui les ignore pour se concentrer essentiellement sur l'organe atteint, ou qui considère qu'elles ne sont pas rationnelles, particulièrement lorsqu'elles sont issues de traditions exotiques dont les bases métaphysiques sont différentes de la conception scientifique occidentale (les systèmes de pensée tels que les cosmologies des médecines traditionnelles orientales, ou plus anciennes encore telles que les conceptions chamaniques désorientant la pratique médicale courante). Elles repositionnent aussi la place des fondamentaux et notamment de l'hygiène de vie, physique et psychique, souvent négligée par le corps médical pour lequel la prévention n'est pas le cœur de métier.

Comment permettre une évolution vers une médecine du XXI^e siècle qui saura faire la synthèse harmonieuse d'un large éventail de méthodes thérapeutiques, choisies pour une personne donnée en fonction de ses besoins, mais aussi de ses demandes, pour agir en complémentarité et fournir un meilleur résultat ? On aurait alors une très belle médecine élargie, à la fois scientifique, technique et humaine, centrée sur le patient et personnalisée. La médecine conventionnelle approche souvent la thérapie via des protocoles, uniformes pour tous les patients, reconnus statistiquement comme apportant les meilleurs résultats au plus grand nombre. Cependant, il est important de reconnaître l'unicité des personnes et les relations entre les différentes composantes du corps - esprit et de l'être dans son environnement physique, social et environnemental, d'où la nécessité d'une approche globale et intégrée pour chaque patient individualisé.

En Europe, environ 150 000 médecins et 178 000 paramédicaux ont fait des pratiques complémentaires un mode d'exercice spécifique. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS, 2013) a recensé plus de 400 méthodes différentes de thérapies complémentaires et selon l'Ordre National des Médecins, 40 % des Français les utilisent (Ordre National des médecins, 2015).

Parmi les milliers de médecins qui déclarent une orientation vers ces pratiques, un sur cinq exerce à l'hôpital (Wahner-Roedler, 2014) et en cancérologie, jusqu'à 70 % des médecins les utilisent (Dilhuydy, 2004). L'offre de ces pratiques augmente de jour en jour, se diversifie et est de plus en plus accessible (Centre d'analyse stratégique, 2012).

Cependant, la santé est un bien trop important pour abandonner ce champ des nouvelles thérapies au mercantilisme ou aux dérives diverses. Sans compter le fait que les risques d'effets indésirables ou d'utilisation non éclairée des thérapies complémentaires sans culture médicale pourraient conduire à des dommages en cas de maladie grave (Centre d'analyse stratégique, 2012). L'OMS préconise de renforcer la sécurité, la qualité et l'efficacité vis-à-vis de ces pratiques

¹ www.cambrella.eu

complémentaires via la réglementation, mais aussi de promouvoir une couverture sanitaire universelle en intégrant les services de médecines traditionnelles et complémentaires dans les systèmes de santé nationaux. Le développement de la connaissance de l'ensemble du corps médical sur ces pratiques et d'initiatives telles que celles des observatoires des médecines non conventionnelles et complémentaires pourrait largement contribuer à un avancement dans l'intégration harmonieuse de ces pratiques. Dans le monde, il existe diverses entités qui se préoccupent des médecines intégratives, par exemple au sein même d'universités américaines. La médecine intégrative est quasi institutionnalisée dans plusieurs pays européens comme l'Allemagne, la Belgique et la Suisse. Cependant peu d'observatoires sont dédiés aux médecines non conventionnelles. On peut toutefois mentionner quelques observatoires régionaux des médecines non conventionnelles et alternatives en Espagne, en Suisse et en Italie (Roberti di Sarsina et Isapatto, 2011).

Dans cet article, après avoir tenté de définir ce que sont les médecines complémentaires et abordé les raisons pour lesquelles elles sont largement utilisées par la population, nous évoquerons la nécessité d'évaluation de ces méthodes et celle d'introduire l'enseignement de certaines d'entre elles à l'Université ainsi que de proposer une éducation du grand public. Nous décrirons alors les objectifs et le mode de fonctionnement du premier Observatoire des médecines complémentaires et non conventionnelles créé en France à Nice en 2015, l'OMCNC. La décision toute récente d'introduire la médecine intégrative dans les études médicales françaises devrait révolutionner leur diffusion et application.

II DIFFÉRENTES VISIONS DES THÉRAPIES COMPLÉMENTAIRES

De quoi parle-t-on lorsque l'on évoque les médecines complémentaires ? Il n'existe pas, à ce jour, de définition consensuelle des thérapies complémentaires. Beaucoup de positions, parfois très tranchées viennent de ce que l'on ne parle pas de la même chose, que les concepts sont flous et donc qu'il est très difficile de se comprendre. Globalement, ces médecines complémentaires incluent des pratiques de soin. Plusieurs terminologies ont été utilisées pour désigner ces pratiques. On parle ainsi de méthodes non conventionnelles, par opposition à la médecine conventionnelle, scientifique, thérapeutique, prouvée (l'EBM, « evidence based medicine » ou médecine basée sur les preuves), qui inclut notamment les traitements médicamenteux et la chirurgie. On parle aussi de médecines douces ou alternatives (Wieland *et al.*, 2011). Ce dernier terme qui n'est pas très approprié, car il suggère une opposition entre les deux types de médecine et que l'on devrait faire un choix entre les deux, alors que ces deux types de médecine sont très complémentaires. Plus récemment le terme Intervention non médicamenteuse (INM) remporte l'adhésion de nombreux professionnels (Ninot et Carbonnel, 2016).

Le terme de thérapies complémentaires est celui qui a été retenu par l'Académie Nationale de Médecine (Bontoux *et al.*, 2013). Il renvoie d'emblée au champ de la médecine et de la pathologie, soulignant bien qu'il s'agit d'abord de traitements, et pas seulement de bien-être (même si certaines de ces méthodes peuvent améliorer la qualité de vie des personnes et les maintenir en santé). Puisqu'elles sont complémentaires, elles viennent en complément des traitements validés scientifiquement (lorsqu'ils existent) dans le cadre d'une médecine intégrative plus globale (Boon *et al.* 2004 ; Fagon et Viens-Bitker, 2012 ; Péliissier-Simard et Xhignesse, 2008 ; Snyderman et Weil, 2002). Ainsi on n'oppose plus les différentes approches, conventionnelles ou non, mais on essaie de les associer afin qu'elles agissent en synergie dans le but d'améliorer d'une part, la situation des patients et, d'autre part, le résultat global de la prise en soins (Abitbol *et al.*, 2014 ; Träger, 2016). Rien ne s'oppose d'ailleurs, à ce que certaines de ces méthodes, après avoir fait l'objet de validations solides et reconnues, puissent rentrer dans le cadre des thérapies conventionnelles, ce qui est déjà le cas pour certaines d'entre elles comme l'hypnose, la méditation de pleine conscience ou l'intégration neuro-émotionnelle par les mouvements oculaires ou « eye movement desensitization and reprocessing », EMDR (Fischer *et al.* 2014).

Différents critères ont été utilisés pour tenter de classer les quelque 400 thérapies complémentaires qui ont été répertoriées (OMS, 2013).

