

Utilité et risques des Interventions Non Médicamenteuses (INM) et des Thérapies Complémentaires (ThC)

Pr Julien Nizard*, **Pr François Paille****,
Pr Grégory Ninot***, **Pr Laurence Verneuil******,
Pr Fabrice Berna*****

* PU-PH, Professeur de Thérapeutique et de Médecine de la Douleur, CHU/Université de Nantes et Inserm U1229

** PU-PH, Professeur de Thérapeutique, CHU Nancy

*** PhD Staps et Psychologie, Institut du Cancer de Montpellier/Université de Montpellier-Inserm UA11

**** PU-PH, Professeur de Dermatologie, Inserm U1153, Université Paris-Cité

***** PU-PH, Professeur de Psychiatrie, CHU/Université de Strasbourg, Inserm U1329

OBJECTIFS : N° 327.

- ➔ Principes de la médecine intégrative, principes d'action,
- ➔ Utilité et risques des Interventions Non Médicamenteuses (INM) et des Thérapies Complémentaires (ThC)

PLAN

1. Définitions et concepts, principes généraux de l'évaluation des INM et des thérapies complémentaires.
2. Connaître les principes d'action, l'utilité et les risques des principales thérapies complémentaires : acupuncture, médecine manuelle-ostéopathie médicale, hypnose, méditation en pleine conscience.

Rang	Rubrique	Intitulé	Descriptif
A	Définition	Savoir définir : médecine intégrative, intervention non médicamenteuse, thérapie complémentaire, médecine traditionnelle	Connaître la notion et le sens de la médecine intégrative, la signification et la place, au sein du système de santé, d'une thérapie complémentaire et d'une médecine traditionnelle, en cernant les dénomination inadéquates
B	Prise en charge	Connaître les principes d'action, l'utilité et les risques de 3 principales thérapies complémentaires ayant fait l'objet d'une évaluation scientifique	Utilité et risques de l'acupuncture, de la médecine manuelle ostéopathie médicale, et des approches psycho corporelles (hypnose thérapeutique, méditation en pleine conscience)



Les situations de départ sont listées à la fin du chapitre.

- Les interventions non médicamenteuses et les thérapies complémentaires sont très nombreuses, hétérogènes, aux dénominations multiples. Les patients en ont une utilisation fréquente, pas fréquemment communiquée au médecin, qui lui-même a souvent une méconnaissance de leurs mécanismes d'action supposés ou réels, de leur utilité et de leurs risques potentiels. Dans ce chapitre, l'enjeu est que le futur praticien bénéficie d'éléments de clarification et de compréhension sur ces interventions non médicamenteuses, et d'un éclairage objectif sur leur utilité mais aussi leurs risques potentiels dans une indication donnée, afin d'être capable, quand c'est utile, d'orienter son patient vers un praticien bien formé et compétent, au sein du parcours de soins.

A 1. Définitions et concepts, principes généraux de l'évaluation des INM et des thérapies complémentaires

1.1. Définitions et concepts

- Près des deux tiers de la population française utilisent les INM et ThC dans un but d'amélioration de la santé, le plus souvent en complément de la médecine conventionnelle [1]. La Haute Autorité de Santé recommande la prescription de certaines thérapeutiques non médicamenteuses, y compris en première intention [2], notamment chez les patients vulnérables, à plus haut risque d'effets indésirables des médicaments, surtout lorsqu'ils sont pris au long cours.
- De nombreux patients recourent aux thérapies complémentaires, souvent d'ailleurs sans en parler à leur médecin par crainte d'une réaction négative. Issues généralement de pratiques empiriques, elles sont très nombreuses (plusieurs milliers) et hétérogènes. Les termes pour les désigner sont divers (médecines ou thérapies complémentaires, douces, parallèles, alternatives...), et il est actuellement difficile, pour le patient comme pour le médecin, de s'y retrouver dans cette nébuleuse.
- Ce phénomène a amené différentes instances à se pencher sur cette question : OMS, Académie Nationale de Médecine, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, Conseil National de l'Ordre des Médecins, HAS, INSERM, Collège Universitaire de Médecines Intégratives et Complémentaires (CUMIC), sociétés savantes...
- Tous les rapports, toutes les synthèses, arrivent à la même conclusion, celle d'une utilisation très fréquente de ces méthodes pour la plupart non pharmacologiques malgré une évaluation qui reste souvent insuffisante : les travaux réalisés sur ces thérapies restent souvent insuffisants en quantité et/ou en qualité. Ces ThC étant centrées sur le patient dans sa singularité et dans toutes ses dimensions, elles impliquent certaines adaptations méthodologiques pour évaluer leur efficacité, en respectant toutefois une rigueur scientifique comme pour les médicaments.
- Ainsi, le manque d'études disponibles et de financement de recherche dédié ne permettent pas souvent de conclure dans des conditions satisfaisantes ni sur leur réelle efficacité, ni sur leur rapport bénéfices/risques, ni sur leur rapport coûts/efficacité, limitant d'autant leur intégration dans les parcours de soins. Depuis 2010, la production scientifique sur le sujet a toutefois augmenté en quantité et en qualité. Elle est aujourd'hui plus accessible dans des banques de données médicales et spécifiques.
- Par ailleurs, de nombreuses thérapies n'ont pas encore de réglementation en France pour leur mise en œuvre, la reconnaissance des diplômes et le titre professionnel. Les formations proposées, souvent par des organismes privés, peuvent n'être soumises à aucun contrôle, générant ainsi d'importantes interrogations et difficultés.
- 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 et que 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 » [3].
- Cet enseignement a pour objectif de donner à tous les futurs médecins des éléments de clarification et de compréhension.

1.1.1. Définitions

1.1.1.1. Santé

- Dans le préambule de sa constitution, l'OMS définit la santé comme « un état de complet bien-être physique, mental et social, qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». Cette définition large implique la satisfaction de tous les besoins fondamentaux de la personne, qu'ils soient affectifs, sanitaires, nutritionnels, sociaux ou culturels.
- Par ailleurs, la santé résulte d'une interaction constante entre l'individu et son milieu et représente la capacité physique, psychique et sociale des personnes d'agir dans leur milieu et d'y tenir les rôles qu'elles entendent assumer d'une manière acceptable pour elles-mêmes et pour les groupes dont elles font partie, sans toujours se conformer aux normes imposées.
- La « santé intégrative » invite la personne à s'autonomiser, à être acteur de sa santé et à contribuer à son propre parcours de santé. La prévention, la promotion de la santé et la santé environnementale ont ainsi une place dans les parcours individuels et les organisations. La santé intégrative implique les acteurs traditionnels du soin mais aussi plus largement tous les secteurs de la société.

