

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

Pr Julien Nizard*, **Pr François Paille****,
Pr Jacques Kopferschmitt***, **Pr Grégory Ninot******

* Centre fédératif douleur, soins palliatifs et de support, éthique clinique, CHU Nantes

** Service d'addictologie, CHU Nancy

*** Service des urgences, CHU Strasbourg

**** Institut du cancer de Montpellier et Université de Montpellier

OBJECTIFS : N° 327

→ Principes de la médecine intégrative, principes d'action, utilité et risques des Interventions Non Médicamenteuses et des Thérapies Complémentaires

PLAN

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

Rang	Rubrique	Intitulé	Descriptif
A	Définition	Savoir définir : médecine intégrative, 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 dénominations 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, et des approches psychocorporelles (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 toujours 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 approches 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 utilise 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, y compris en première intention [2], notamment chez 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, ces pratiques 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), Plateforme CEPS, 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 : il peut s'agir des travaux réalisés sur ces pratiques, insuffisants en quantité et/ou en qualité, mais aussi des méthodes de recherche utilisées pour évaluer ces pratiques, qui sont la plupart du temps celles utilisées pour l'évaluation des médicaments, alors qu'elles ont intérêt à être adaptées aux spécificités des pratiques non médicamenteuses centrées sur le patient.
- 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 de certaines maladies. Depuis 2010, la production scientifique sur le sujet est devenue exponentielle et de meilleure qualité. Elle est aujourd'hui plus accessible dans des banques de données médicales et spécifiques.
- Par ailleurs, des pratiques 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. Des progrès sont en cours avec la création de formations dans un cadre académique permettant l'obtention de diplômes universitaires (DU) ou interuniversitaires (DIU), comme pour la médecine manuelle-ostéopathie médicale (DIU national en 3 ans), l'hypnose (DU en 1 an), la méditation (DU en un an) ou la capacité de médecine en acupuncture en deux années par exemple.
- 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.
- 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 notion de médecine intégrative, qui n'est pas encore acceptée par certains, peut être utile pour proposer à chaque patient un parcours de soin adapté à ses besoins et à ses souhaits, **associant** les pratiques issues de la médecine conventionnelle et les pratiques complémentaires les plus pertinentes. Elle tient compte de la personne dans sa globalité (corps, émotions, croyances, motivations) et propose une **approche personnalisée**, interdisciplinaire, préventive et thérapeutique, prenant compte de son mode de vie et des ressources locales.

1.1.1.3. Intervention non médicamenteuse (INM)

- Pour sortir de la nébuleuse et de la confusion, il faut qualifier correctement ces pratiques, également appelées traitements non médicamenteux ou traitements non pharmacologiques. Des termes relèvent de disciplines paramédicales (la « kinésithérapie » par exemple), de méthodes (le protocole « Eye Movement Desensitization and Reprocessing », ou EMDR par exemple), de techniques (un geste sur un point d'« acupression » par exemple), de matériels (un « podomètre » par exemple), de produits (phytothérapie), de modes de vie (« Feng Shui »), de médecines traditionnelles et de pratiques sectaires, qui peuvent exposer le praticien malhonnête à une peine de prison ferme.
- La Haute Autorité de Santé a rédigé un rapport sur les INM en 2011 [2]. Une INM se définit comme une « **intervention non pharmacologique, non invasive, ciblée et fondée sur des données probantes**, hors chirurgie et dispositif médical ». En pratique, il peut s'agir d'une intervention physique (ou corporelle), psychologique, nutritionnelle, numérique, ou ergonomique sur une personne, visant à prévenir, soigner ou guérir.
- **De nombreuses INM sont validées, avec un haut niveau de preuve**, et reconnues comme l'activité physique adaptée, certaines psychothérapies, des régimes, des méthodes de rééducation, des méthodes d'éducation pour la santé...
- Les acteurs des INM sont des professionnels de santé et des praticiens formés à ces méthodes. Pour être proposée et pratiquée, une INM doit :
 - Être personnalisée et intégrée¹ dans le parcours de vie du patient ;
 - Se matérialiser sous la forme d'un **protocole reproductible**, avec un **objectif de santé précis** ;

1. Le terme intégration a plusieurs sens : intégration de différentes méthodes (soin et/ou prévention), mais aussi intégration du patient dans ses soins, intégration dans le parcours de santé (traçabilité possible dans le dossier médical).

- Mobiliser des mécanismes biopsychosociaux connus ou hypothétiques ;
- Avoir fait l'objet **d'au moins une étude interventionnelle publiée menée selon une méthodologie reconnue** ayant évalué ses bénéfices et ses risques, sur une population bien ciblée, par un **professionnel formé**.