La plateforme universitaire de recherche collaborative d'Évaluation des programmes de Prévention et de Soins de support (CEPS), un outil informatique qui est accessible en ligne à l'adresse : <https://plateformeceps.www.univ-montp3.fr/fr>, propose une classification qui comporte 5 catégories et 19 sous-catégories (Gérazine *et al.*, 2018). Cette classification est très large et incorpore des dimensions qui ne sont pas prises en compte par les définitions des thérapies complémentaires internationales précédentes, comme les interventions numériques ou l'art thérapie (Table 1).

Interventions psychologiques	Interventions physiques	Interventions nutritionnelles	Interventions numériques	Autres interventions
Éducation pour la santé	Activité physique	Complément alimentaire	Objet connecté	Art thérapie
Psychothérapie	Hortithérapie	Thérapie	Thérapie par le jeu vidéo	Objet ergonomique
Zoothérapie	Physiothérapie	Thérapie nutritionnelle	Thérapie par la réalité virtuelle	Phytothérapie
	Thérapie manuelle			Thérapie cosmique
	Thermalisme			Thérapie par les ondes
				Lithothérapie

Tableau 1 : catégories et sous-catégories d'interventions non médicamenteuses (source : <https://plateformeceps.www.univ-montp3.fr/fr/nos-services/classificationnm>)

La Haute Autorité de Santé a publié en 2011 un rapport d'orientation sur le « développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses validées ». L'analyse portait exclusivement sur le développement de la prescription de thérapeutiques nécessitant une participation active du patient (en interaction ou non avec un professionnel spécialisé) et faisant l'objet de recommandations de bonnes pratiques dont la validité est reconnue en France. Dans cette perspective, elle distingue notamment :

- Les règles hygiéno-diététiques : régimes diététiques, activités physiques et sportives, modifications des comportements alimentaires, règles d'hygiène ;
- Les traitements psychologiques : thérapies d'inspiration analytique, thérapies cognitivo-comportementales ;
- Les thérapeutiques physiques : techniques de rééducation : kinésithérapie, ergothérapie, etc.

D'autres classifications ont été proposées pour les thérapies complémentaires en particulier selon :

- leur mécanisme et on peut garder 3 grandes classes : thérapies manuelles, thérapies corps-esprit et substances ;
- leur effet cible ou attendu, spécifique ou non ;
- que les méthodes sont appliquées au patient par un thérapeute ou apprises par le patient et qu'il peut utiliser dans sa vie de tous les jours.

L'OMCNC présente sur son site web (<https://www.omcnc.fr>), de manière non exhaustive, quelques interventions complémentaires en les organisant de la façon suivante : les pratiques psychocorporelles (activités physiques et sportives, EMDR, hypnose, sophrologie, méditation, qi gong, Tai-chi, yoga), les thérapies manuelles (ostéopathie, Shiatsu), les actions sur la nutrition et phytoaromathérapie (aromathérapie micro nutrition, phytothérapie) les médecines traditionnelles (acupuncture, médecine traditionnelle chinoise, ayurveda) et l'Art thérapie (musico-thérapie, danse thérapie). Le choix de la présentation repose sur les techniques les plus validées scientifiquement et sur la présence au sein de notre association d'au moins un ou une spécialiste d'une de ces pratiques. Des références scientifiques sur les indications de ces pratiques seront proposées au fur et à mesure de l'avancée des recherches.

L'offre de ces thérapies complémentaires augmente, se diversifie et est de plus en plus visible, même si l'accessibilité est très inégalitaire. Elles sont largement plébiscitées par les patients et de plus en plus de médecins. Les raisons qui ont conduit à cette situation sont multiples.

III UNE DEMANDE IMPORTANTE DANS LA POPULATION

Globalement, la population est convaincue par la recherche biomédicale et ses prouesses techniques et lui fait confiance en cas de maladie grave ou de situations d'urgence. Cependant, pour des problèmes de santé comme les maladies chroniques, les patients sont souvent déçus. La prise en charge de symptômes non accessibles à la guérison est difficile, à la fois pour le médecin et le patient qui peut ressentir un manque d'engagement des médecins, une considération insuffisante de sa douleur, au sein de consultations contraintes par le temps par exemple. Une partie de la perte de confiance dans les thérapeutiques médicamenteuses est également due aux différentes « affaires » de l'industrie pharmaceutique qui amènent le public à s'interroger sur le « tout médicament ».

Les thérapies complémentaires proposent une approche d'écoute du patient et certaines sont des systèmes complets (Médecines ayurvédique, chinoise, tibétaine) qui intègrent les conditions de vie (l'alimentation, la concorde familiale et de voisinage...), mettent en avant l'importance du toucher (massages) et de la respiration non seulement pour favoriser l'oxygénation, mais aussi pour son rôle dans l'équilibre émotionnel via le système nerveux autonome. L'OMS, dans son rapport sur une « stratégie pour la médecine traditionnelle pour la période 2014-2023 », indique que les médecines traditionnelles et complémentaires « constituent un pan important et souvent sous-estimé des soins de santé ». « Beaucoup de pays reconnaissent la nécessité d'adopter une approche cohésive et intégrative des soins de santé qui permet aux pouvoirs publics, aux professionnels et surtout aux personnes qui recourent aux services de santé d'avoir accès à des méthodes qui soient sûres, respectueuses, efficaces par rapport au coût et efficaces ».

Cependant, la plupart de ces pratiques n'ont pas été évaluées scientifiquement et ne sont pas réglementées, pouvant même parfois donner lieu à des dérives sectaires (Milviludes, 2012). De plus, les formations sont rarement faites dans un cadre universitaire, mais le plus souvent par des officines privées et ne sont soumises à aucun contrôle.

IV LE PROBLÈME DE L'ÉVALUATION DES MÉDECINES COMPLÉMENTAIRES

Depuis plusieurs années, tous les rapports et les synthèses concernant les thérapies complémentaires réalisées par les diverses institutions (HAS, AP-HP, Académie Nationale de Médecine, Conseil National de l'Ordre des Médecins, INSERM...) arrivent à la même conclusion d'une utilisation très importante de ces méthodes complémentaires, mais d'une évaluation insuffisante (Etude CAMbrela², Rapports Inserm sur les médecines complémentaires).

En effet, les travaux disponibles, du fait de leurs insuffisances méthodologiques, ne permettent souvent pas de conclure dans des conditions satisfaisantes ni sur leur réelle efficacité, ni sur leur

² www.cambrella.eu

rapport-bénéfices/risques, ni sur leur éventuel positionnement dans les stratégies thérapeutiques de certaines maladies, ni sur leur rapport efficacité/coût.

Il serait utile que cette situation évolue, d'autant que ce secteur répond à une forte attente de la population et qu'il est vecteur d'emploi et d'innovation. Promouvoir une évaluation des thérapies complémentaires et de leur rapport-bénéfices/risques, pour les patients et la société, évaluation nécessairement scientifique, de qualité et adaptée aux particularités des différentes méthodes, permettrait de sortir de l'impasse actuelle qui empêche depuis trop longtemps des conclusions claires et des décisions appropriées en termes de santé publique.