1.1.1.2. Médecine et médecine intégrative

- **La médecine** est l'ensemble des connaissances scientifiques et des moyens de tous ordres mis en œuvre pour la prévention, la guérison et le soin des maladies, des blessures et des infirmités. Elle associe de manière pertinente et personnalisée différentes méthodes conventionnelles visant à optimiser l'efficacité thérapeutique.
- **La médecine conventionnelle** est une notion imprécise et relative, car elle désigne « le système de santé dominant dans un pays et à un moment donné », qui peut donc varier selon le pays et l'époque.
- **La médecine intégrative**, non consensuelle actuellement, **associe** les thérapies issues de la médecine conventionnelle et les thérapies complémentaires les plus pertinentes. Elle permet de proposer un parcours de soin adapté à chaque patient, ses besoins et à ses souhaits. Elle tient compte de la personne dans sa globalité (corps, émotions, croyances, motivations) et propose une **approche personnalisée**, interdisciplinaire, préventive et thérapeutique, tenant compte de son mode de vie et des ressources locales.

1.1.1.3. Intervention non médicamenteuse (INM)

- Une INM se définit comme un protocole de **prévention** (se distinguant ainsi d'une thérapeutique non médicamenteuse), **santé ou de soin** efficace, personnalisé, **non invasif**, encadré par un professionnel qualifié, hors chirurgie et dispositif médical. En pratique, il peut s'agir d'une intervention physique (ou corporelle), psychologique, nutritionnelle, visant à prévenir, soigner ou guérir. **De nombreuses INM sont validées, avec un haut niveau de preuve**, et reconnues comme des programmes d'activités physiques adaptées, des psychothérapies, des régimes, des méthodes de rééducation, des méthodes d'éducation thérapeutique.
- Les acteurs des INM sont des professionnels de santé et des praticiens formés à ces méthodes, mais cette formation reste souvent insuffisamment réglementée. Une INM répond à :
 - la description détaillée du **protocole** d'intervention : mécanisme d'action, contenu, matériel nécessaire, contexte de mise en œuvre, précaution, intervenant professionnel ;
 - son vecteur prédominant : psychologique, corporel, nutritionnel... ;
 - son objectif principal : prévenir, soigner, guérir ;
 - son mode d'administration : personnalisé et intégré à chaque parcours de soin ;
 - et sur la nécessité de réaliser des études cliniques évaluant leurs bénéfices et leurs risques. Une INM constitue ainsi une méthode **ciblée** de santé fondée sur des **données probantes**.

1.1.1.4. Thérapies complémentaires, « pratiques de soins non conventionnelles »

- Ce sont des méthodes à **visée préventive ou thérapeutique** qui sont utilisées **en complémentarité** avec la médecine dite conventionnelle. Elles sont définies par l'OMS comme des « thérapies qui ne sont pas complètement intégrées au système de santé dominant dans le pays ». Le terme « complémentaire » ne définit pas seulement une thérapie, mais sa modalité d'usage. Cela permet sémantiquement de les positionner dans l'utilisation « en association », et non « en alternative » à la médecine dite conventionnelle.

- Le terme « pratiques de soins non conventionnelles » est celui retenu par le Ministère de la santé pour désigner un groupe hétérogène de thérapies considérées comme ne faisant pas partie du courant dominant de la médecine appelé « médecine conventionnelle ».

1.1.1.5. Soins de support

- Ces termes correspondent aux premiers « soins complémentaires » destinés à aider et améliorer le bien-être des patients ayant un cancer. Désormais **partie intégrante du parcours de soins en oncologie**, ils sont « l'ensemble des soins et soutiens nécessaires aux personnes malades, en complémentarité des traitements spécifiques, lorsqu'il y en a, tout au long des **maladies graves** ». Ils constituent une approche globale de la personne malade pour lui assurer une **meilleure qualité de vie**, et font largement appel aux thérapies complémentaires. Ils modifient les modes de fonctionnement des professionnels et l'organisation des soins en nécessitant une **organisation coordonnée** de différentes compétences impliquées conjointement dans les soins spécifiques des malades.

1.1.1.6. Médecines traditionnelles

- Elles ne sont pas de simples thérapies, mais des systèmes de pensée où la santé est envisagée dans un **environnement socio-culturel particulier**. Ce sont notamment les médecines traditionnelles chinoises, les médecines traditionnelles africaines, les médecines ayurvédiques...

1.1.1.7. Thérapies alternatives

- Ce terme renvoie à « l'usage alternatif » qui peut être fait de certaines thérapies (par des patients ou des praticiens), qui **se substituent à la médecine conventionnelle**. Le terme de « médecines parallèles » rejoint cette même idée. Elles **présentent un risque de dérives**, abusives (retard de traitement, refus de soin, errance thérapeutique, perte de chance), charlatanesques ou sectaires.

1.1.2. En pratique

- Une pratique médicale intégrative, **associant** médecine conventionnelle et thérapies complémentaires, peut permettre :

1. D'aider les patients/usagers/personnes à :

- comprendre les déterminants sociaux, environnementaux et comportementaux qui agissent sur la santé ;
- choisir les options thérapeutiques et préventives les plus pertinentes ;
- s'autonomiser en tant qu'acteurs de leurs propres choix ;
- mieux utiliser les ressources disponibles ;
- améliorer leur qualité de vie et leur longévité (vivre mieux et plus longtemps) ;
- optimiser l'utilisation des traitements biomédicaux (médicaments, chirurgies, dispositifs médicaux) ;
- sécuriser leur recours aux thérapies complémentaires.

