

RAPPORT ANNUEL

LES PRATIQUES COMPLÉMENTAIRES EN FRANCE

Constats, attentes et perspectives

2023

REGARDS CROISÉS
Citoyens, Praticiens, Experts

1430 contributeurs

Rapport collectif sous la coordination de :

Pr Antoine BIOY, responsable scientifique et Véronique SUISSA, Directrice Générale

INTRODUCTION

Préface - MC pour l'émergence d'une nouvelle culture médicale P. 03
Pr Emmanuel HIRSCH - Professeur émérite d'éthique médicale, Université Paris-Saclay

Avant-propos P. 05

Objectifs et méthode de travail P. 06

1 VOLET CITOYEN P. 07

1. Caractéristiques des usages et usagers P. 08

2. Les pratiques les plus utilisées P. 09

3. Contextes et motivations d'usages P. 10

4. Accès et limites d'accès économique P. 11

5. Domaines d'actions prioritaires P. 12

6. Attentes d'actions gouvernementales P. 13

7. Souhaits d'accès géographiques et à l'information P. 14

8. Principales difficultés et attentes citoyennes P. 15

9. Propositions des citoyens P. 16

2 VOLET PRATICIENS & EXPERTS A-MCA P. 17

1. L'hétérogénéité des pratiques et des praticiens P. 18

2. Les dissensions entre les organisations praticiens P. 19

3. Formations : des inégalités d'accès et de contenus P. 20

4. Le libre accès aux formations express P. 21

5. Les dérives volontaires et involontaires P. 22

6. Le manque de structuration dans les institutions P. 23

7. Principales difficultés et attentes des praticiens P. 24

8. Principales difficultés et attentes des experts P. 25

9. Propositions de l'écosystème A-MCA P. 26

SOMMAIRE

3 VOLET AUDITIONS D'EXPERTS EXTERNES P. 27

1. Prévention, pratiques complémentaires et jeunesse P. 28

Nora MACHURÉ – Provisure Lycée ENCPB

2. Pratiques complémentaires, bien-être et vieillissement P. 29

Nelly TCHEUFFA – Directrice Croix Rouge France, Filière vieillissement

3. Quelle place pour les aidants? P. 30

Marie-Caroline DOUCERÉ – Conseillère de Paris (15ème)

4. Numérique, prévention et pratiques complémentaires P. 31

Benjamin RASPAIL – Directeur et cofondateur HappyVisio

5. Le modèle économique de la prévention santé P. 32

Pr Frédéric BIZARD – Économiste de la santé

6. Santé globale : état des lieux et perspectives P. 33

Dr Daniel SCIMECA - Médecin et expert en pratiques complémentaires

7. La vision internationale. L'exemple de l'Inde P. 34

Dr K M PRAPHULLACHANDRA SHARMA - Chef de mission Ambassade de l'Inde

8. Quelle place aux États-Unis? P. 35

Pr David SPIEGEL - Médecin Psychiatre - Université de Stanford États-Unis

9. Conclusions de Véronique SUISSA P. 36

Docteur en psychologie et Directrice Générale A-MCA

BILAN ET LEVIERS D' ACTIONS P. 37

Conclusion P. 38

Contributeurs du rapport P. 39

PRÉFACE

Médecine complémentaire : pour l'émergence d'une nouvelle culture médicale

Pr Emmanuel Hirsch

Professeur Émérite d'éthique médicale,
Université Paris-Saclay et parrain de l'A-MCA

Il conviendrait enfin de s'attacher à ce qui fait de l'approche complémentaire de la médecine une de ses composantes essentielles, dans un contexte où les stratégies thérapeutiques se personnalisent au point d'ambitionner une médecine de la personne.

N'est-il pas dès lors paradoxal, voire en bien des points inconvenant, que des thérapeutes exigeant de l'art médical qu'il produise des performances techniques inédites, se focalisent sur leurs objectifs si souvent au détriment d'une attention humaine à la personne, et réfutent par principe ce qu'ils considèrent hors de leur culture y compris lorsque le besoin d'une autre médecine conditionne la pérennité de l'acceptation d'un traitement?

Aux querelles d'un autre temps répondent unanimement les personnes qui ne peuvent plus admettre le parcours dans la maladie comme une errance existentielle dépourvue d'une souveraineté sur sa vie et du droit à revendiquer une qualité de soin soucieuse de l'intégrité, du bien-être et du sentiment d'être reconnu dans des attentes simplement humaines auxquelles aucune doctrine ne justifierait de renoncer.

Effectivement la pratique biomédicale n'est soutenable qu'accompagnée et complétée par ces apports et supports traditionnels ou non qui ajoutent cette autre part d'une médecine du corps et de l'esprit qui a d'autant plus sa place aujourd'hui qu'elle est éprouvée comme un manque ou une négligence appauvrissant l'humanisme du soin.

La médecine intégrative l'a compris et en démontre la pertinence dans son hospitalité à la personne accueillie en ce qu'elle, en ce qui lui est constitutif et demeure irréductible aux seules analyses de ses données biologiques. Il est ainsi des protocoles dans une prise en soin globale de la personne, intégrant la spiritualité, les émotions, la créativité, les relations, la narrativité, la vie du corps ainsi que ses plaisirs, d'une même valeur que les stratégies thérapeutiques considérées conventionnelles.

En convenir ce n'est en rien concéder au charlatanisme délétère qui diffuse, souvent auprès des plus vulnérables, des représentations de la fonction ancestrale de guérisseur d'autant plus attractive qu'elle donne à croire en ses pouvoirs là où la technique médicale ne tiendrait pas ses promesses.

Les dérives de toute nature, qu'il s'agisse d'abus, d'escroqueries, de manipulations sectaires sont d'autant plus condamnables qu'elles jettent encore aujourd'hui un discrédit sur des pratiques qui elles démontrent leur efficacité en s'exerçant dans la transparence par des professionnels diplômés, formés et évalués.