Dans les années 1960, l'EBM a introduit les statistiques dans l'évaluation des soins, permettant de comparer entre abstention ou placebo et action thérapeutique, le soin ainsi formalisé devenant plus académique. Les variables analysées sont essentiellement quantitatives : jours de symptômes, données biologiques, pourcentage de guérison...). L'anglais « medicine » signifiant médecine ou médicament, l'EBM a concerné exclusivement les médicaments, car eux seuls pouvaient être comparés à des placebos (Sackett *et al.*, 1996).

Le corps humain possède de nombreuses et puissantes capacités de réparation et d'auto-soin. L'effet placebo semble capable de renforcer à des degrés divers ces capacités d'auto-guérison en activant des phénomènes physiologiques et biologiques (Benedetti *et al.*, 2011 ; Benedetti, 2014). On peut ainsi considérer l'effet placebo comme la résultante de la capacité du patient à mobiliser ses ressources propres en optimisant les effets de l'attente de la guérison induits par ses croyances et représentations, mais aussi par le soignant à travers la qualité de la relation thérapeutique, par un effet conjoint sur le cerveau et les systèmes endocrine et immunitaire (Guyon, 2020 ; Kaptchuk, 1998).

Cependant, contrairement à ce qui est souvent affirmé, l'évaluation des thérapies complémentaires, malgré leur complexité, est tout à fait possible dans un cadre scientifique rigoureux, fournissant des données fiables et de qualité (Craig *et al.*, 2008, 2013 ; Wayne, 2014). Les méthodes d'évaluation se mettent en place ou existent déjà (Cochrane, 2020). Elles doivent être correctement choisies et adaptées aux questions posées et à l'intervention évaluée (Ninot et Carbonnel, 2016) et faire une part importante aux évaluations qualitatives ou mixtes.

Les découvertes de la psycho-neuro-endocrino-immunologie, du microbiote et de ses interactions avec le système nerveux et de l'épigénétique (où il devient possible de mesurer très précisément les effets d'une intervention nutritionnelle ou d'une thérapie de gestion du stress) permettent d'apporter plus facilement des preuves quantitatives classiques de l'évaluation de ces thérapies (Guyon, 2020). De la même façon, le développement des neurosciences et de la neuro-imagerie permet de comprendre à quel niveau agissent les thérapies psycho-corporelles. Mais la question du financement des études scientifiques sur les effets des thérapies complémentaires se pose. L'évaluation qualitative basée sur le ressenti du patient, niveau permettant de passer de l'efficacité à l'efficience, doit aussi se développer dans le domaine de la recherche de façon parallèle à la mise au premier plan de la qualité des soins dans le futur financement des hôpitaux tel que la réforme de la tarification le prévoit.

Les pratiques qui auront démontré leur intérêt thérapeutique devront être intégrées dans les parcours de soins (ville et établissements) en complément des pratiques conventionnelles.

V LA QUESTION DE L'ENSEIGNEMENT DES MÉDECINES COMPLÉMENTAIRES A L'UNIVERSITÉ

5.1. Problématique

Il s'avère important de consolider la base de connaissance concernant les thérapies complémentaires, y compris dans le cadre universitaire. Toutefois, la question de l'enseignement des médecines complémentaires à l'université est complexe, car elle implique de distinguer les deux

grands domaines de la médecine : le diagnostic et le soin (Périno, 2020). Le diagnostic et le traitement sont basés depuis longtemps sur de solides preuves, grâce à la riche sémiologie issue de la méthode anatomo-clinique et aux apports de l'imagerie et des analyses biologiques. Inversement le soin est essentiellement empirique, donc difficile à formaliser pour un enseignement universitaire. C'est la raison pour laquelle les soins non pharmacologiques ou sans preuve statistique ont été négligés par les facultés : non seulement l'acupuncture ou l'homéopathie, mais aussi les psychothérapies, les thérapies comportementales, le sport, la nutrition, la kinésithérapie, etc. Les facultés enseignent les diagnostics et les traitements thérapeutiques pour la grande majorité des problèmes de santé en particulier tous les problèmes aigus (par exemple l'appendicite, la pneumopathie bactérienne, l'infarctus du myocarde, les fractures du col du fémur, etc.). Les traitements sont enseignés et sauvent des milliers de patients. En revanche, l'enseignement des soins pour les pathologies chroniques ou fonctionnelles, les douleurs au long cours ou les symptômes dont on ne trouve pas la cause est bien loin de la qualité qu'exige la rigueur universitaire (Perino, 2019).

Pourtant, d'une part certaines thérapies psycho corporelles commencent à avoir des explications scientifiques et à être évaluées par l'EBM et d'autre part la validité théorique ne garantit pas le succès clinique. Le diagnostic est une science, mais la preuve statistique est très relative et peut être sans intérêt devant l'individu. Les diagnostics de certitude peuvent conduire à des soins d'une certaine rigueur scientifique. Mais pour les diagnostics flous ou en attente, pour les symptômes en particulier chroniques, pour la prévention, chaque médiateur de soin (soignant) possède sa pertinence individuelle. À partir du moment où un diagnostic clinique médical a été réalisé initialement, il existe pour le soignant des biais statistiques, affectifs, cognitifs et culturels. On note également des biais générés par le marketing pharmaceutique et des publicités abusives, même s'il est vrai que cela se produit aussi pour nombre de médecines non conventionnelles avec parfois des engouements médiatiques pour telle ou telle pratique.

5.2. Propositions

Grégory Ninot (Ninot, 2013) affirme que « Les connaissances récentes montrent à quel point la santé est le produit d'une interaction complexe d'un sujet avec son environnement, d'un patrimoine génétique avec son milieu écologique, social et culturel (épigénétique). Ces connaissances rétablissent un équilibre entre la thérapie et la prévention, entre les traitements et les soins, entre la biologie et la psycho-sociologie, entre le patrimoine génétique et le mode de vie... »

Les universités doivent avoir l'audace d'un enseignement novateur de la pratique du soin dont on ne peut nier qu'elle participe à la guérison du patient, comme c'est déjà le cas pour certaines pratiques reconnues (hypnose, acupuncture, EMDR, méditation...). D'une part, il serait souhaitable que le corps médical intègre cette notion essentielle que la plupart des maladies chroniques ont une racine commune : elles sont le fait de l'installation progressive d'un déséquilibre qui passe par une inflammation de bas grade (Minihane *et al.*, 2015), elle-même en lien avec une exposition à un exposome délétère, dont les piliers sont nutritionnels, toxiques, liés au stress, à la sédentarité. La prévention se voit ainsi repositionnée au centre de la politique de santé. D'autre part, il serait utile que le corps médical s'ouvre à la complémentarité des approches conventionnelles ciblées sur les symptômes et le diagnostic, avec des approches non conventionnelles, holistiques ou de terrain, s'intéressant à l'individu dans sa singularité, et aux déséquilibres, y compris psycho-somatiques, qui auraient pu conduire à ces symptômes.