1.1.1.4. Thérapies complémentaires, ou « médecines non conventionnelles »

- Ce sont des méthodes à visée préventive ou thérapeutique qui agissent **en complémentarité** avec d'autres méthodes validées. Elles se décrivent comme centrées sur le patient, sa santé globale et sa qualité de vie, en soulignant l'importance de l'écoute et de l'alliance thérapeutique surtout pour les pathologies chroniques fonctionnelles. Toutefois, la médecine conventionnelle souligne également l'importance de ces aspects de la prise en charge du patient.
- Les notions d'INM et de thérapies complémentaires se recoupent largement. Elles ne sont cependant pas strictement synonymes au sens où certaines INM, bien validées et reconnues, sont des traitements de référence. À l'inverse, certaines thérapies complémentaires ne sont pas des INM (phytothérapie par exemple...).
- Nombre de thérapies complémentaires n'ont pas fourni un niveau de preuves scientifiques suffisant quant à leur rapport bénéfices/risques pour être intégrées dans l'arsenal thérapeutique validé.
- Certaines ont cependant fait l'objet de travaux de qualité et sont de plus en plus couramment utilisées dans le champ de la prévention, des maladies chroniques, des soins de support, de la douleur, du handicap, du bien vieillir...

1.1.1.5. Soins de support

- Très utilisés en cancérologie, 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 simplement des méthodes ou des techniques, 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. Médecines alternatives

- Les méthodes, techniques et approches qui n'ont pas fait l'objet d'études publiées ou qui s'y refusent ne relèvent pas des INM. Elles prennent les termes de médecines « douces » (pas toujours si douces...), « naturelles », « parallèles », « alternatives » (attention aux pertes de chance). Elles peuvent être sources de dérives, abusives (retard de traitement, refus de soin, errance thérapeutique), charlatanesques ou sectaires.

1.1.2. En pratique

- **Une pratique médicale associant médecine conventionnelle et interventions non médicamenteuses, 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 INM ou thérapies complémentaires.

2. D'aider les soignants à :

- Enrichir leurs représentations du patient, de sa maladie et de son accompagnement, en co-construisant 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/systemiques 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, les Fakemed explosent 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 fiable et actualisée sur les bénéfices et les risques de ces pratiques désormais explicites et ciblées [5]. Il a aussi le devoir de partager la décision d'usage avec son patient de manière éclairée et pertinent 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. La science, seul moyen de « trier le grain de l'ivraie »

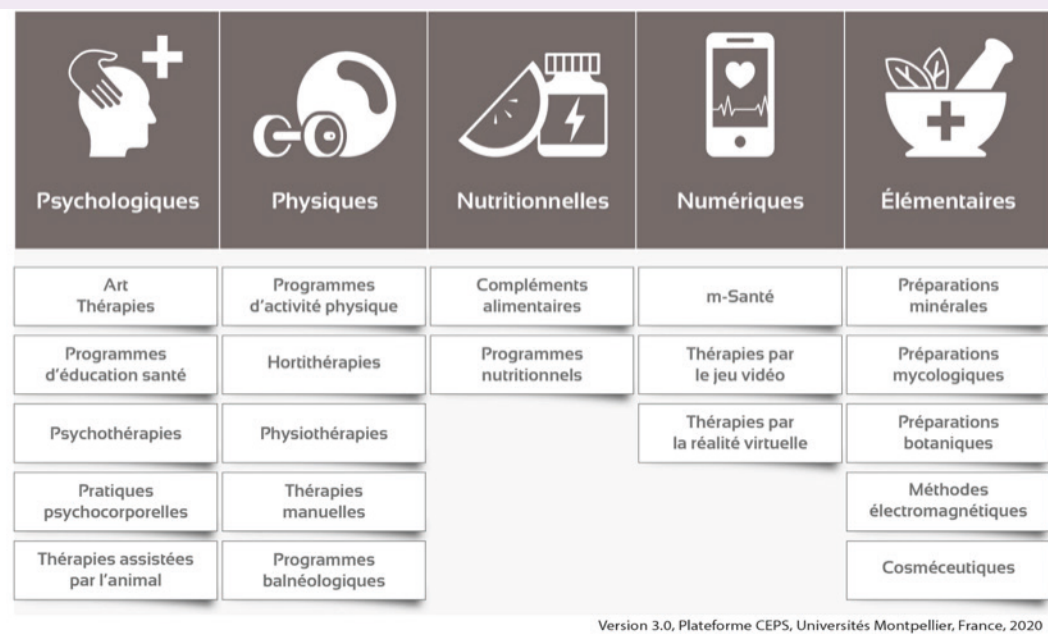
- Les progrès dans l'usage des médicaments ont été obtenus par l'accumulation d'études cliniques rigoureuses à travers un processus de validation et de surveillance admis dans le monde entier.
- Depuis 2010, de nombreux auteurs et autorités encouragent l'évaluation scientifique des pratiques non médicamenteuses 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) et sociétaux (sédentarité, pollution). Elle s'appuie sur les découvertes récentes des neurosciences, de l'épigénétique et de l'immunologie et sur les innovations technologiques (biométrie connectée, intelligence artificielle, téléconsultation).