PRÉFACE

Médecine complémentaire : pour l'émergence d'une nouvelle culture médicale

Le rapport annuel 2023 «Les pratiques complémentaires en France» constitue une contribution scientifique indispensable à la compréhension d'enjeux qui, faute de clarifications et d'approfondissements, suscitent une suspicion qu'il convient enfin de lever. Non pas en consentant à dépasser les critiques mais en démontrant que ce qui les inspire est discutable, infondé, et que nos responsabilités sont désormais de prendre des positions explicites adossées à des expertises scientifiques incontestables.

Ne devrions-nous pas avoir enfin pour ambition non pas de réconcilier des approches médicales qui apparaîtraient à tort contradictoires, mais de comprendre ce qui en fait l'unité, la continuité, la cohérence en renforçant leur efficacité au service de la personne ?

Nous n'avons que faire de querelles dogmatiques si leur propos diverge du souci de l'intérêt direct de la personne. Depuis la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, cette personne doit être reconnue dans son libre-choix de décider ce qui lui semble préférable dans les traitements et les soins, compatible avec ses valeurs, ses attentes, sa conception de son bien-être.

Dès lors qu'elle décide des modalités de son parcours dans la maladie et que dans le cadre d'une concertation avec l'équipe soignante elle fait valoir des préférences qui ne s'opposent pas à la qualité du suivi médical, quel argument acceptable lui opposer au recours encadré par un professionnel à la médecine complémentaire qu'elle veut pour elle ?

Levons donc les équivoques. Les instances publiques et académiques ont mission de ne pas différer plus longtemps l'intégration scientifiquement justifiée des approches médicales contributives aux traitements et aux soins de la personne malade. Il leur faut cependant un cadre d'autant plus nécessaire qu'il révoquera les pratiques inutiles, voire dangereuses, incompatibles avec la déontologie d'un professionnel de santé. Comment ne pas reconnaître leur pertinence dans l'arsenal thérapeutique et dès lors admettre que perdre un préjugé induisant le manque de recours qui peuvent s'avérer indispensables et donc constituer une évidente perte de chance ?

J'ai été témoin des années durant de considérations péjoratives et condescendantes à l'égard des approches «non-médicamenteuses» récusées a priori pour ce qu'elles n'étaient pas, du moins selon une acception scientifique: un médicament... Il n'est que d'observer dans les établissements du secteur médico-social le développement probant des thérapies non-médicamenteuses qui parfois même évitent les conséquences de certaines médications à vocation anxiolytique, pour réfuter des affirmations dont les arguments s'avèrent souvent contestables.

Dans un contexte où tant d'évolutions disruptives surprennent nos habitudes, déroutent nos évidences et incitent à des mutations précipitées de nos mentalités et de nos pratiques, il est surprenant d'observer les réticences et les résistances dans l'acceptation par des médecins et des responsables institutionnels de cette autre approche humaine de la médecine.

Afin de lever les équivoques nous aspirons à ce que les instances compétentes s'engagent plus sérieusement à la fois dans le soutien à l'évaluation scientifique des avancées que permettent les médecines complémentaires, mais aussi dans la structuration de l'offre et de l'accès à des soins dans des conditions assurant les meilleures pratiques, une parfaite identification des disciplines, des praticiens reconnus dans leurs compétences et leurs cadres d'exercice, ainsi que les solidarités en termes de financement de ces traitements.

Ces quelques considérations ne devraient-elles pas être accompagnées d'une concertation favorisant l'émergence d'une nouvelle culture médicale trouvant les justes positions entre les promesses des performances biomédicales et les attentes d'une sollicitude médicale, d'une humanité médicale davantage centrale que complémentaire ?

AVANT PROPOS

Le ministère de la Santé a mis en place un Groupe d'Appui avec pour objectif de réguler le domaine des pratiques complémentaires et a sollicité l'Agence des Médecines Complémentaires Adaptées (A-MCA) pour l'intégrer. C'est dans ce cadre qu'elle partage son expertise et transmet ses travaux aux pouvoirs publics. L'A-MCA a, en outre, décidé d'orienter son troisième rapport en adéquation avec la feuille de route du groupe d'appui ministériel dans une logique de transmission d'éléments complémentaires afin d'alimenter les travaux en cours qui s'inscrivent sur la durée.

Les questionnements de départ du Ministère sont tournés autour de :

- La terminologie et la classification des pratiques
- La formation universitaire dans le domaine
- L'accès et le parcours des patients
- Les méthodes d'évaluation.

D'autres questionnements sous-jacents ont pour objet de réfléchir autour :

- De la délimitation de concepts-clés
- Des moyens d'information dans le domaine
- Des actions à déployer en matière de dérives
- Des axes prioritaires

Dans un premier dossier remis au ministère, l'A-MCA a répondu aux questions tout en soulevant la pertinence d'intégrer à la feuille de route certains enjeux en lien direct avec ceux actuellement identifiés :

• La définition des pratiques :

En soulevant la nécessité d'aller au-delà de la typologie des "pratiques" pour s'appuyer sur des critères de référence à même d'apporter des repères structurants aux citoyens : qualifications du praticien (diplômé ou non), visée des séances (bien-être ou non), usage (complémentaire ou non), etc.

• La formation des praticiens :

En questionnant la formation au sens large impliquant autant celle mise en œuvre dans les Universités (généralement dédiées aux professionnels du soin) que celle déployée au sein d'écoles – habilitées ou non à délivrer des titres reconnus (ouvertes à toute personne).

• Le parcours des usagers :

En pointant l'importance de s'intéresser tout autant au parcours des usagers en santé (axe prévention) qu'à celui des patients (axe maladie) dans la mesure où les centres de soins constituent un point d'accès transitoire et que l'usage des pratiques répond aussi aux enjeux de prévention.

Les grands enjeux ont déjà été soulevés dans le cadre du premier rapport A-MCA (2020-2021) : définition, formation, critères d'intégration/d'exclusion, évaluation, lutte contre les dérives. Dans le second rapport A-MCA (2022-2023), des recommandations pour la qualité/sécurité ont été formulées pour permettre des repères à trois niveaux : les praticiens, les citoyens et les organisations.