À l'heure actuelle, plusieurs universités en France ont déjà amorcé ce tournant. Citons par exemple des Diplômes universitaires d'éducation thérapeutique du patient (Paris, Lyon, Strasbourg, Amiens Lille, Rennes, Anger, Clermont-Ferrand), d'Hypnose médicale (Paris, Lyon, Marseille, Nantes Dijon, Rennes, Tours, Brest, Montpellier, Nice...), d'Acupuncture (Strasbourg, Montpellier, Nîmes...), de Méditation appliquée à des approches en santé intégrative (Strasbourg, Lyon, Paris, Montpellier, Nice), de Phytothérapie-Aromathérapie (Montpellier, Tours, Nantes, Besançon, Nice...), ou d'EMDR (Paris, Lyon, Bordeaux, Nancy...).

Le développement de ce type d'enseignement, son intégration dans les études médicales (acté en 2021 sous forme d'objectifs pour les épreuves classantes nationales [ECN] et d'un enseignement à la faculté de médecine obligatoire, une grande nouveauté en France) et l'élargissement à d'autres pratiques encore non enseignées, devrait permettre de promouvoir une médecine plus intégrative répondant mieux aux attentes et aux besoins des patients.

VI LA PERCÉE DE LA PENSÉE HOLISTIQUE DANS LES MILIEUX MÉDICAUX ET DU SOIN

6.1. Historique de la problématique

Dans de nombreuses écoles de médecine à travers les États-Unis, la pensée holistique ou intégrative (c'est-à-dire une vision du corps-esprit dans son ensemble et dans son environnement) se répand à tous les niveaux, des cliniciens aux chercheurs et aux enseignants, via des programmes d'évaluation des pratiques corps-esprit comme le yoga, le Qi-gong et le Tai-chi (Wayne, 2014). Les États-Unis ont créé en 1998 une agence dédiée, le centre national pour les thérapies complémentaires et la santé intégrée (*National center for complementary and integrative health*, NCCIH <https://nccih.nih.gov>), axant un pan de la politique fédérale vers l'évaluation et la mise en place d'une prise en charge sanitaire « intégrative ». En 2000, le conseil des Doyens de la Harvard Medical School a instauré le département de Recherches et d'Éducation en thérapies médicales alternatives et complémentaires. Plus de 86 universités américaines enseignent et reconnaissent comme spécialité la médecine intégrative. La France est relativement en retard dans cette démarche par rapport aux USA ou à d'autres pays européens, mais elle a tous les atouts nécessaires pour pouvoir rapidement rattraper ce retard (McEwen, 2019).

6.2. Propositions

De manière importante, des observatoires et des départements de médecine intégrative sont en train de se mettre en place. Dans le paysage français, trois entités universitaires partagent avec l'OMCNC une organisation et un rayonnement à l'origine de son déploiement. Le Collège universitaire des Médecines Intégratives et Complémentaires (CUMIC), le Groupe d'évaluation des Thérapies Complémentaires Personnalisées et des Pratiques Innovantes (GETCOP), la plateforme universitaire Collaborative d'Évaluation des programmes de Préventions et des Soins de support (CEPS). Des organismes privés soutiennent activement ou proposent des formations de grande qualité comme le Comité de Développement Durable Santé (C2DS) et l'Institut de Formation et de recherche pour les Professionnels de la santé et centre de santé et de thérapies Psycho-Corporelles (IFPPC). Ces organisations se sont rapprochées pour former une alliance, afin de porter vers les instances les bases de la mise en place d'un développement structuré et sécurisé de cette médecine intégrative. La production de cette alliance, lors du congrès de l'ICEPS 2019, se traduit par l'Appel de Montpellier (Appel de Montpellier, 2018) dont les principales propositions sont :

1. Clarifier les indications, les définitions, les contenus, les pratiques, les formations initiales et les formations continues en médecine intégrative et en interventions non médicamenteuses (INM),
2. Faciliter l'intégration des INM pertinentes dans les parcours individuels de santé,
3. Sensibiliser les médecins aux approches intégratives et aux INM,
4. Différencier les pratiques en médecine intégrative et les INM des pratiques et des médecines alternatives (parallèles, sectaires...),
5. Améliorer la recherche, l'évaluation et la surveillance des bénéfices, des risques et des coûts-efficacité des INM,
6. Créer un organisme national ou européen spécialisé dans ce secteur,
7. Faciliter l'accès à une information claire et transparente sur les pratiques et les praticiens,
8. Impliquer les patients et les professionnels dans l'évaluation et la surveillance des pratiques et des praticiens,

9. Inscrire ces pratiques dans l'approche « Evidence based medicine » (EBM),
 10. Structurer règlementairement et économiquement la mise en œuvre de ces pratiques dans les parcours de santé personnalisés,
 11. Demander aux professionnels des INM de s'engager à ne pas retarder ou interférer avec un diagnostic médical,
 12. D'encourager le travail interdisciplinaire pour lutter contre les maladies complexes (personnes malades chroniques ou personnes vulnérables).
- Les points 7 à 10 pourraient particulièrement s'appuyer sur des observatoires.

Une charte de fonctionnement et d'engagement des praticiens de médecines intégratives a été écrite par cette alliance (Charte de Berlin, 2019, <https://www.cairn.info/revue-hegel-2019-2-page-136.htm>).

VII ENJEUX MÉTHODOLOGIQUES, TECHNIQUES ET ÉTHIQUES DE LA MISE EN ŒUVRE D'OBSERVATOIRES DES MÉDECINES COMPLÉMENTAIRES

Nous avons vu que dans de nombreuses universités de France se mettent en place des enseignements de thérapies complémentaires. De même, des programmes de recherche visant à évaluer les thérapies complémentaires commencent à émerger. Par exemple, à Lille, un programme de recherche est en cours sur les effets de la yogathérapie sur l'endométriose (Nina Gueneau, <https://ydc-yoga.com/ydc-yoga/>).

La mise en œuvre d'entités dédiées à la formation et l'évaluation des médecines complémentaires, comme l'observatoire de Nice, devrait permettre d'apporter des outils et des indicateurs d'évaluation de ces pratiques, même si elles restent excessivement difficiles à financer compte tenu de la non-rentabilité industrielle des résultats qui vont apparaître.

Loireau *et al.* (2014) ont décrit le modèle de dispositif de l'observatoire scientifique mis au service des gestionnaires sur un territoire (OSAGE) en réponse à une question de société et s'appuyant sur des dispositifs scientifiques, techniques et institutionnels. Un tel observatoire génère des données, de l'information et des connaissances. Ce modèle constitue une bonne base pour la conception et la mise en œuvre d'un observatoire des médecines complémentaires.

Concernant les méthodes complémentaires, les enjeux méthodologiques et techniques sont nombreux. Comme nous l'avons vu, les protocoles pour tester l'efficacité de médicaments sont bien établis, avec traditionnellement la comparaison des effets à un groupe placebo, à qui on délivre une formule inactive, l'analyse se faisant en aveugle au bras ayant reçu la formulation contenant des molécules actives ou le placebo. En revanche, en ce qui concerne les pratiques complémentaires, l'établissement d'un groupe contrôle est beaucoup plus complexe et il est généralement impossible d'effectuer les essais en aveugle, les participants sachant parfaitement quelle méthode ils ont pratiquée. De plus, les effets sont généralement d'ordre qualitatif et plus difficilement quantifiables. De nouveaux critères d'étude doivent être mis au point, validés par la communauté scientifique et utilisés.