2. D'aider les soignants à :

- enrichir leurs représentations du patient, de sa maladie et de son accompagnement, en coconstruisant des parcours de santé personnalisés avec les patients ;
- améliorer l'humanisation des soins dans l'organisation et le colloque singulier ;
- renforcer la culture et la pratique de la pertinence des soins ;
- élargir leur arsenal thérapeutique sans négliger leur vigilance quant aux risques de certaines pratiques ;
- améliorer la qualité des soins en développant des collaborations professionnelles, des compétences complémentaires et des regards interdisciplinaires/systémiques face à la complexité des situations.

1.2. Classification et évaluation des INM

1.2.1. Certaines INM potentialisent des traitements biomédicaux. Certaines sont remboursées. Comment s'y retrouver ?

- Il est normal que les patients veuillent mettre toutes les chances de leur côté pour aller mieux, pour se soigner, pour guérir, pour vieillir en meilleure santé. Mais, fragilisés par un problème de santé ou un mal-être, ils peuvent suivre les conseils peu scrupuleux de médias, de vidéos, de sites Internet et de réseaux sociaux, et/ou être tentés de se tourner vers toutes sortes de « praticiens ». Laissées sans surveillance et rarement tracées dans les dossiers médicaux, ces pratiques non recommandées et trompeuses peuvent se développer, comme le déplore le rapport 2019 de la DGCCRF [4]. La liberté du soin en Europe profite aux charlatans, aux fabricants de produits prétendument « miracles » et aux prestataires de service sans scrupule et sans formation.

1.2.2. Le médecin ne peut ignorer l'utilité et les risques des INM et des thérapies complémentaires

- Balayer d'un revers de la main ce domaine en recommandant simplement au patient de suivre les mesures hygiéno-diététiques générales ne suffit plus (manger équilibré, bouger plus, limiter sa consommation d'alcool, ne pas fumer...). Des solutions non médicamenteuses et non chirurgicales, au-delà des dispositifs médicaux existent. Le médecin a le devoir de fournir une connaissance aussi fiable et actualisée que possible sur les bénéfices et les risques de ces pratiques désormais explicites et ciblées. Il a aussi le devoir de partager la décision d'usage avec son patient de manière éclairée et de suivre sa mise en œuvre auprès de professionnels qualifiés. Il a enfin l'obligation d'informer les autorités compétentes en cas d'effet indésirable, d'interaction à risques, d'abus et de charlatanisme.

1.2.3. L'approche scientifique, nécessaire pour « trier le grain de l'ivraie »

- Les progrès dans l'usage des médicaments ont été obtenus par l'accumulation d'études cliniques rigoureuses à travers un processus de validation et de surveillance admis dans le monde entier.
- Depuis 2010, de nombreux auteurs et autorités encouragent l'évaluation scientifique des pratiques non médicamenteuses tenant compte de leurs spécificités et de leurs contextes d'utilisation. Si ces pratiques ne peuvent pas être évaluées exactement comme des médicaments, compte tenu de leur particularité (difficulté du double aveugle, conditions d'individualisation, critères d'efficacité par exemple), une démarche rigoureuse de validation et de surveillance reste possible. La recherche clinique non médicamenteuse connaît un essor considérable depuis une dizaine d'années pour répondre aux nouveaux enjeux démographiques (vieillesse), sanitaires (maladies chroniques), sociétaux (sédentarité, pollution). Elle s'appuie sur les découvertes récentes des neurosciences, de l'épigénétique, de l'immunologie et sur les innovations technologiques (biométrie connectée, intelligence artificielle, téléconsultation).

1.2.4. Classification des INM [5] et des thérapies complémentaires

- La classification proposée par le National Center for Complementary and Integrative Health (NCCIH) américain, est proche de celle proposée par l'OMS, et distingue :
 - les interventions physiques ou corporelles (physiothérapie, thérapies manuelles, balnéothérapie...);
 - les interventions psychologiques (psychothérapies, pratiques psychocorporelles, EMDR...);
 - les interventions nutritionnelles (programmes nutritionnels, compléments alimentaires);
 - les interventions combinées, associant certaines des précédentes;
 - les systèmes médicaux globaux : médecines traditionnelles.

1.3. Enjeux de l'évaluation des Thérapies Complémentaires (ThC)

1.3.1. Certaines thérapies complémentaires peuvent être validées pour certains symptômes et non pour les pathologies qui génèrent ces symptômes

- C'est le cas, par exemple, de l'efficacité de l'acupuncture sur la douleur dans l'arthrose, mais pas sur la hauteur de l'interligne articulaire.

1.3.2. Évaluation des ThC par les ECR (essai contrôlé randomisé)

- Jusqu'à présent, l'évaluation des ThC s'est effectuée essentiellement avec l'ECR (essai contrôlé randomisé), outil de référence de l'EBM (*Evidence Based Medicine*). Certaines ThC ont un bon niveau de preuve dans certaines pathologies (par exemple la pratique de la méditation pour la prévention des rechutes dépressives), mais d'autres, dont l'évaluation scientifique a pu être de bon niveau, nécessitent d'être réévaluées.
- Pour prendre une décision thérapeutique, le paradigme de l'EBM repose sur une triangulation entre les **résultats des essais cliniques** (données de la recherche), l'**expertise du praticien** et les **préférences du patient**. Ces dernières ont parfois été perdues de vue, au profit d'une logique de quantification considérée comme une fin en soi et se suffisant à elle-même, avec les données exclusives de l'ECR, faisant la promotion d'une catégorie de données au détriment des « données contextuelles », propres au sujet.
- L'ECR conçu pour évaluer le médicament, est-il « applicable » à des soins développés selon une approche différente comme les ThC ? Utilisé seul, on note ses limites méthodologiques :
 - **la randomisation**, compliquée à mettre en œuvre, lorsque les préférences des patients sont très importantes ;
 - **le double aveugle**, côté patient parfois impossible (musicothérapie, socio-esthétique...), côté praticien rarement atteint ;
 - **la standardisation** d'une intervention, recommandée lors d'un ECR afin de permettre la reproduction ultérieure de l'intervention si celle-ci s'avère efficace, est possible, mais ne semble pas complètement adaptée à la plupart des ThC. En effet, ces dernières proposent des prises en charges individualisées et qui peuvent être difficiles à standardiser. Dans le cadre des ThC, de nombreux ECR ont fait le choix d'une standardisation et n'ont pas montré d'efficacité, pour ensuite conclure que cette absence d'efficacité pouvait être liée au fait que la pratique évaluée n'était pas celle pratiquée en vie réelle, car elle n'avait pas été personnalisée pour chaque patient. Toutefois cet argument est discutable car une ThC peut être standardisée et personnalisée... ;
 - **les critères de jugement** sont une autre question importante, également pertinente pour la médecine conventionnelle. Souvent, on utilise des critères de jugement reconnus pour l'indication évaluée, sur la base d'études ayant évalué des thérapeutiques conventionnelles. Si l'efficacité n'est pas démontrée, on est alors confronté à un dilemme : est-ce parce que l'intervention (ThC) n'est pas efficace, ou bien est-ce parce qu'on n'a pas choisi les critères de jugement pertinents. Dans le cas des ThC, ces critères ont intérêt à être centrés sur le patient et sa qualité de vie.
- Ainsi, le référentiel théorique de l'ECR présente des limites et ne semble pas transférable tel quel aux ThC.