1.2.4. Classification des INM

- La définition des INM, exposée en début de chapitre, met l'accent sur :
 - la description détaillée du protocole d'intervention : mécanisme d'action, contenu, matériel nécessaire, contexte de mise en œuvre, précautions, intervenant professionnel ;

- son vecteur prédominant : psychologique ou corporel par exemple ;
 - son objectif principal : prévenir, soigner ou guérir ;
 - son mode d'administration, personnalisée et intégrée à chaque parcours de vie ;
 - 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. Elle se distingue clairement d'une médecine traditionnelle (approche globale associant un diagnostic, une démarche philosophique et des stratégies thérapeutiques spécifiques), d'une médecine alternative, d'une action populationnelle de santé publique (e.g., campagne de promotion dans les médias d'un mode de vie actif ou d'une vie sans tabac) et d'une activité socioculturelle (artistique, pratique religieuse...).
- Une **classification des INM** a été établie par la Plateforme universitaire collaborative CEPS, avec 5 catégories [6].

Figure 1. Classification des INM (Plateforme CEPS, Universités Montpellier, 2020)



- Une fois l'INM identifiée et située dans la classification, encore faut-il qu'elle réponde à des critères descriptifs indispensables et recommandés.

Tableau 1 . INM : CRITÈRES INDISPENSABLES ET RECOMMANDÉS

	Indispensable	Recommandé
Désignation	Nom	Acronyme, synonyme, auteur, institution, label
Objectif	Problème principal de santé à prévenir, soigner ou guérir	Bénéfices secondaires attendus
Population cible	Âge minimal – maximal	Sexe, niveau socio-éducatif, lieu de vie, maladie le cas échéant
Contenu	Composants (ingrédients, techniques ou gestes), procédures (séances, dose, durée), matériels	Précautions, manuel professionnel, manuel usager
Contexte	Lieu de pratique, moment du parcours de santé	Prescription médicale (ou non), remboursement

Mécanismes d'action	Processus/mécanismes explicatifs vérifiés	Processus/mécanismes explicatifs probables
Intervenant professionnel	Métier de l'opérateur	Diplôme de formation initiale, diplôme de formation continue, qualification, certification
Publications scientifiques	≥ 1 publication d'une étude interventionnelle positive	Autres publications (autre méthode, revue systématique, expertise collective...)

1.2.5. Évaluation scientifique des INM

- S'il existe un guide pour le compte-rendu des essais non médicamenteux, un guide des éléments incontournables pour concevoir un protocole pertinent d'évaluation faisait défaut jusqu'à présent, qui plus est chez les chercheurs francophones dont le nombre d'études interventionnelles non pharmacologiques reste faible. Une checklist de 29 items a été établie [6] pour faciliter la conception d'une étude clinique selon les attendus scientifiques, éthiques et réglementaires en vigueur, sa rigueur méthodologique et la dissémination de ses résultats. Les études de qualité sont attendues par les autorités dans un contexte interventionnel, pour sortir des biais évaluatifs, des fausses intuitions et des conflits d'intérêts.
- L'accumulation d'études interventionnelles standardisées financée notamment par le ministère de la santé (12 % des financements du Ministère de la Santé en 2019) facilitera les analyses et les comparaisons attendues par les auteurs de revues systématiques et l'intelligence artificielle et la consolidation des connaissances sur la probabilité de traiter un problème de santé et les principes actifs. Ces études rigoureusement construites permettront non seulement d'apprécier et de hiérarchiser les bénéfices des INM mais aussi d'identifier leurs risques intrinsèques et associés à d'autres traitements).