Dans le cadre de ce nouveau rapport collectif A-MCA (2023-2024) sous la Direction scientifique du Pr Antoine BIOY, il s'agit de faire émerger des grands constats sociétaux à partir d'une analyse croisée des attentes, réalités et difficultés exprimées par les citoyens, les praticiens et les experts. Ici, il ne s'agit non pas tant de répondre aux questions actuellement traitées par le Groupe d'Appui – pour lesquelles l'A-MCA transmet son expertise à l'appui de ses travaux – mais bien de pouvoir alimenter l'ensemble des réflexions en cours à partir d'un travail collectif rassemblant à la fois les citoyens, les acteurs de terrain et les experts du sujet.

Faire connaître la voix du grand public, mieux comprendre l'écosystème – au sens large – des pratiques et des praticiens ou encore analyser les freins et leviers d'actions et proposer de nouvelles pistes d'experts hautement qualifiés sont les grands enjeux développés dans ce troisième rapport de l'Association Agence des Médecines Complémentaires Adaptées (A-MCA) 2023-2024.

“Plus les thématiques au sein du groupe d'appui seront décloisonnées et interreliées, plus il sera possible d'appréhender le sujet dans sa complexité pour mieux le structurer”.

Véronique SUISSA, Directrice Générale A-MCA

OBJECTIFS ET MÉTHODE DE TRAVAIL

Les objectifs de ce rapport sont clairement affichés...

1. ENRICHIR

les axes de travail ministériels dans le cadre des remontées A-MCA en sa qualité de membre au sein du groupe ministériel.

22 CONTRIBUTEURS

ANALYSE DE LA FEUILLE DE ROUTE
MINISTÉRIELLE

3. IDENTIFIER

les réalités, les enjeux et les difficultés et les attentes des acteurs oeuvrant dans le domaine des pratiques complémentaires.

156 CONTRIBUTEURS

GROUPES DE TRAVAIL A-MCA
COMPOSÉS D'EXPERTS ET PRATICIENS

2. COMPRENDRE

les usages, les besoins et les attentes des citoyens en matière de prévention et de pratiques complémentaires.

1244 CONTRIBUTEURS

MISE EN PLACE D'UN SONDAGE
DESTINÉ AUX CITOYENS

4. QUESTIONNER

des enjeux sociétaux connexes en explorant des thématiques spécifiques auprès d'experts qualifiés.

8 CONTRIBUTEURS

AUDITIONS À THÉMATIQUES
D'EXPERTS EXTERNES À L'A-MCA

Pour ce faire, il s'est agi avant tout d'analyser la feuille de route ministérielle ainsi que les apports déjà transmis par l'A-MCA permettant d'identifier les axes de travail potentiellement complémentaires. L'élaboration et la mise en place d'un sondage citoyen a ensuite permis de faire ressortir les usages, les attentes et difficultés des citoyens. Puis, la constitution de groupes de travail internes composés de praticiens et d'experts A-MCA a été le moyen d'échanger collectivement dans le cadre de réunions filmées et de recueillir les éléments relatifs aux réalités, difficultés et besoins des différents acteurs du domaine. Enfin, la mise en place d'auditions d'experts externes à l'A-MCA a permis de questionner des enjeux spécifiques en explorant des thématiques sociétales connexes.

SYNTHÈSE DES TROIS APPROCHES

En définitive, ce rapport s'appuie sur une triple démarche, une approche citoyenne, une approche de terrain et une approche d'experts qui à la fois se distinguent et se complètent :



Citoyens

Menée à l'appui d'un sondage et de la commission citoyenne, il s'agit de mieux délimiter les usages, les attentes et les besoins des publics dans le domaine.



Le sondage a pour but de nourrir le rapport A-MCA à l'appui de recommandations et de remarques citoyennes. L'analyse des résultats du sondage est un moyen de mettre en lumière les réalités, expériences et attentes citoyennes.



Praticiens

Portée par la collégiale A-MCA en lien direct avec les praticiens internes A-MCA, il s'agit de mieux saisir les problématiques rencontrées par les praticiens et leurs attentes dans le domaine.



L'objectif de ce groupe est de mener une réflexion autour des constats communs aux différents praticiens diplômés et qualifiés. L'enjeu est de proposer des recommandations structurantes et collectives applicables à différentes disciplines.



Experts

Portée par les experts A-MCA, et enrichie d'auditions d'experts externes, il s'agit de mieux comprendre les enjeux du secteur et les attentes d'experts oeuvrant dans le secteur.



L'objet de ce groupe est de porter une réflexion en lien avec les freins et leviers d'actions dans le domaine. L'enjeu est de proposer des recommandations d'experts à la fois collectives et individuelles au moyen d'auditions à thématiques.

Comprendre les usages, réalités, attentes et besoins des citoyens ne pouvait se faire sans le concours des plus concernés.

Nous sommes tous des citoyens, usagers ou non de pratiques complémentaires (patients, aidants, praticiens, soignants, dirigeants...), un sondage a donc été élaboré en conséquence et diffusé via différents canaux de communication (mailing, site internet, réseaux sociaux, newsletter). Au total, 1.244 citoyens ont contribué à cette enquête.

L'intégralité des données du sondage est disponible dans un document dédié et accessible à tous. Ici, il s'agit de faire ressortir les éléments clés du sondage (usages, difficultés, attentes, propositions citoyennes...) et de les interpréter au regard des enjeux sous-jacents.