1.3.3. Place de la recherche qualitative et des études mixtes

- La recherche qualitative apparaît comme un outil pertinent dans le domaine de l'évaluation des ThC. Elle explore de manière approfondie **les représentations et l'expérience vécue des participants**, à partir de données verbales (*verbatim*) permettant la mise en évidence d'indicateurs pertinents d'efficacité, du point de vue des patients, avec la perspective de la construction de *patient-reported outcomes* (PROs).
- Différentes méthodes de recherche qualitative existent, avec une méthode structurée et dédiée au champ de la santé, (comme l'IPSE : *Inductive process to analyze the structure of lived experience* [6]). Cette méthode **s'articule avec l'ECR** afin de développer des **études mixtes (qualitatives/quantitatives)**, enrichissant ainsi les données de l'ECR. Désormais, l'exploration des processus complexes – comme les ThC – a intérêt à faire appel à ces études mixtes, sachant que l'important est d'adapter le design d'étude afin qu'il permette au mieux de répondre à la question de recherche.

B 2. Connaître les principes d'action, l'utilité et les risques des principales thérapies complémentaires

2.1. Acupuncture et médecines traditionnelles chinoises

2.1.1. Définitions

- La MTC repose sur une approche de l'homme considéré comme un tout dans son environnement.
- Elle comprend l'acupuncture, le Qi Gong (pratique psychocorporelle), la pharmacopée et la diététique.
- L'**acupuncture** désigne la stimulation thérapeutique de points précis du corps, les points d'acupuncture, généralement au moyen d'aiguilles métalliques, à visée préventive ou curative.

2.1.2. Principes

- Le mode d'action de l'acupuncture reste encore mal connu, bien que des sites d'action et de nombreux médiateurs aient été mis en évidence, avec de potentiels effets analgésiques, endocriniens, tissulaires, immunitaires, à l'origine de ses effets thérapeutiques. Dans une approche holistique, l'acupuncture est censée « traiter un déséquilibre énergétique global de la personne, à l'origine de la pathologie. »

2.1.3. Modalités pratiques

- Après examen médical, le médecin acupuncteur détermine les points à stimuler au moyen d'aiguilles stériles à usage unique, qui sont laissées en place pendant une durée variable. Ces points peuvent être chauffés (moxibustion), ou stimulés par électroacupuncture. Le nombre des séances est variable ».

2.1.4. Indications et résultats [7]

- Les indications de l'acupuncture, fondées sur les preuves en EBM, sont reconnues par l'OMS :
 - haut niveau de preuve : **céphalées et migraines**, rachialgies, douleurs articulaires des membres et musculosquelettiques, douleurs post-opératoires, nausées et vomissements post-opératoires, soins de support en oncologie (**nausées et vomissements induits par la chimiothérapie**, fatigue, bouffées de chaleur sous traitement anti hormonal, arthralgies sous anti aromatasés), dysménorrhées, **vomissements de la grossesse**, adjonction aux PMA, dépression modérée, rhinite allergique ;
 - niveau de preuve modéré : douleurs des neuropathies chimio-induites, douleurs gynécologiques lors du travail, troubles psychiatriques (anxiété, addictions), insomnie, troubles digestifs (constipation, syndrome de l'intestin irritable), obésité, séquelles d'AVC.

2.1.5. Risques

- Le rapport de l'INSERM sur l'efficacité et la sécurité de l'acupuncture [8] conclut à une prévalence très faible des effets indésirables, qui sont d'intensité faible et transitoires. Une compétence médicale est nécessaire pour assurer la sécurité des patients.

2.1.6. Réglementaire et formations diplômantes

- En France, l'exercice de l'acupuncture est **réservé aux professions médicales** et est reconnu par l'Ordre des Médecins et l'Ordre des Sages-Femmes. La formation diplômante théorique et pratique est dispensée dans les facultés de Médecine : Capacité de Médecine en Acupuncture en 3 années pour les docteurs en médecine, en odontologie, en médecine vétérinaire et Diplôme Inter-Universitaire d'acupuncture obstétricale en 2 années pour les Sages-Femmes.

2.1.7. Le Qi Gong et Tai Chi

- **Principes** : mobilisent simultanément la pensée, le corps et le souffle. Ils se pratiquent principalement debout. Le Tai Chi Chuan, art martial chinois interne, conjugue les principes du Qi Gong et ceux des arts martiaux dont les mouvements sont codifiés.

- **Indications et résultats** : les effets des exercices de Qi Gong, différents selon le type de patients et les indications thérapeutiques, ont été évalués en particulier sur la prévention des chutes lors du Parkinson, la douleur (fibromyalgie), les troubles de l'humeur et l'anxiété, en nutrition-métabolisme pour les patients obèses, en surpoids et/ou porteurs d'un diabète de type 2.
- **Réglementaire et formations diplômantes** : les Pratiques Corps-Esprit en Médecine Chinoise (Qi Gong et Tai Chi Chuan) font l'objet d'un enseignement universitaire pour les professionnels de santé. Le Qi Gong et le Tai Chi Chuan sont enseignés au niveau national en tant que disciplines dans le cadre de l'activité physique et sportive (Ministère des sports).