Sur le plan éthique, un observatoire défini de manière libre et autonome est un lieu neutre par rapport aux laboratoires de recherche qui peuvent devoir rendre des comptes aux industriels ou à l'état qui leur fournit les crédits pour fonctionner, mais il permet néanmoins de valider des approches. L'observatoire doit tenir compte du cadre légal de l'exercice des différentes pratiques complémentaires et tenir informé à la fois les systèmes décisionnels et les citoyens des avancées des connaissances.

Comment faire pour que l'observatoire puisse fonctionner de manière indépendante, avec quels outils et pour quelles fonctionnalités ? L'observatoire peut fonctionner financièrement sur la base des cotisations de ses membres, des frais d'inscription des participants aux colloques organisés et par les dons de particuliers et de sponsors. L'observatoire nécessite des locaux pour que ses membres puissent se réunir et des outils informatiques et bureautiques. Il doit pouvoir 1) acquérir

des données dans le respect des règles éthiques et en respectant les lois de l'informatique et des libertés, 2) pouvoir les analyser, 3) faire une recherche, un suivi sur les pratiques complémentaires et 4) lorsqu'elles ont été validées scientifiquement les faire connaître au niveau sociétal, tant dans le monde médical qu'auprès du public, à l'échelle régionale, nationale, et même internationale (Figure 1).

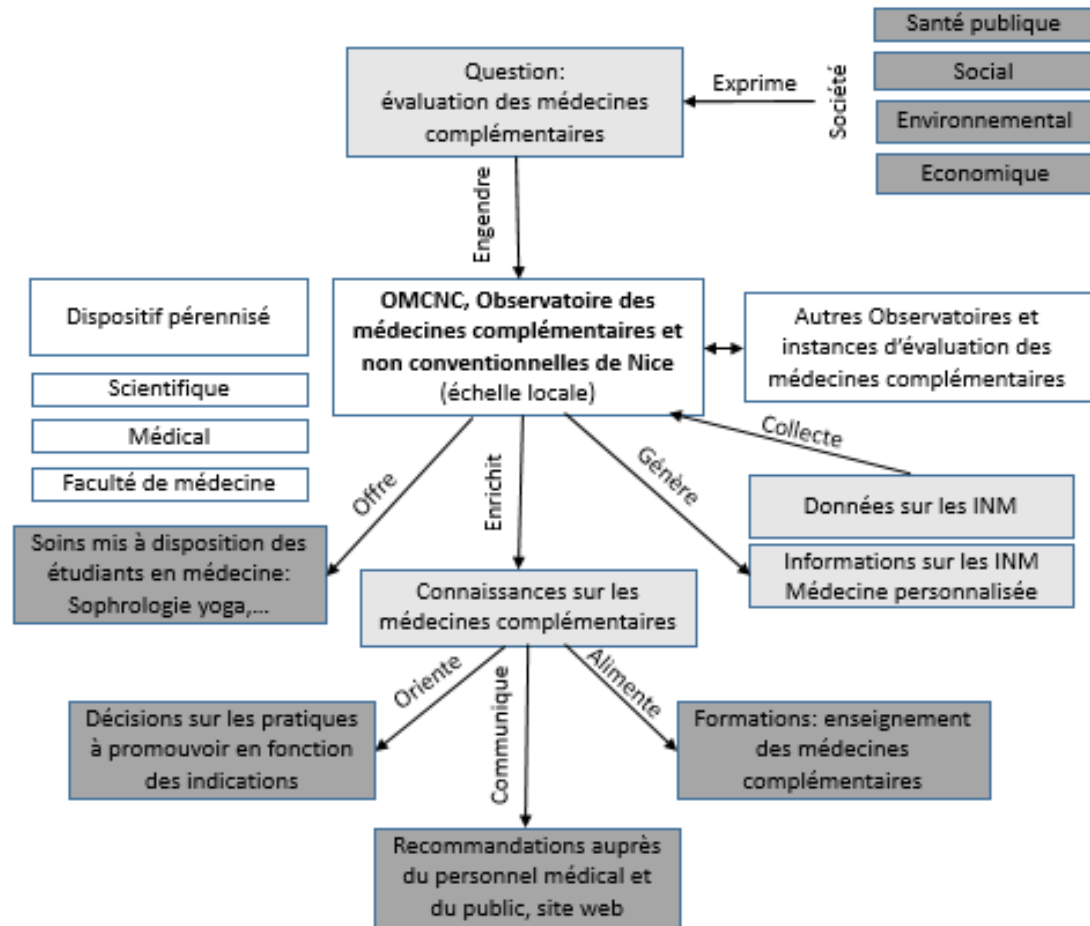


Figure 1. Structure générale et missions de l'OMCNC. Cette figure s'est inspirée des dispositifs OSAGE d'après Loireau et al. 2014. Les flèches indiquent les liens existants entre les différentes boîtes. INM : interventions non médicamenteuses.

VIII ORGANISATION, FONCTIONNEMENT ET MISSIONS DE L'OBSERVATOIRE DES MÉDECINES NON CONVENTIONNELLES ET COMPLÉMENTAIRES DE NICE

L'Observatoire des Médecines complémentaires et Non Conventionnelles (OMCNC) de Nice est un organisme qui a été créé en janvier 2015 sous l'égide du doyen de la Faculté de médecine de Nice, le Pr. Patrick Baqué (<http://omcnc.fr/>). Cet observatoire est composé de médecins, de pharmaciens, de soignants, de scientifiques et de thérapeutes, tous bénévoles.

Organisation et fonctionnement de l'Observatoire

L'observatoire (Figure 1) est un lieu d'échanges entre différentes pratiques ou approches qui pour certaines reposent sur les mêmes bases techniques ou physiologiques. Les membres de l'observatoire se réunissent de façon trimestrielle afin de proposer et développer différents projets d'études sur les thérapies complémentaires et pour partager leurs expériences. Ils sont en contact étroit via un groupe de conversation. La gouvernance est collégiale, incluant une présidente, une trésorière et une secrétaire. L'intégration à l'observatoire se fait sur la base d'un dossier de candidature exposant un projet concernant les médecines complémentaires. Le candidat ou la

candidate doit être parrainé par deux membres de l'observatoire. La candidature est alors évaluée par les membres de l'observatoire qui votent pour l'acceptation ou non de la candidature. La pérennité de l'observatoire est assurée par un renouvellement régulier de ses membres au fil de l'eau.

L'observatoire est en étroite collaboration avec la faculté de Médecine de Nice et le département des médecines intégratives dirigé par le Dr Véronique Mondain. Il multiplie les initiatives en réseau inter-institutionnels, créant des liens avec d'autres chercheurs au sein du Laboratoire d'Anthropologie et Psychologie Cliniques, Cognitives et Sociales (LAPCOS) de la Maison des Sciences de l'Homme et de la Société (MSHS) de Université Côte d'Azur pour des séminaires mensuels portant sur les thèmes : COnciences, SOins, COgnitions (*COSOCO*) (<http://sante-cosoco.blogspot.fr>).