VOLET CITOYENS

Usages en pratiques complémentaires

★ **SUR LA BASE D'UN SONDAGE A-MCA**
1244 CONTRIBUTEURS



1 CARACTÉRISTIQUES DES USAGES ET DES USAGERS

Un usage massif des pratiques complémentaires et de prévention



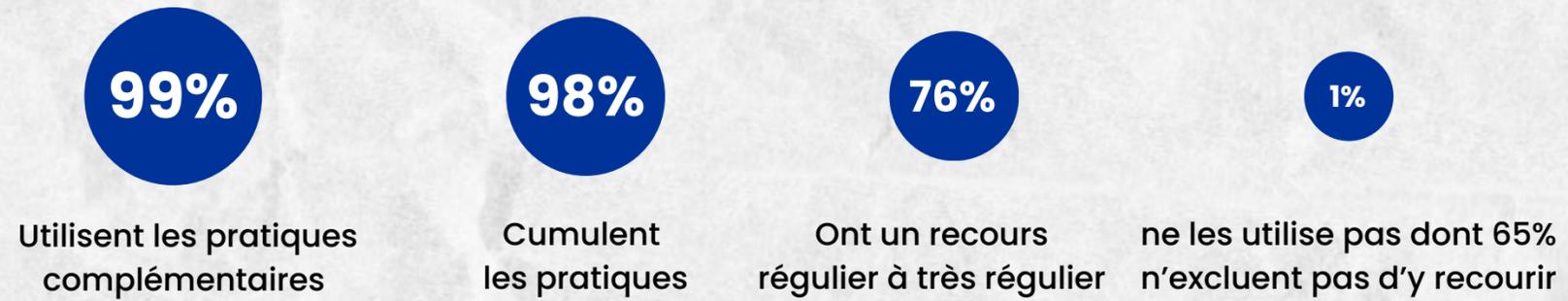
LES 1244 RÉPONDANTS

- 83% de femmes
- 75% de 34 à 60 ans
- 89% avec un niveau d'étude supérieur
- 59% exercent en libéral
- 0% de + 79 ans et aucun ouvrier

PLACE DE LA PRÉVENTION

- 96% Des répondants lui donnent de l'importance
- 29% Ont des difficultés et/ou un manque de connaissances
- 0.5% Se disent non intéressés pour la prévention

USAGE EN PRATIQUES COMPLÉMENTAIRES



SATISFACTION PRATIQUES / PRATICIENS



La prévention fait quasiment l'unanimité : 96% des citoyens attachent une grande importance aux modes de vie, équilibre alimentaire, activité physique, etc. Mais près d'un tiers a des difficultés ou une méconnaissance des bonnes pratiques de prévention (29%).

Concernant les médecines complémentaires, même constat. Elles sont plébiscitées par les citoyens qui les utilisent massivement (99%), de façon très régulière, plus d'une fois/mois (50%) ou régulière, en moyenne une fois/mois (26%) en les cumulant la plupart du temps (98%). Bilan de l'usage : ils en sont, en très grande majorité, satisfaits (95%) et très rarement insatisfaits (0,4%).

Ce sont majoritairement les femmes qui se saisissent du sujet (83%), généralement en activité et exerçant en libéral (59%), en qualité de cadres (12%) ou d'employés (11%). Ce qui dénote un intérêt non négligeable au sein de la population des 34 à 60 ans (75%), d'un niveau d'étude plutôt élevé (40% de niveau bac+5) qui peut vraisemblablement avoir plus facilement accès à ces pratiques.

Ce constat appuie clairement la moindre place et la difficulté d'accès à la prévention pour les populations les moins aisées comme les ouvriers (0% de répondants) mais aussi celle des seniors dont on a peu, voire aucun retour (0% à partir de 79 ans). Une sous-représentativité qui renvoie aux représentations sociétales selon lesquelles la prévention et le bien-être sont réservés à la jeunesse et aux citoyens en santé.

Plus largement, l'enjeu est également celui d'une pédagogie citoyenne à l'égard de la prévention dont les bonnes pratiques restent méconnues ou difficiles à mettre en oeuvre pour les populations accordant une importance au sujet.

Un usage qui mélange autant les pratiques réglementées/validées que celles qui ne le sont pas



LES PLUS UTILISÉES

- OSTÉOPATHIE (82%)
- MASSAGES (76%)
- COMPLÉMENTS ALIMENTAIRES (67%)
- PLANTES/TISANES (66%)
- HOMÉOPATHIE (66%)
- SPORT (62%)
- NATUROPATHIE (62%)
- ACUPUNCTURE (61%)
- RÉFLEXOLOGIE (59%)
- AROMATHÉRAPIE (56%)



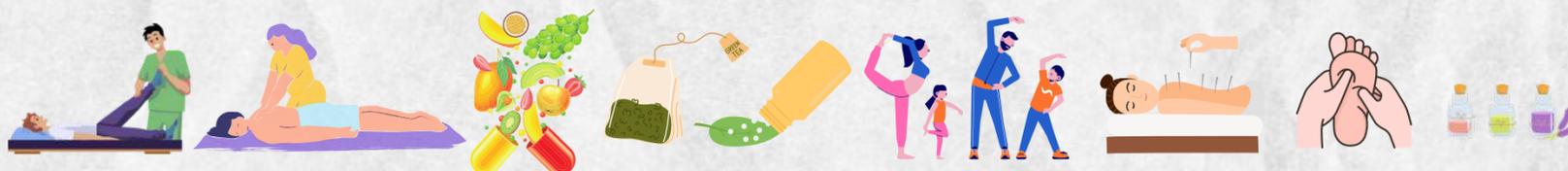
SECONDAIREMENT UTILISÉES

- YOGA (56%)
- MÉDITATION (55%)
- PHYTOTHÉRAPIE (52%)
- RELAXATION (47%)
- MÉDECINE TRADITIONNELLE (45%)
- HYPNOSE (42%)
- SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE (41%)
- SOPHROLOGIE (40%)
- DIÉTÉTIQUE (37%)
- SHIATSU (27%)



LES MOINS UTILISÉES

- QI GONG (24%)
- AURICULOTHÉRAPIE (17%)
- CHIROPRAxie (16%)
- AUTRES PRATIQUES (15%)
- COACHING PROFESSIONNEL (14%)
- COACHING DE VIE (12%)
- ART-THÉRAPIES (12%)
- TAÏ CHI SHUAN (12%)
- SOCIO-ESTHÉTIQUE (2%)
- AUCUNE : (0,6%)



Parmi les 28 pratiques proposées, toutes font l'objet d'un usage important allant de 15 à 82%. Elles représentent, en outre, le socle de pratiques les plus communes, les "autres méthodes" restant marginales (0,6%).