2.2. Médecine manuelle-ostéopathie médicale

2.2.1. Définition et principes

- **La médecine manuelle et l'ostéopathie** font partie du cadre plus général des thérapies manuelles. Il s'agit d'une pratique visant à diagnostiquer et traiter une dysfonction bénigne, mécanique et/ou réflexe d'une structure articulaire ou des tissus mous. La **médecine manuelle, pratiquée par un médecin**, est le prolongement de l'examen clinique par le traitement de la dysfonction musculo-squelettique bénigne. L'ostéopathie propose une approche plus globale qui consiste, après un diagnostic médical excluant les contre-indications, en un traitement manipulatif de plusieurs sites (rachis comme périphériques) avec plusieurs méthodes (tissus mous et articulaires).

2.2.2. Types de manipulation

- Ils comprennent :
 - les massages superficiels (peau) ou profonds (muscle, tendon, articulation) ;
 - les techniques non forcées : mobilisations articulaires et vertébrales, techniques neuromusculaires (myotensives), techniques de décordage, de raccourcissement ;
 - les manipulations proprement dites, qui sont des mouvements forcés articulaires périphériques et vertébraux, avec impulsion de très faible amplitude et de très haute vitesse.
- D'autres techniques sont couramment utilisées mais sortent du cadre de cet enseignement faute d'évidence scientifique.

2.2.3. But et effets d'une manipulation

- L'objectif d'une manipulation du système musculo-squelettique est de restaurer une capacité de mouvement d'amplitude maximale et non douloureuse.
- Sur le plan neurophysiologique, de nombreux travaux scientifiques sur les manipulations vertébrales ou articulaires périphériques ont pu démontrer des effets sur **les récepteurs musculaires paraspinaux**, sur **les muscles squelettiques** en améliorant la transmission neuromotrice après manipulation lombaire, sur le **contrôle inhibiteur** central en augmentant la tolérance à un stimulus douloureux calibré, sur **l'activité réflexe** en diminuant l'inhibition liée à la douleur, ou encore sur **le tonus végétatif** en modifiant le rythme cardiaque ou la pression artérielle. Sur le plan thérapeutique, les principaux effets concernent les pathologies rachidiennes en améliorant la douleur comme la fonction à court terme.

2.2.4. Indications et résultats

- Les principales indications sont les **dysfonctions douloureuses vertébrales** (cervicalgies, dorsalgies, lombalgies, coccygodynies) en première intention lorsqu'il s'agit d'une forme commune (sans facteurs de gravité, cf. ci-dessous) à la phase aiguë, et en traitement d'appoint des formes chroniques.
- Au-delà, toutes les dysfonctions communes articulaires ou tendinomusculaires sont accessibles au traitement manuel et ostéopathique lorsque les contre-indications ont été écartées.

2.2.5. Contre-indications et risques

- Les pathologies exposant à un risque non contrôlé lors d'une manipulation, comme les cancers, les infections, les fractures, les pathologies inflammatoires en poussée.
- Les pathologies exposant à un risque neurologique (malformation, conflit discoradiculaire) ou encore un risque vasculaire (insuffisance vertébro-basilaire).

2.2.6. Réglementaire et formations diplômantes

- Depuis la loi du 2 mars 2002, les manipulations ne sont plus réservées aux médecins mais à toute personne, soignante (kinésithérapeute, sage-femme...) ou non soignante, titulaire du diplôme d'ostéopathie avec certaines restrictions comme la pratique des manipulations cervicales (réalisables uniquement par des médecins).
- Pour les médecins, le DIU national de Médecine Manuelle et d'Ostéopathie Médicale en 3 ans est reconnu par l'Ordre des médecins et enseigné dans 10 universités françaises. Ce diplôme permet de pratiquer des actes remboursés par la sécurité sociale (acte manipulatif) et les mutuelles (acte ostéopathique).
- En résumé, les dysfonctions douloureuses de l'appareil musculo-squelettique peuvent être traitées par l'acte médical manuel ou ostéopathique **après que le médecin a confirmé le caractère bénin et éliminé toute contre-indication médicale.**

2.3. Hypnose

2.3.1. Définition et principes

- L'**hypnose** est définie par un « état de fonctionnement psychologique par lequel un sujet, en relation avec un praticien, fait l'expérience d'un champ de conscience élargi ».
- L'**hypnoalgésie** est utilisée pour la prise en charge de la douleur aiguë, et doit être réalisée par des professionnels de santé dans leur champ de compétences.
- L'**hypnose thérapeutique** est une pratique de soins de nature psychologique, qui nécessite une formation plus poussée. Elle peut être utilisée seule (auprès de patients chroniques, au cours de psychothérapies, etc.) ou en complément d'autres pratiques (communication hypnotique lors de soins avec prémédication, complément à une anesthésie locorégionale, etc.). Elle permet d'obtenir un état de conscience que l'on dit modifié ou élargi (« état hypnotique » ou « transe hypnotique »), car le patient ne centre plus son attention et ses émotions uniquement sur une partie de son corps (douloureux, support de l'angoisse, etc.) mais acquiert une plus grande flexibilité psychologique lui permettant de modifier la façon dont il perçoit ses sensations corporelles et donc sa réalité.
- Ces données sont objectivées par la neurophysiologie et l'imagerie cérébrale, qui montrent une « signature de l'activité cérébrale » caractéristique de l'état hypnotique (état d'éveil et de détente en même temps).

2.3.2. Indications et résultats [8]

- L'hypnose, qui doit être réalisée par des professionnels de santé dans leur champ de compétences, peut être utile pour :
 - la prise en charge de la douleurs (aiguë, chronique, procédurale) ;
 - la prise en charge de l'anxiété ;
 - la prise en charge des troubles dits « fonctionnels », et l'ensemble des indications psychothérapeutiques.
- L'hypnose possède un niveau de preuve scientifique qui lui permet d'être incluse dans les pratiques médicales avec confiance, dès lors que les praticiens sont formés. La pratique de l'hypnose peut commencer dès l'âge de 4 ans.