La force interactive est celle de réseaux en forme de rhizome qui se déploie en créant des événements à chaque croisement d'équipes de chercheurs d'institutions différentes, de sorte que les informations s'échangent entre l'OMCNC, l'axe santé du laboratoire LAPCOS et l'axe des recherches sur les Patients Experts (Centre d'innovation du partenariat avec les patients et le public, Ci3P, <https://ci3p.univ-cotedazur.fr/>). C'est la force de cet observatoire que de pouvoir fédérer des chercheurs interinstitutionnels, qui déploient leurs actions créatives (conférence, recherche, action grand public, fête de la science, médiathèque, théâtre de Nice...) aux carrefours de leurs rencontres.

L'OMCNC a créé un organigramme avec des référents spécifiques spécialistes de différentes thérapeutiques, notamment un comité scientifique (constitué de médecins, pharmaciens et anthropologues) et un comité pédagogique. Les difficultés rencontrées par ces comités ont résidé dans des problèmes de communication et de langage commun entre thérapeutes et médecins.

L'observatoire peut être ainsi l'outil de la multiplicité des points de vue des acteurs sociaux concernant les problèmes de santé, de maladie et de soin, faisant interpénétrer les entrées médicales, sociales, environnementales et symboliques, car les sociétés urbaines se sont mondialisées alors que les techniques médicales conventionnelles sont restées dans la logique scientifique à l'exclusion de toute autre logique. Or la révolution écologique qui réinscrit la personne dans le tissu inter-imbriqué du vivant impose à la médecine officielle de changer de braquet. Élargir la vision mécanique et organique du symptôme pour l'insérer dans une compréhension plus large du patient dans son environnement. Ces observatoires peuvent contribuer à élargir le champ de conscience pour penser global et faire des liens pertinents, par exemple, entre la perte de biodiversité, les élevages industriels et les pandémies humaines (conception « One Health »).

Les obstacles au bon fonctionnement de ce genre de structure résident dans les difficultés à obtenir un statut clair en lien avec les instances médicales (CHU, Faculté de Médecine). Se sont présentés des problèmes de gestion, de filtre et d'orientation du flux de demandes de participation : dès sa création, l'OMCNC, au départ une association de 8 membres fondateurs, a dû faire face à un afflux de demandes de participation. Le risque est alors d'autoriser toute personne participant à l'observatoire à se servir de cette participation comme garant d'une méthode particulière qu'elle pratiquerait.

L'observatoire doit faire face au manque de moyens et de ressources humaines, dû à un temps bénévole limité. De plus, compte tenu de la multiplicité et de la complexité des thérapies, se posent les questions de la reproductibilité des méthodes et de leur incarnation par un thérapeute (évalue-t-on la méthode ou le thérapeute ?) ainsi que de la possibilité de l'enseigner.

L'OMCNC s'est également doté d'un site web (<https://www.omcnc.fr/>) en constante évolution où sont mises en ligne des informations relatives aux INM et l'ensemble des vidéos des colloques sur les INM organisés par l'OMCNC.

Les missions de l'observatoire sont les suivantes :

1- Favoriser la réalisation d'études scientifiques dans la région au sujet des thérapies non conventionnelles, afin de valider ou d'invalider leur intérêt, et de constituer un réseau de praticiens compétents sur ces différentes méthodes (dans le cadre du comité scientifique).

2- Développer un enseignement responsable au sein de la faculté, pour les techniques déjà validées scientifiquement (dans le cadre du comité pédagogique). Ainsi, l'observatoire alimente de nouvelles formations incluant un DU de méditation et un DU de phytothérapie-aromathérapie, et constitue un terreau favorable à Nice où existe aussi un DU d'hypnose médicale, un DU de diététique et nutrition humaine, un DU de phénoménologie psychiatrique, un DU de médecine environnementale et un DU d'Art du soin en partenariat avec le patient. L'objectif est de s'acheminer vers une médecine plus intégrative qui utiliserait à la fois les outils de la médecine conventionnelle et ceux des médecines complémentaires ayant fait leurs preuves scientifiquement.

3- Apporter aux étudiants et aux soignants des ateliers gratuits de sophrologie Caycédiennne, de méditation, d'hypnose, d'EMDR, pour les aider à surmonter leur stress et percevoir que l'on peut concevoir la santé et la guérison de façon multiple, complexe, personnalisée...

4- Communiquer les avancées dans ces domaines au grand public par l'organisation de conférences régulières et de colloques ayant lieu au moins chaque année et abordant des sujets comme :

- La place des différentes thérapies complémentaires dans la prise en charge des maladies chroniques et du cancer, des psycho-traumatismes 2015
- L'importance de la respiration dans les médecines non conventionnelles 2016
- Comment gérer un stress post-traumatique par les MNC 2018
- Le rôle de l'alimentation 2019

5- Communiquer les connaissances sur les pratiques complémentaires et la médecine intégrative via un site web (omcnc.fr) et des publications (Juston Baqué, 2017 ; Mondain, 2018 ; Guyon, 2020 ; Guyon *et al.*, 2021).

Concernant la mission 1, par exemple, une étude a été réalisée concernant l'intérêt de l'EMDR dans la prise en charge des acouphènes (Roselyne Giacchero et Nicolas Guevara, D'andrea *et al.*, 2021).

Un projet récemment mené dans le service d'infectiologie du CHU de Nice (Véronique Mondain) propose l'hypnose médicale comme outil dans la prise en charge des femmes présentant des cystites récidivantes (projet Hypnocyst) (Mondain, 2020).

Plusieurs autres projets sont en cours pour tenter d'évaluer les effets de l'hypnose sur les délires d'infestation parasitaire, l'utilisation de la phyto-aromathérapie pour diminuer l'anxiété préopératoire et les effets de la yoga-thérapie sur la capsulite rétractile de l'épaule.

Le rôle de l'observatoire est aussi d'être vigilant sur les éventuelles dérives éthiques en l'absence de réglementation, l'idée étant de porter un regard le plus scientifique possible sur ces pratiques.

En résumé, l'OMCNC s'est chargé de faciliter la collaboration entre les disciplines et les institutions afin d'évaluer scientifiquement les thérapies non conventionnelles et complémentaires, de fournir des programmes de formation à la communauté médicale comme au public et de concevoir des modèles de soin durables basés sur ces pratiques.

IX CONCLUSION ET RÉFÉRENCES

Conclusion

Nous avons vu que les médecines complémentaires sont en plein essor et qu'il existe une forte demande concernant ces pratiques chez les patients. Pour permettre d'assurer à la population des

soins de qualité et accessibles, il convient de structurer ces thérapies complémentaires en termes de réglementation, de qualité des formations, d'information des patients et des professionnels de santé, de modalités d'accès y compris les modalités de leur prise en charge financière.