Il est intéressant de noter que trois des pratiques complémentaires en tête de liste des pratiques les plus utilisées (61 à 82%), sont réglementées par la loi (ostéopathie, homéopathie, acupuncture) et qu'elles comptent deux pratiques médicales dont l'exercice est réservé aux médecins et à certaines professions de santé (homéopathie, acupuncture). Donnée intéressante lorsqu'on sait que seules quatre pratiques en France sont actuellement réglementées par la loi. Incontestablement, la loi apporte un cadre sécurisant pour le citoyen qui peut alors se sentir plus en confiance.

Les usagers vont donc souvent vers des pratiques qui disposent d'une assise réglementaire (ex. homéopathie : 66%) mais également vers celles qui sont recommandées par la Haute Autorité de Santé (HAS) comme le sport (62%), ou encore celles actuellement accessibles dans les pharmacies (ex. compléments alimentaires : 67%).

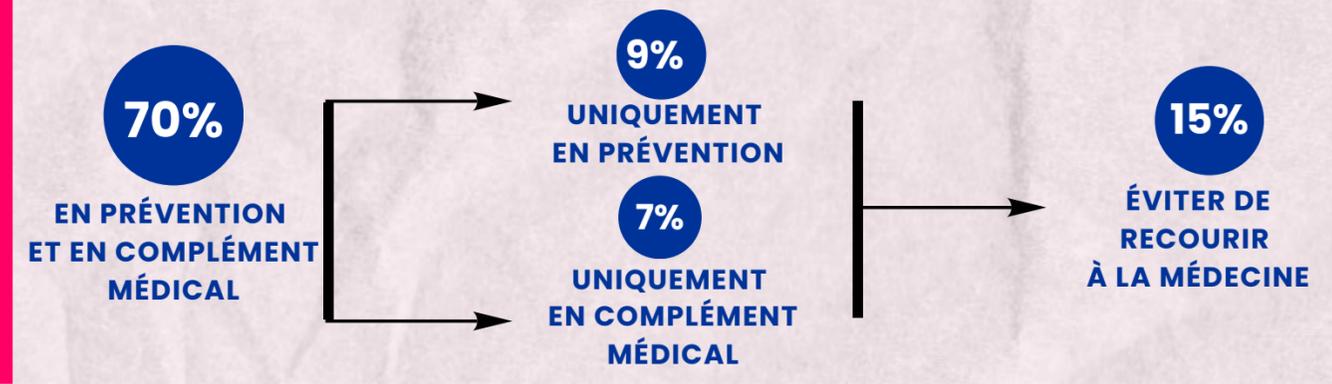
Par ailleurs, si l'on note aussi un usage de pratiques validées comme la diététique ou le soutien psychologique (37 à 41%), ce type de recours reste inférieur à des approches non validées/non réglementées telles que les massages, la naturopathie, les plantes, la réflexologie ou le yoga (56 à 76%). Pratiques qui supposent l'ingestion de substances (ex. plantes, naturopathie) ou un contact physique (ex. massages, réflexologie).

Ce constat atteste de la nécessité de mieux encadrer les pratiques non réglementées et de mettre en place des normes de formation afin de sécuriser l'usage et les usagers qui confient leur corps et leur santé à des praticiens dont la formation reste libre, hétérogène et sans contrôle. On ne sait rien, en outre de l'accompagnement qui est fait de l'ingestion de substance, de l'information qui en est faite aux médecins référents et des possibles interactions médicamenteuses.

3 CONTEXTES ET MOTIVATIONS D'USAGE

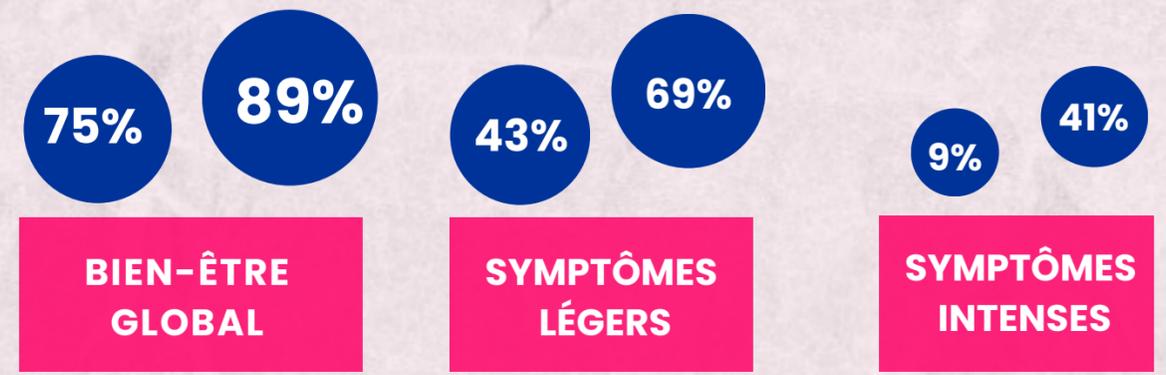
Un recours raisonné mais un besoin d'information

CONTEXTES D'USAGES



Les citoyens les utilisent majoritairement dans un double contexte "à la fois en prévention et en complément médical" (70%) et plus rarement dans l'un ou l'autre de ces contextes (7 à 9%)...

MOTIVATIONS D'USAGES



...ce, principalement pour leur bien-être global (75% à 89%) ou pour traiter des symptômes légers (43% à 69%) mais très rarement pour des symptômes intenses (9% à 41%).

Le principe d'usage est clairement affiché : il est à la fois complémentaire à la médecine et préventif (70%) ou répond à l'un ou l'autre de ces deux contextes (7 à 9%).