2.3.3. Hypnose et douleur, hypnoalgésie

- L'association internationale pour l'étude de la douleur (IASP) a revu en 2020 la définition de la douleur, comme « une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à, ou ressemblant à celle associée à, une lésion tissulaire réelle ou potentielle ». Cette définition met en avant les deux principales composantes de la douleur : **la composante sensorielle** qui permet de décrire cette douleur et **la composante émotionnelle** qui correspond au retentissement de cette douleur sur l'affect. Il existe également une **composante comportementale** et enfin **une composante cognitive** (à travers son histoire personnelle, quel sens le patient donne à sa douleur). Il existe des relations étroites entre les composantes émotionnelle et sensorielle : les émotions négatives (anxiété, dépression) augmentent le ressenti de la douleur. L'anxiété anticipatoire avant la réalisation d'un soin, d'une chirurgie, d'un accouchement modifie et augmente la sensation de la douleur.
- **De nombreux travaux ont confirmé l'intérêt de l'hypnose dans la prise en charge des douleurs :**
 - **en cas de douleur aiguë**, l'hypnose permet de moduler la composante sensorielle (intensité de la douleur) et émotionnelle (anxiété associée), dans de nombreuses situations où l'hypnose peut être utilisée seule ou en complément d'autres traitements antalgiques : douleurs induites par les soins (pansements, sutures, ponctions, réduction de luxation...), en odontologie, en obstétrique, au bloc opératoire dans le cadre d'une hypnosédation où l'hypnose permet de réduire significativement les doses des agents sédatifs et antalgiques.
En pratique, plusieurs techniques hypnotiques peuvent être utilisées : **l'hypnose conversationnelle** associant communication positive, détournement d'attention, confusion pour des gestes courts, ou **l'hypnose formelle** pour des procédures plus longues en maintenant la transe hypnotique (permettant au patient de vivre par exemple une situation agréable ...) pendant le soin ou l'intervention. L'hypnose est également intéressante pour préparer le patient avant une intervention en diminuant l'anxiété préopératoire ;
 - **en cas de douleur chronique**, la prise en charge des patients est plus complexe et repose sur une approche pluridisciplinaire où l'hypnose peut avoir sa place parmi d'autres traitements. Plusieurs séances sont nécessaires afin de donner au patient de nouvelles ressources pour faire face à sa douleur, lui apprendre à modifier ses rapports avec sa douleur, à la gérer autrement.
- Dans tous les cas, il faut pouvoir mobiliser l'effet placebo (qui explique une part importante de l'efficacité des traitements antalgiques, médicamenteux et non médicamenteux), ce qui souligne l'importance de la relation soignant-patient avec une attitude professionnelle empathique, une information donnée au patient et des outils de communication positive.

2.3.4. Hypnose en médecine générale

- L'approche globale du médecin généraliste et la relation de confiance instaurée avec ses patients de tous âges sont des conditions privilégiées pour utiliser l'hypnose. S'il se sent suffisamment en sécurité et s'il est disponible, le patient peut s'engager dans un travail en hypnose et ainsi devenir acteur de sa prise en charge.
- Le médecin généraliste peut ainsi recourir à l'hypnosédation pour les petits gestes techniques, l'hypnoalgésie pour les douleurs chroniques ou aiguës, l'hypnothérapie pour les traumatismes psychiques ou physiques.
- L'hypnose conversationnelle est adaptée pour la réalisation des petits gestes courts (vaccinations, infiltrations périarticulaires), l'hypnose formelle pour les gestes nécessitant plus de temps (pauses et retraits d'implants hormonaux contraceptifs, pauses de stérilets, sutures, cryothérapie, pansements complexes...).
- L'hypnose formelle permet de contribuer à la prise en charge des pathologies chroniques en soins primaires : syndrome de l'intestin irritable, migraines et céphalées chroniques, dysménorrhée, fibromyalgie, troubles du sommeil, anxiété, dépression, deuils, états de stress post-traumatique, asthme...

2.3.5. Contre-indications et risques

- La pratique de l'hypnose par un professionnel de santé ou un psychologue peut concerner tous les patients sans contre-indication, dans le cadre des compétences du praticien. Cependant, chez le patient au profil psychotique, le délire en phase active ne permet pas la relation et le travail à partir du monde interne du patient s'en trouve empêché.

2.3.6. Autohypnose

- Enseigner l'autohypnose au patient dès le début de la prise en charge lui apprend à devenir autonome et acteur de sa santé. Quelques minutes d'autohypnose chaque jour suffisent pour entretenir le travail thérapeutique mis en place par le praticien, et permettent au patient de participer au processus de guérison.

2.3.7. Formations diplômantes

- Il existe en France de nombreux Diplômes Universitaires d'hypnose médicale ou thérapeutique, généralement d'une année, ouverts aux professionnels de santé et aux psychologues.

2.4. Méditation en pleine conscience

2.4.1. Définition et principes

- La méditation est pratiquée depuis des millénaires. La méditation de pleine conscience (*mindfulness* en anglais) met en jeu les processus attentionnels, et amène le pratiquant ou le patient à porter son attention sur différents objets de méditation comme les sensations du corps, le souffle, les sons, les pensées ou les émotions. Elle amène le méditant à être particulièrement présent et attentif à l'instant présent avec bienveillance et en prenant de la distance par rapport aux jugements qui peuvent émerger du mental (commentaires mentaux ou autocritique).
- La pratique méditative a été promue dans les pays occidentaux depuis les années 70 comme une approche permettant de mieux gérer le stress et de retrouver le calme. Elle favorise en effet la stabilisation des émotions, et développe l'attention, avec une prise de conscience de la labilité de la capacité attentionnelle de chacun. Surtout, la pratique méditative fait entrevoir comment une attention focalisée est parfois la source d'une sorte d'aveuglement (« on ne voit que ce que l'on cherche ») qui peut avoir des conséquences importantes, notamment dans le métier de soignant (lors de l'examen clinique par exemple).