La mise en place d'observatoires des médecines complémentaires comme l'OMCNC sur l'ensemble du territoire peut s'avérer être un outil précieux pour permettre d'aider à discerner les pratiques reconnues comme les plus efficaces par la communauté scientifique et orienter les patients vers différentes pratiques en fonction des indications. L'OMCNC avec les autres entités a été à l'origine de la prise de conscience nationale du besoin de l'institutionnalisation facultative de l'enseignement des pratiques complémentaires. Maintenant que cet enseignement a été décidé (comme évoqué lors de la conférence des doyens en 2020, notamment par Patrick Baqué), le fait d'avoir un Observatoire est un tremplin qui devrait permettre de très rapidement mettre en œuvre cet enseignement avec des ressources locales. Les travaux de l'OMNC, présentés en Commission Médicale d'Établissement, ont également permis le soutien institutionnel du Centre Hospitalier Universitaire et l'aide pour la mise en place de plusieurs protocoles de recherche qui devraient démarrer prochainement.

Le travail de l'OMNC a récemment abouti à une prise en compte de la Médecine Intégrative au sein du CHU de Nice. Présenté en CME en janvier 2020, le projet de développement de cette approche est soutenu par l'institution et notamment le Pôle Parcours Patient, avec une aide très opérationnelle à son déploiement.

Sur le plan National, chacune des Universités intéressées par la médecine intégrative a choisi un mode de fonctionnement différent, l'apparition récente de ces approches dans les sociétés occidentales expliquant ces initiatives originales et ces approches multifacettes. Quatre groupements sont particulièrement moteurs dans la dynamique de développement de la médecine intégrative : Le CUMIC, Le GETCOP, l'ICEPS et l'OMCNC. Mais des initiatives apparaissent un peu partout notamment autour des soins de support en cancérologie. Des partenaires privés sont aussi très présents à cette diffusion : le C2DS, centre de développement durable en santé, et l'IFPPC, institut français des thérapies psychocorporelles, dirigé par Isabelle Célestin Lhopiteau. Le CUMIC a été particulièrement moteur dans la décision d'intégration d'items concernant la Médecine Intégrative à l'ECN, examen de classement national des futurs médecins. L'avenir à court terme est de rassembler toutes ces initiatives autour d'objectifs et d'organisations communs, de saisir l'opportunité de l'introduction d'un enseignement obligatoire dans les études médicales pour sensibiliser les générations futures, et de promouvoir l'expertise des différentes pratiques complémentaires et leur insertion au sein des services hospitaliers pour un développement harmonieux d'une médecine plus préventive, personnalisée et intégrative.

Références

- Appel de Montpellier (<https://www.getcop.org/appel-de-montpellier-28-mars-2019-2/>) Abitbol V., Lahmek P., Buisson A., Olympie A., Poupardin C., Chaussade S., Lesgourgues B., Nahon S. (2014) Impact of complementary and alternative medicine on the quality of life in inflammatory bowel disease: results from a French national survey. *Eur J Gastroenterol Hepatol.* 26(3):288-94.
- Benedetti F. (2014) Placebo effects: from the neurobiological paradigm to translational implications. *Neuron* 84:623-637.
- Benedetti F., Carlino E., Pollo A. (2011) How placebos change the patient's brain. *Neuropsychopharmacology* 36(1) : 339-354. DOI: 10.1038/npp.2010.81
- Bontoux D., Couturier D., Menkès C.J. (2013) *Thérapies complémentaires — acupuncture, hypnose, ostéopathie, tai-chi — leur place parmi les ressources de soins*. Rapport de l'Académie Nationale de Médecine. <http://www.academie-medecine.fr/therapies-complementaires-acupuncture-hypnose-osteopathie-tai-chi-leur-place-parmi-les-ressources-de-soins/>
- Boon H., Verhoef M., O'Hara D., Findlay B. (2004) From parallel practice to integrative health care: a conceptual framework. *BMC health services research* 4 (1): 15. DOI: 10.1186/1472-6963-4-15.
- Brami C., Bouché O., Karp J.C., Curé H. (2014) La cancérologie intégrative ou l'utilisation des thérapies complémentaires. À propos d'un modèle américain. *Bulletin du cancer* 101 (6) : 531-32. DOI : 10.1684/bdc.2014.1980

- Célestin-Lhopiteau I. (2015) *Soigner par les Pratiques psycho-corporelles*. Pour une santé intégrative. Éditions Dunod.
- Centre d'analyse stratégique (2012) Quelle réponse des pouvoirs publics à l'engouement pour les médecines non conventionnelles ? » Note d'analyse n° 290 <http://archives.strategie.gouv.fr/content/quelle-reponse-des-pouvoirs-publics-lengouement-pour-les-medecines-non-conventionnelles-note>.
- Cochrane (2020) <https://cam.cochrane.org/cochrane-reviews-and-protocols-related-complementary-medicine>.
- Craig P., Dieppe P., Macintyre S., Michie S., Nazareth I., Petticrew M. (2008) Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance. *Bmj* 337: a1655. DOI: 10.1136/bmj.a1655
- Craig P., Dieppe P., Macintyre S., Michie S., Nazareth I., Petticrew M. (2013) Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance. *International journal of nursing studies* 50 (5): 587-92. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2012.09.010
- D'Andréa G., Giacchero R., Roger C., Vandersteen C., Guevara N. (2021) Évaluation de l'Éyes Movement Desensitization and Reprocessing dans le traitement des acouphènes. *Annales françaises d'oto-rhino-laryngologie et de pathologie cervico-faciale* (in press).
- Dilhuydy J.-M. (2004) Les médecines complémentaires et alternatives en cancérologie : constat et problématiques. *Oncologie* 6(4) : 268-274.
- Fagon J.Y., Viens-Bitker C. (2012) *Rapport du Comité d'Orientation en matière de Médecines Complémentaires de l'Assistance publique, Hôpitaux de Paris (AP-HP)*. http://cme.aphp.fr/sites/default/files/CMEDoc/cme-10-07-2012_medecines_complementaires.pdf.
- Fischer F., Lewith G., Witt C.M., Linde K., von Ammon K., Cardini F., Falkenberg T., Fønnebo V., Johannessen H., Reiter B., Uehleke B., Weidenhammer W., Brinkhaus B. (2014) A research roadmap for complementary and alternative medicine-what we need to know by 2020. *Complementary Medicine Research* 21(2): e116.
- Gérazine A., Hguyen T.-L., Carbonnel F., Guerdoux-Ninot E., Ninot, G. (2018) Ontologie des interventions non médicamenteuses. *Revue d'Épidémiologie et de Santé publique*. 66 (Suppl 1): S42. <https://doi.org/10.1016/j.respe.2018.01.093>
- Guyon A. (2020) *Enrichir son environnement pour aller mieux*. Editions. Ovidia. Pour une éducation thérapeutique.
- Guyon A., Ravenet J., Midol N. (2021) Les arts énergétiques dans le dialogue des paradigmes scientifiques : bilan d'étape des bénéfices des disciplines corps-esprit (Yoga, Tai-chi, Qi-gong). *Revue STAPS* in press.
- Juston-Baqué, M. (2017) Médecine conventionnelle. Soins de support non conventionnels : les liens difficiles à tisser. *Hegel* Vol 3 185-86.
- Kaptchuk T.J. (1998) Powerful placebo : the dark side of the randomised controlled trial. *Lancet* 351:1722-1725.
- Loireau M., Fargette M., Desconnets J.C., Mougenot, I., Libourel, T. (2014) Observatoire scientifique en appui à la gestion du territoire (OSAGE). *Proceedings of the Spatial Analysis and GEomatics conference, SAGEO 2014* 24-27 Nov, Grenoble, 14p.
- McEwen L. (2019) *Une analyse anthropologique de la relation entre médecine conventionnelle et médecine complémentaire dans la France contemporaine*. Thèse d'anthropologie sociale et ethnologie soutenue le 11 janvier 2019. <http://iris.ehess.fr/index.php?4275>.
- Mínihane A.M., Vinoy S., Russell W.R., Baka A., Roche H.M., Tuohy K.M., Teeling J.L., Blaak E.E., Fenech M., Vauzour D., McArdle H.J., Kremer B.H., Sterkman L., Vafeiadou K., Benedetti M.M., Williams C.M., Calder P.C. (2015) Low-grade inflammation, diet composition and health: current research evidence and its translation. *Br J Nutr*. 114(7):999-1012.
- Miviludes (2012) *Guide « Santé et dérives sectaires »*. Paris : La Documentation française.
- Mondain V. (2018) Centre de santé intégrée : le projet du CHU de Nice. *Hegel* Vol 4, p. 332A-333A.
- Mondain V. (2020) Hypnocyost : l'hypnose comme outil thérapeutique chez les femmes présentant des cystites récidivantes. iCEPS conférence 2020.
- Ninot G. (2013). Définir la notion de santé. Blog en Santé, L1 (<http://blogsansante.fr/2013/09/01/definir-la-notion-de-sante/>)
- Ninot G., Carbonnel F. (2016) Pour un modèle consensuel de validation clinique et de surveillance des interventions non médicamenteuses (INM). *HEGEL* [ISSN 2269-0530], 03
- Ordre National des Médecins (2015) Quelle place pour les médecines complémentaires ? https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cn_webzine/2015-07/www/index.php#/intro
- Organisation mondiale de la Santé (2013) Stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle pour 2014-2023. Organisation mondiale de la Santé.
- Pélissier-Simard L., Xhignesse M. (2008) Qu'est-ce que la médecine intégrative ? *Le Médecin du Québec* 43(1): 20-22.