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

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

- Il faut enfin souligner que 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 effectuée essentiellement avec l'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 fort 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.
- Toutefois, 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 totalement impossible (musicothérapie, socio-esthétique...), côté praticien rarement atteint, le praticien sachant le plus souvent ce qu'il délivre ;

- **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 – ne semble pas adaptée à la plupart des ThC. En effet, les ThC proposent des prises en charge individualisées et non standardisées. 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 ;
- **Les critères de jugement** sont une autre question importante. 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 ? La question a toute sa place, quand on considère que les objectifs d'une Thc ne sont pas forcément superposables à ceux d'une thérapeutique conventionnelle. **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 permettant la mise en évidence d'indicateurs pertinents d'efficacité, du point de vue 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, récemment publiée (IPSE : Inductive process to analyze the structure of lived experience). Cette méthode **s'articule avec l'ECR** afin de développer des **études mixtes (qualitatives/quantitatives)** avec design explicatif, exploratoire ou intégré, 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 posée.

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

2.1. Acupuncture et médecines traditionnelles chinoises (MTC)

2.1.1. L'acupuncture et la MTC

2.1.1.1. Définition

- **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 chinoises, le massage. En MTC, le fonctionnement de l'être humain est à l'image des 5 mouvements (bois, feu, terre, métal, poumon) qui « gouvernent le monde extérieur ».
- **L'acupuncture** désigne l'ensemble des techniques de stimulation ponctuelle de points spécifiques, les points d'acupuncture, à visée curative mais avant tout préventive. Elle envisage l'être humain de façon holistique, sans dissocier les plans physique, psychologique et environnemental.

2.1.1.2. Principes

- Même si son mode d'action reste hypothétique, des sites d'action de l'acupuncture ont été mis en évidence, ainsi que de nombreux médiateurs à effets endocriniens, immunitaires et génétiques, à l'origine des effets cliniques de l'acupuncture, notamment analgésiques. L'acupuncture est basée sur la théorie des méridiens, les points d'acupuncture étant situés le long des méridiens. Ceux-ci sont des « voies de circulation » bien définies, dans lesquelles

le « Qi, ou souffle », circule harmonieusement dans tout le corps. En médecine chinoise, la maladie, ainsi que la douleur ou tout autre symptôme, résultent d'un « blocage ou d'une insuffisance de la circulation du Qi » dans le corps. Le traitement repose sur le diagnostic, recherchant l'origine du déséquilibre de la circulation du souffle Qi, grâce à une sémiologie précise, dont les éléments les plus connus sont l'examen du pouls et de la langue. La manipulation des points avec une aiguille est censée « produire une régulation de la circulation du Qi ». Ainsi, plutôt que de se focaliser sur l'organe, l'acupuncture traite un « déséquilibre énergétique », qui peut être d'origine externe ou environnementale (facteur climatique, infectieux...) ou interne (émotions).

2.1.1.3. Modalités pratiques

- Le nombre des séances est habituellement de 5 à 10, voire davantage selon la pathologie, d'une durée de 20 à 45 minutes, à raison de 1 à 5 par semaine.

2.1.1.4. Indications et résultats [7]

- Les indications de l'acupuncture sont reconnues par l'OMS. Elles sont basées sur les consensus internationaux de praticiens experts, les recommandations de bonne pratique clinique par les sociétés savantes et institutions de santé, mais aussi de très nombreuses publications de recherche clinique, dans le cadre de l'« Evidence-Based Medicine » (avec plus de 13 000 essais cliniques randomisés et plus de 1 700 méta-analyses, portant sur 200 pathologies explorées).
 - **Haut niveau de preuve** : céphalées et migraines, rachialgies, douleurs articulaires des membres et musculo-squelettiques, douleurs post-opératoires, nausées et vomissements (notamment en post-opératoires et liés à la chimiothérapie), rhinite allergique.
 - **Niveau de preuve modéré** : douleurs des neuropathies chimio-induites, douleurs gynécologiques (dysménorrhée, douleur du travail) ; troubles psychiatriques (anxiété, dépression, insomnie, addictions) ; troubles digestifs (constipation, syndrome de l'intestin irritable) ; séquelles d'AVC.

2.1.1.5. Risques

- Le rapport de l'INSERM sur l'efficacité et la sécurité de l'acupuncture [7] conclut à une prévalence très basse des effets indésirables, qui sont d'intensité faible et transitoires.

2.1.1.6. Réglementaire et formations diplômantes

- Au plan du cadre législatif, en France, l'exercice est actuellement **réservé aux professions médicales** et reconnu par l'Ordre des Médecins, avec une tarification spécifique, et l'Ordre des Sages-Femmes. L'enseignement est dispensé par l'Université, sous forme d'une capacité de Médecine d'Acupuncture en 3 années pour les docteurs en médecine, en odontologie, en pharmacie, en médecine vétérinaire et d'un DIU en 2 années pour les Sages-Femmes.

2.1.2. Le Qi Gong et Tai Chi

2.1.2.1. 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.