2.4.2. Indications et résultats

- Pour la prise en charge de l'**anxiété et de la dépression**, les études cliniques sur la méditation ont un haut niveau de preuve dans une stratégie de prévention des rechutes dépressives, qui peut être proposée par des spécialistes des thérapies cognitivo-comportementales chez des patients stabilisés par un traitement médical [9].
- Pour la prise en charge des **douleurs chroniques**, le bénéfice de la méditation a également été montré dans différentes études cliniques, la pratique de la méditation permettant de faire mieux la différence entre la douleur elle-même (qui n'est pas modifiée), et la souffrance émotionnelle qui accompagne la douleur chronique. Les patients douloureux peuvent améliorer en méditant leur capacité à explorer les sensations des parties du corps qui ne sont pas douloureuses, modifiant ainsi leur périmètre sensoriel. En particulier, la méditation peut désormais être proposée en deuxième ligne dans la prise en charge des douleurs neuropathiques (cf. item 135).
- Pour la prise en charge de la **maladie chronique**, les approches méditatives ont été explorées dans de nombreux domaines, particulièrement dans les suites du **traitement d'un cancer**. De nombreuses études montrent que la pratique méditative permet une amélioration de la qualité de vie, avec un retour à la faculté d'être davantage présent et diminue les ruminations mentales (pensées récurrentes souvent négatives qui augmentent le risque de présenter une dépression) et l'anticipation anxieuse (tendance à constamment s'angoisser pour le futur).
- Les **troubles du sommeil** (surtout en cas de difficultés d'endormissement) peuvent être améliorés significativement par la pratique méditative qui permet de « défusionner » le patient de ses pensées (en prenant du recul et conscience que les pensées ne sont pas des faits) et d'amener l'attention du patient aux sensations corporelles ou au souffle, induisant ainsi une détente qui favorise l'endormissement.
- De nombreuses études cliniques sont en cours lors du vieillissement, de la démence, de la gestion du stress dans différents types de prises en charge médicales, pour l'accompagnement de troubles des comportements alimentaires...

- **Pour les soignants**, qui sont souvent exposés à des situations de stress, la pratique méditative peut permettre de développer une habitude du « prendre soin de soi », concept souvent étranger aux professionnels de santé. Ces pratiques trouvent ainsi leur intérêt dans la **prévention du burn-out des professions de santé** et étudiants en médecine.

2.4.3. Risques

- Pour son apprentissage, la pratique de la méditation nécessite d'être accompagné par un enseignant formé, susceptible de déterminer si le méditant apprenti peut aborder ces pratiques sans risques, et qui pourra orienter et conseiller si des effets secondaires (rares et surtout observés chez des personnes ayant des antécédents psychiatriques) venaient à apparaître au décours de la pratique.

2.4.4. Formations diplômantes

- Des Diplômes Universitaires de méditation en pleine conscience, relation thérapeutique, méditation en santé, généralement d'une année, sont ouverts aux professionnels de santé et aux psychologues.

2.5. Homéopathie

2.5.1. Définition et principes

- L'homéopathie a été développée par le Dr Samuel Hahnemann (1755-1843). Elle repose sur le principe controversé de similitude selon lequel une substance capable de provoquer des symptômes à forte dose pourrait corriger ces symptômes à faible dose.

2.5.2. Modalités pratiques

- Selon l'Agence nationale de sécurité du médicament (ANSM), le médicament homéopathique est obtenu à partir de souches de nature minérales, végétales ou animales. Il est produit par des dilutions successives et se présente sous forme de granules ou de gouttes. Les médicaments homéopathiques disposent d'une autorisation de mise sur le marché (AMM) mais n'ont pas d'indication thérapeutique, de posologie ou de notice, une même souche pouvant être prescrite pour des symptômes et des pathologies différents. **Depuis 2021, les médicaments homéopathiques ne sont plus remboursés par l'Assurance maladie.** La HAS a en effet conclu que l'homéopathie n'avait pas fait la preuve d'une efficacité supérieure au placebo sur la morbidité et la qualité de vie [10]. L'effet perçu de l'homéopathie doit toutefois être appréhendé en soulignant les particularités de la consultation homéopathique qui restent insuffisamment évaluées. Cette consultation souvent longue vise à identifier les « symptômes atypiques » (physiques et psychiques, selon une sémiologie propre à l'homéopathie) spécifiques du patient pour prescrire le traitement, symptômes qui diffèrent des symptômes typiques de la maladie (selon la sémiologie classique). Il n'existe donc pas un traitement homéopathique pour « les céphalées » mais le traitement est censé correspondre au type de céphalée que tel patient présente et prendre au mieux en compte tous les autres symptômes du patient.

2.5.3. Indications, contre-indications et risques

- L'homéopathie est une des thérapies complémentaires les plus utilisées en France par les professionnels de santé et les patients. Les données d'utilisation montrent que l'homéopathie est utilisée ou prescrite principalement pour la dépression, l'anxiété, les troubles du sommeil, les migraines, les otites et infections des voies aériennes supérieures légères, les allergies respiratoires, les affections dermatologiques, les douleurs ou troubles musculo-squelettiques et les soins de support en oncologie.
- La HAS reconnaît un profil de tolérance, de sécurité d'emploi et d'interaction médicamenteuses très favorable, comparable à celui d'un placebo dans les études comparatives. On peut dès lors considérer que l'utilisation de l'homéopathie dans les situations citées plus haut, peut contribuer à réduire la iatrogénie médicamenteuse liée à des sur-prescriptions ou à la prescription de placebos impurs (molécules pharmacologiquement actives prescrites sans indications validées à visée surtout placebo) qui reste courante en médecine. Rappelons en effet que l'effet placebo est une composante importante de l'action thérapeutique des traitements médicaments et non médica-

menteux en médecine. L'utilisation de placebos honnêtes (le patient étant informé que la molécule qui lui est prescrite ne comporte pas de molécule pharmacologiquement active) a d'ailleurs démontré son efficacité dans diverses pathologies de faible gravité et pourrait aussi contribuer à réduire la iatrogénie médicamenteuse.

- **Les principaux risques liés à l'utilisation de l'homéopathie résident dès lors dans son usage « alternatif »** (cf. 1.1.1.7) : retard diagnostic, stratégies préventives inadéquates, défiance vis-à-vis de méthodes préventives efficaces comme la vaccination.