Les usagers qui évitent la médecine sont très minoritaires (15%), allant dans le sens d'un usage raisonné et ce d'autant que les motivations de recours répondent principalement à une volonté de mieux être (global, physique, psychique : 75 à 89%) et de soulagement de symptômes plutôt mineurs (ex. troubles légers du sommeil, douleur de faible intensité, stress épisodique : 43 à 69%). L'usage se fait plus rarement pour traiter des symptômes intenses (ex. douleurs intenses, dépression... : 9 à 41%).

Autrement dit, ceux qui évitent de recourir à la médecine au profit des approches complémentaires (15%) sont vraisemblablement en santé et recherchent surtout "un mieux-être" ou une meilleure qualité de vie en agissant contre des "symptômes légers".

Pour autant et bien que minoritaire, le recours préférentiel aux pratiques complémentaires (15%) questionne les enjeux propres aux personnes en situation de fragilité (ex. maladie, handicap...). Il témoigne de la nécessité d'information et de pédagogie citoyenne concernant les pratiques complémentaires (contexte de recours, objectifs, limites d'interventions, complémentarité...) afin de sécuriser l'usage de personnes potentiellement fragiles et/ou de celles qui s'orienteraient vers ces pratiques pour des symptômes intenses sans avis ou sans complément médical.

Finalement, au-delà de l'information aux citoyens, c'est aussi celle des professionnels du soin (médecins, infirmiers, pharmaciens, psychologues...) qui apparaît comme nécessaire pour permettre un dialogue, des recommandations personnalisées et des orientations adaptées aux contextes des usagers.

4 ACCÈS ET LIMITES D'ACCÈS ÉCONOMIQUE

Des pratiques coûteuses : des citoyens prêts à changer de mutuelle pour être mieux remboursés

ACCÈS À MOINDRE COÛT

45%

...n'ont jamais eu accès à des pratiques à moindre coût

FREIN ÉCONOMIQUE

26%

...d'entre eux ont été confrontés à un frein économique

AVIS SUR LE REMBOURSEMENT DES MUTUELLES

91%

...pensent qu'elles devraient être mieux remboursées

CHANGEMENT DE MUTUELLE ENVISAGÉ

76%

...seraient prêts à changer de mutuelle pour être mieux remboursés

L'accès économique est au cœur des préoccupations des usagers, la question du remboursement constituant leur principale attente (89%) (cf point n°8).

En effet, près de la moitié (45%) n'a jamais pu bénéficier d'accès à moindre coût que ce soit grâce à la participation de leur mutuelle, d'une baisse des tarifs proposés par le praticien ou de tout autre dispositif. Au final, le coût trop élevé des pratiques a déjà représenté un frein pour 26% de ces usagers.

Si quelques dispositifs de prise en charge émergent, notamment grâce aux mutuelles qui proposent des forfaits de participation, la prise en charge financière est actuellement considérée comme insuffisante pour 91% des sondés. Le fait est, également, que 76% se disent prêts à changer de mutuelle pour un meilleur remboursement des pratiques complémentaires.

Cela étant, le sujet est complexe à saisir pour les mutuelles qui n'ont pas plus de repères que les citoyens (réglementation, normes de formation, critères qualité des praticiens...). Par conséquent, la plupart des dispositifs actuels de remboursement n'est pas orientée sur des critères normatifs et homogènes mais répond à des stratégies propres à chaque mutuelle. En ce sens, des recommandations auprès des mutuelles semblent un axe de travail fondamental pour accompagner un changement cohérent et en adéquation avec la qualité/sécurité des usages.

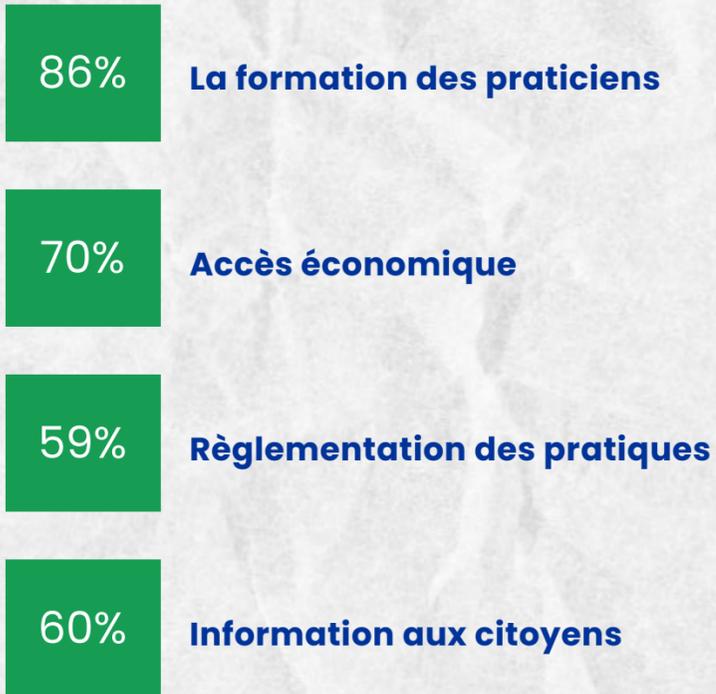
Dans la mesure où les pratiques complémentaires et de prévention sont très utilisées (99%) et les sondés prêts à se tourner vers des mutuelles qui les remboursent (76%), il est évident que les avancées dans ce domaine participeraient à une politique nouvelle de prévention et de bonnes pratiques en intégrant les notions de bien-grandir, bien-vivre et bien-vieillir qui serait cohérente avec les difficultés économiques actuelles des ménages.