2.1.2.2. Indications et résultats

- Plusieurs revues de la littérature scientifique médicale ont été réalisées notamment par la Cochrane Library, avec des données produites le plus souvent dans le cadre d'essais cliniques type EBM. Toutefois, les effets sur la santé obtenus grâce à la pratique du Qi Gong, sont difficiles à mettre en valeur avec les outils standards de la méthodologie des essais cliniques, comme c'est le cas pour l'évaluation de la plupart des pratiques psychocorporelles. Les exercices de Qi Gong, différents selon le type de patients et les indications thérapeutiques, ont des effets qui ont été évalués, en particulier sur la prévention des chutes/Parkinson, la douleur (fibromyalgie), les troubles de l'humeur et l'anxiété, chez les patients obèses, en surpoids et/ou porteurs d'un diabète de type 2.

2.1.2.3. 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 (Diplôme Universitaire à la faculté de médecine de Sorbonne Université). 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 et 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 ce cours faute d'évidence scientifique.

2.2.3. But et effets d'une manipulation

- L'objectif d'une manipulation du système musculosquelettique 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 paraspiniaux (en stimulant les fuseaux et organes tendineux de Golgi), 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-dessus) 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

- 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 disco-radulaire) 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 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 musculosquelettique peuvent être traitées efficacement par l'acte médical manuel ou ostéopathique après que le médecin diplômé 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 élargie. »
- L'hypno-analgésie 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 : pratique de soins de nature psychologique, elle 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'anxiété, etc.) mais acquiert une plus grande flexibilité psychologique lui permettant de modifier la façon dont il perçoit ses sensations corporelles et donc sa réalité. En état d'hypnose, le patient peut par exemple imaginer mettre un modulateur sur la partie douloureuse de son corps et ainsi en baisser l'intensité. Cette « imagination créatrice » produite par la transe est réellement ressentie corporellement, et le rapport du patient à son mal est modifié.
- 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, hypnoanalgésie

- L'association internationale pour l'étude de la douleur (IASP, www.iasp-pain.org) 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 compo-

santes 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'hypnoanalgésie 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 péri-articulaires), l'hypnose formelle pour les gestes nécessitant plus de temps (poses et retraits d'implants hormonaux contraceptifs, poses de stérilets, sutures, cryothérapie, pansements complexes...).
- L'hypnose formelle permet de contribuer à la prise en charge des pathologies chroniques : 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 1970 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.
- **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 est désormais recommandée en deuxième ligne dans la prise en charge des douleurs neuropathiques.
- **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 ont démontré 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) venait 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.

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 surprescription 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 œuvre, qui ont tout intérêt à être des professionnels de santé, avertis de ces risques.

► Bibliographie

- LA RÉFÉRENCE À RETENIR
 1. Académie Nationale de Médecine (2013). Thérapies complémentaires : Leur place parmi les ressources de soins. Paris : Académie Nationale de Médecine. <http://www.academie-medicine.fr/wp-content/uploads/2013/07/4.rapport-Th%C3%A9rapies-compl%C3%A9mentaires1.pdf>
- POUR ALLER PLUS LOIN
 2. 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
 3. OMS (2013). WHO traditional medicine Strategy: 2014-2023. Geneva : WHO.
 4. 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>
 5. Ninot G (2019). Guide professionnel des interventions non médicamenteuses. Paris : Éditions Dunod.
 6. Ninot G, Barry, C, Ben Khedher Balbolia S, Carbonnel F, Kopferschmitt J, Paille F, Nizard J, Nogues M, Rochaix L, Falissard B. (2020). Checklist des invariants méthodologiques d'évaluation des interventions non médicamenteuses (INM) : Résultats d'une étude interdisciplinaire. Montpellier : ICEPS Conference 2020. <https://icepstv.fr/video/81>
 7. INSERM (2014). Barry C, Falissard B. Évaluation de l'efficacité et de la sécurité de l'acupuncture.
 8. 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

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 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'auto-pratique 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. 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

Évaluation des Interventions Non Médicamenteuses : Pr Grégory NINOT (Inserm, Montpellier)

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

Enjeux de l'évaluation des thérapies complémentaires : Pr Laurence VERNEUIL (Inserm, Paris)

Les principales thérapeutiques

Acupuncture et médecines chinoises

Acupuncture : Pr Régine BRISSOT (Rennes) et Pr Jacques KOPFERSCHMITT (Strasbourg)

Médecines traditionnelles chinoises : Dr Amélie LIOU et 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 de la douleur aiguë
- 260. Évaluation et prise en charge de la douleur chronique
- 279. Consultation de suivi d'une pathologie chronique
- 352. Expliquer un traitement au patient