2.5.4. Règlementaire et formations diplômantes

- En France, l'exercice de l'homéopathie est réservé aux médecins, chirurgiens-dentistes, pharmaciens, sage-femmes et vétérinaires. L'enseignement de l'homéopathie est dispensé par certaines universités (DIU de thérapeutique homéopathique). L'Académie de Médecine et de Pharmacie ont rendu un avis défavorable concernant son enseignement à l'Université.

3. Conclusion

- Inscrites dans la Stratégie Nationale de Santé 2018-2022 et différents rapports, dont celui de la HAS, depuis 2011, la prescription des INM et thérapies complémentaires a un intérêt dans les secteurs de la prévention, du traitement de la douleur, de la prise en charge des maladies chroniques, de l'accompagnement du handicap, de la santé mentale, de l'enfance et du bien-vieillir. Elles doivent au mieux compléter les traitements biomédicaux, notamment pour réduire le risque de surprescriptions médicamenteuses qui existe dans certaines pathologies ou syndromes dysfonctionnels.
- Même si plusieurs d'entre elles (exercice physique, approches nutritionnelles, acupuncture, hypnose, méditation...) ont déjà fait l'objet d'études cliniques poussées et commencent à être remboursées par l'Assurance maladie et les mutuelles complémentaires, il faut rester vigilant sur leurs risques potentiels, et les praticiens qui les mettent en oeuvre, qui ont tout intérêt à être des professionnels de santé, avertis de ces risques.

► BIBLIOGRAPHIE

LA RÉFÉRENCE À RETENIR

- Académie Nationale de Médecine (2013). Thérapies complémentaires : Leur place parmi les ressources de soins. Paris : Académie Nationale de Médecine. <http://www.academie-medecine.fr/wp-content/uploads/2013/07/4.rapport-Th%C3%A9rapies-compl%C3%A9mentaires1.pdf>

POUR ALLER PLUS LOIN

- HAS (2011). Développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses validées. Paris : HAS. https://www.has-sante.fr/jcms/c_1059795/fr/developpement-de-la-prescription-de-therapeutiques-non-medicamenteuses-validees
- OMS (2013). WHO traditional medicine Strategy: 2014-2023. Geneva: WHO.
- DGCCRF (2019). « Médecines » douces ou alternatives : des insuffisances dans le respect de la réglementation. Paris : DGCCRF <https://www.economie.gouv.fr/dgccrf/medecines-douces-ou-alternatives-des-insuffisances-dans-le-respect-de-la-reglementation>
- Ninot G, Deschamps E, Achalid G, Abad S, Berna F et al. NPI Model: Standardised framework for evaluating non-pharmacological interventions in the French health context. HAL, hal-04360550, 2023.
- Sibeoni et al. A specific method for qualitative medical research: the IPSE (Inductive Process to analyze the Structure of lived Experience) approach. BMC Medical Research Methodology 2020. PMID: 32847514.
- INSERM (2014). Barry C, Falissard B. Évaluation de l'efficacité et de la sécurité de l'acupuncture.
- INSERM (2015). Évaluation de l'efficacité de la pratique de l'hypnose https://www.inserm.fr/sites/default/files/2017-11/Inserm_RapportThematique_EvaluationEfficaciteHypnose_2015.pdf
- Bagnis C. La méditation de pleine conscience » (2021). Que Sais-Je, PUF.
- HAS (2019) Avis de la Commission de la transparence. Evaluation des médicaments homéopathiques soumis à la procédure d'enregistrement prévue à l'Article L.5121-13 du CSP.

FICHE DE SYNTHÈSE

1. Pour la prise en charge de la douleur, de l'anxiété, des troubles du sommeil et des troubles fonctionnels en particulier, il est nécessaire d'effectuer une évaluation multidimensionnelle des problématiques posées par le patient, et recommandé d'associer les traitements pharmacologiques et non pharmacologiques, afin d'optimiser l'efficacité du traitement et de limiter la iatrogénie.
2. Chaque fois que possible, après une éducation thérapeutique adaptée, il faut encourager l'autopratique par le patient (activité physique adaptée, autohypnose, méditation...).
3. Privilégier le recours aux thérapies complémentaires mises en œuvre par des professionnels de santé bien formés, au mieux par une formation universitaire.
4. Il importe d'être vigilant sur les risques voire les dérives de certaines thérapies complémentaires et alternatives, encore davantage si elles sont pratiquées hors parcours de soins, par des praticiens non diplômés.

+++ LE COUP DE POUCE DE L'ENSEIGNANT

- Pour mieux orienter le patient, savoir analyser de façon objective les compétences réelles du praticien et la qualité de sa formation, ainsi que la nature de la pratique proposée, et son niveau de preuve dans une indication donnée, et l'environnement dans lequel elle est réalisée. Des rapports INSERM et des revues Cochrane très documentés sont disponibles sur de nombreuses INM et thérapies complémentaires, et précisent leurs indications potentielles.

CONTRIBUTEURS À CE CHAPITRE

Bases méthodologiques et éthiques

Cadre méthodologique, niveau de preuve et éthique : Pr Bruno FALISSARD (Inserm, Paris)

Les principales thérapeutiques

Acupuncture : Pr Régine BRISSOT (Rennes), Pr Jacques KOPFERSCHMITT (Strasbourg) et Collège Français d'Acupuncture

Médecines traditionnelles chinoises : Dr Amélie LIOU, Dr Catherine BITKER, Pr Alain BAUMELOU (Paris)

Médecine Manuelle et Ostéopathie Médicale : Pr Arnaud DUPEYRON (Nîmes)

Hypnose : Pr Antoine BIOY (Paris), Pr François SZTARK (Bordeaux), Pr Éric MENER (Rennes)

Médiation en pleine conscience : Pr Corinne ISNARD (Paris)

Principales situations de départ en lien avec l'item 327 :
**« Utilité et risques des interventions non médicamenteuses
et des thérapies complémentaires »**

Situation de départ

- 35. Douleur chronique
- 36. Douleur de la région lombaire
- 71. Douleur d'un membre
- 72. Douleur du rachis
- 73. Douleur, brûlure, crampe
- 259. Évaluation et prise en charge aiguë
- 260. Évaluation et prise en charge chronique
- 279. Consultation de suivi d'une pathologie chronique
- 352. Expliquer un traitement au patient