5 LES DOMAINES D' ACTIONS PRIORITAIRES

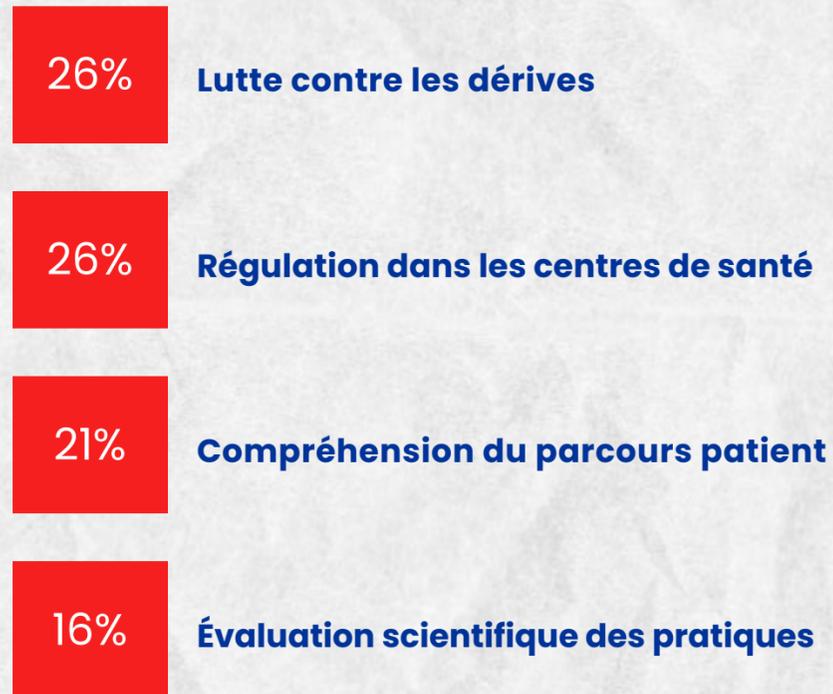
Des attentes citoyennes en décalage avec les sujets traités par le Groupe Ministériel



DOMAINES PRIORITAIRES



DOMAINES NON PRIORITAIRES



Là où les réflexions ministérielles portent actuellement sur la compréhension du parcours patient, la régulation des pratiques dans les centres de soin, l'évaluation des pratiques ou encore la lutte contre les dérives, les attentes citoyennes se focalisent sur la formation des praticiens (86%), l'accès économique (70%) et la réglementation des pratiques (59%). Seul l'accès à l'information est un enjeu commun puisqu'il est considéré comme le 4ème sujet prioritaire par les citoyens (60%) et est traité dans le cadre des travaux ministériels.

Les sujets traités par le ministère sont même plutôt perçus comme subsidiaires par les citoyens, en particulier l'évaluation scientifique (16%), et la compréhension du parcours patient (21%) tout d'abord, puis, la lutte contre les dérives (26%) et la régulation des pratiques dans les centres de santé (26%) ensuite. Ce qui semble cohérent au regard du temps généralement provisoire passé dans les lieux de soin et qui s'oppose à la problématique d'accès en dehors de ces lieux. En effet, ce qui constitue une difficulté pour les usagers est l'absence de repères hors les murs de l'institution médicale. La question de trouver un bon praticien ne se pose pas nécessairement si le dit-praticien intervient sur place. À tort ou à raison, l'usager est en confiance.

Autrement dit, l'enjeu de formation des praticiens est au coeur de la demande des citoyens (86%). Si cet axe de travail est effectivement intégré à la feuille de route ministérielle, il est actuellement traité sous l'angle des formations universitaires - généralement réservées aux professions de soin - qui ne concernent pas les praticiens bien-être. Or, ce sont principalement des "non soignants" qui exercent les métiers du bien-être et dont les formations initiales sont les plus hétérogènes.

Si l'ensemble des axes de travail ministériels sont essentiels sur le long court, ils gagneraient à s'enrichir de sujets de terrain très concrets répondant à une demande de repères citoyens et de qualité/sécurité dans leurs usages.

Une demande d'avancées autant pour les pratiques réglementées que celles qui ne le sont pas

LES 10 PRATIQUES AUX ATTENTES MAJORITAIRES

- la naturopathie (55%)
- l'ostéopathie (47%)
- l'acupuncture (31%)
- les médecines traditionnelles (26%)
- la réflexologie (24%)
- l'homéopathie (23%)
- le soutien psychologique (18%)
- l'hypnose (17%)
- la phytothérapie (16%)
- l'aromathérapie (15%)

LES 10 PRATIQUES AUX ATTENTES SECONDAIRES

- la diététique (14%)
- le sport (13%)
- les massages (13%)
- la sophrologie (13%)
- la méditation (11%)
- les compléments alimentaires (10%)
- le yoga (9%)
- autres (8%)
- le shiatsu (7%)
- la chiropraxie (5%)

LES PRATIQUES AUX ATTENTES MINORITAIRES

- la relaxation (5%)
- le coaching de vie (4%)
- les art-Thérapies (4%)
- l'auriculothérapie (4%)
- les plantes et tisanes (3%)
- le Qi gong (2%)
- le coaching professionnel (2%)
- la socio-esthétique (1%)
- le taï-chi chuan (0,3%)
- n'en utilisent pas (0,4%)

Parmi les 28 pratiques proposées, toutes font l'objet de demandes d'avancées étatiques, plus ou moins prononcées.

Si les citoyens attendent des avancées gouvernementales concernant des pratiques généralement non réglementées comme la naturopathie (55%), la réflexologie (24%) ou encore l'hypnose (17%), il est intéressant de pointer qu'ils les réclament aussi pour des pratiques déjà légalisées comme l'ostéopathie (47%), l'acupuncture (31%) ou encore l'homéopathie (23%).

Ce constat met en exergue, d'une part la confusion sociétale concernant les pratiques et leurs niveaux d'assise. Et d'autre part, les problématiques de terrain associées à des pratiques - quand bien même réglementées - qui renforcent la confusion, telles que l'existence d'acupuncteurs non médecins/non sages femmes (exercice illégal de la médecine), la diversité des statuts d'ostéopathes et de leur formation (agrée ou non par le ministère) ou encore le dé-remboursement de l'homéopathie (parfois assimilé à tort à une "dé-réglementation" de la pratique).