- Perino L. (2019) Enseigner le flair médical. *Les Humeurs médicales* <https://lucperino.com/543/enseigner-le-flair-medical.html>
- Perino L. (2020) L'enseignement du soin est impossible. *Les Humeurs médicales* <https://lucperino.com/690/l-enseignement-du-soin-est-impossible.html>
- Roberti di Sarsina P. and Isepato I. (2011) Looking for a person-centered medicine; non-conventional medicine in the conventional and Italian setting. *Evidenced based complementary and Alternative medicine* Vol. 2011 Art ID 382961, 8 pages (www.hindawi.com).
- Sackett D.L., Rosenberg W.M., Gray J.A., Haynes R.B., Richardson W.S. (1996) Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ*. 312(7023):71-72. doi:10.1136/bmj.312.7023.71
- Snyderman R., Weil A.T. (2002) Integrative medicine: bringing medicine back to its roots. *Archives of Internal medicine* 162(4): 395-97
- Träger S. (2016) Place des thérapies complémentaires dans les soins oncologiques de support. Dans *Jusqu'à la mort accompagner la vie*. 2016/2 (125) :11-16. Presses universitaires de Grenoble.
- Wahner-Roedler D.L., Lee M.C., Chon T.Y., Cha S.S., Loehrer L.L., Bauer B.A. (2014) Physicians' attitudes toward complementary and alternative medicine and their knowledge of specific therapies: 8-year follow-up at an academic medical center. *Complement Ther Clin Pract*. 20(1):54-60.
- Wayne P.M. (2014) *Tai-chi: La méditation en mouvement. Une approche médicale pour un art millénaire*. Editions Pocket.
- Wieland L.S., Manheimer E., Berman B.M. (2011) Development and classification of an operational definition of complementary and alternative medicine for the Cochrane collaboration. *Alternative therapies in health and medicine* 17(2): 50-59.
- Rapports de l'INSERM sur les médecines complémentaires (hypnose, acupuncture, psychothérapies, jeûne, kinésiologie, auriculothérapie, ostéopathie, chiropratique, etc.). <https://www.inserm.fr/information-en-sante/rapports-thematiques>

A Remerciements

Remerciements à Patrick Baqué et toute l'équipe de l'OMCNC pour cette belle aventure humaine.

B Biographie des auteurs

Dr Véronique Mondain, Praticien hospitalier, infectiologue au CHU de Nice, actuellement responsable du service d'Infectiologie. Formée à l'hypnose médicale et co-animatrice du groupe Hypnose CHU. Membre du Département de Médecine intégrative du CHU de Nice. Co-rédactrice de l'« Engagement de Berlin » et de l'« Appel de Montpellier ». Initiatrice de la démarche « jeudi vert », en place depuis 2018 au CHU, qui promeut une alimentation respectueuse pour la santé, l'environnement et l'éthique. Elle est membre de l'observatoire des médecines complémentaires et non conventionnelles de Nice.

Nancy Midol a commencé sa carrière comme professeur d'éducation physique avant de devenir docteur en psychologie sociale en 1978 à Paris VII. En tant que Maître de conférences à l'université de Nice, Nancy Midol a enseigné dans les sciences du sport puis, après son Habilitation à diriger les Recherches, dans le département d'Anthropologie. Aujourd'hui, elle est chercheur associé au Laboratoire d'Anthropologie et de Psychologie Cognitives et Sociales (LAPCOS), Maison des Sciences de l'Homme et de la Société Sud-Est - Université Côte d'Azur. Parallèlement, elle a assumé des fonctions dans différents comités de rédaction de revues à comité de lecture. Diplômée de l'Institut français d'Hypnose, elle a également assuré différentes supervisions en hypnose médicale. Elle est membre de l'observatoire des médecines complémentaires et non conventionnelles de Nice.

Dr Marie Juston Baqué est médecin radiologue de double cursus franco-anglais. Elle est passionnée de psychologie, de médecine intégrative et de recherche scientifique au sujet des états modifiés de conscience. Un diplôme universitaire de méditation pleine conscience (Méditation-Soin-Relation thérapeutique) a été créé à son initiative à la faculté de Médecine de Nice. Elle a coordonné de 2014 à 2018 « L'Observatoire des Médecines Complémentaires Non Conventionnelles » de Nice.

Alice Guyon est ancienne élève de l'École Normale Supérieure et Docteur en Neurosciences. Enseignant-chercheur pendant dix ans à l'Université Paris 6 puis chercheur à l'Institut de Pharmacologie Moléculaire et Cellulaire (IPMC) à Sophia Antipolis, elle occupe actuellement un poste de Directeur de Recherche au CNRS. Elle s'intéresse aux interactions entre cerveau et système immunitaire dans les conditions physiologiques et pathologiques et à l'expertise clinique de pratiques non médicamenteuses. Elle est membre de l'observatoire des médecines complémentaires et non conventionnelles de Nice.