Dans la même lignée, on constate des demandes d'avancées pour des pratiques recommandées par la Haute Autorité de Santé (HAS) et bénéficiant d'une forte reconnaissance telle que le soutien psychologique (18%), la diététique (14%) ou encore le sport (13%) qui posent les mêmes questionnements en termes de confusion sociétale éventuelle mais qui font aussi le révélateur d'attentes spécifiques à l'égard de pratiques pourtant bien ancrées.

Parallèlement, de nombreuses autres pratiques non éprouvées/non encadrées font aussi l'objet d'attentes comme les massages (13%), la sophrologie (13%) et le yoga (9%).

En outre, la demande d'avancées gouvernementales concernant des pratiques à la fois réglementées et non réglementées, va dans le sens de leur usage pluriel et répond à la nécessité d'apporter des repères plus structurants dans le domaine.

7 SOUHAITS D'ACCÈS GÉOGRAPHIQUES ET À L'INFORMATION

Une demande d'accès de proximité et d'information éclairée

LES 5 PLUS GRANDS SOUHAITS

GÉOGRAPHIQUES

- ★ 90% Proximité du domicile
- ★ 80% Dans les centres médicaux
- ★ 59% Proximité du lieu de travail
- ★ 48% Via les réseaux/associations
- ★ 45% Sur le lieu de travail

LES SOUHAITS LES MOINS IMPORTANTS

- ★ 38% via une plateforme de mise en relation
- ★ 35% en visio-séances
- ★ 2% ou autres souhaits
- ★ 2% leur exclusion des plateformes
- ★ 1% leur exclusion des entreprises
- ★ 2% leur exclusion des centres de santé
- ★ 0.5% leur exclusion du territoire

À L'INFORMATION

- ★ 78% Un site médical
- ★ 70% Un site grand public
- ★ 61% Des publications grand public
- ★ 59% Des émissions radio/TV
- ★ 45% Des conférences grand public

- ★ 42% des sources scientifiques
- ★ 38% via conférences professionnelles
- ★ 2% ou autres sources

Les citoyens sont visiblement en difficulté pour accéder à ces pratiques à proximité de leur lieu de vie, de travail ou lorsqu'ils sont en milieu de soin puisqu'ils en font la demande (59 à 90%). Même constat pour l'accès à l'information avec une forte demande d'accès à de l'information grand public et médicale dans le domaine (70 à 78%).

Ces attentes illustrent le manque de repères pour s'orienter et s'informer. Elles peuvent être mises en lien avec la surinformation/désinformation mais aussi avec la disparité d'accès à la prévention sur le territoire dans lequel se mêlent des praticiens qualifiés ou insuffisamment formés.

Là encore, les demandes sont pragmatiques, elles concernent leurs besoins et sont déconnectées des réflexions d'experts. Par exemple, la demande d'accès à l'information professionnelle ou scientifique est rare (38 à 42%) contrairement à celle de pouvoir accéder à un site grand public ou médical qui intégrerait ces sujets (70 à 78%). De même qu'ils ne se posent pas la question de l'intérêt ou non d'y accéder dans les centres de soins puisqu'ils sont 80% à le demander contre 1% considérant qu'elles n'ont rien à y faire.

Il apparaît, en somme, la nécessité de se décentrer du statut d'expert pour identifier et répondre aux problématiques de terrain. L'information attendue se veut concrète et aidante. En outre, les souhaits d'accès géographiques et à l'information dénotent d'actions autonomes (séances près du domicile, ressources sur des sites web...) que les usagers souhaitent vraisemblablement poursuivre avec plus de sécurité.

Ils ne cherchent pas, a priori, à être informés sur de potentielles données scientifiques et d'ailleurs en leur absence, les usagers ont déjà un recours massif aux pratiques à partir de leurs connaissances et croyances propres. Les attentes se situent vers un parcours fléché qui intègre les notions d'accessibilité pour tous et de sécurité des pratiques.

8 PRINCIPALES DIFFICULTÉS ET ATTENTES CITOYENNES

Identifier "un bon praticien" est le plus difficile et être mieux remboursé est le plus demandé par les citoyens

PRINCIPALES DIFFICULTÉS

- ➔ **84%** **TROUVER** un « bon praticien »
- ➔ **63%** **CONNAÎTRE** l'utilité d'une pratique
- ➔ **58%** **ACCÉDER** à des informations fiables dans le domaine
- ➔ **51%** **POUVOIR** être conseillé/orienté

PRINCIPALES ATTENTES

- REMBOURSER** les pratiques **89%** ←
- REPÉRER** les praticiens qualifiés **86%** ←
- IMPOSER** des normes de formation aux praticiens **76%** ←
- ENCADRER & SÉCURISER** par la réglementation de certaines pratiques **57%** ←

LEUR CONFIANCE : MINISTÈRE & A-MCA

- 3.2 sur 5** Confiance en l'apport potentiel du **comité ministériel**
- 4.1 sur 5** Confiance envers les actions menées par l'**association A-MCA**

Incontestablement la plus grande difficulté des citoyens réside dans la possibilité de "trouver un bon praticien" (84%). Ce constat renvoie à la fois à l'absence d'encadrement des pratiques, à l'hétérogénéité des formations et plus largement au manque de repères dans le domaine.

Pratiques réglementées ou non, méthodes validées ou non, existence ou non de normes de formation, praticiens diplômés ou non, etc. sont autant de données complexes qui se croisent d'une pratique à l'autre mais aussi pour une même discipline (ex. praticiens diplômés ou non et proposant la même pratique). Il est donc peu étonnant que le repérage des praticiens qualifiés constitue à la fois la principale difficulté (84%) et la seconde attente (86%).

Dans la lignée des problèmes rencontrés, les citoyens sont aussi nombreux à pointer la difficulté à connaître l'utilité d'une pratique (63%), d'accéder à des informations fiables dans le domaine (58%) ou de se faire conseiller/orienter (51%).

De façon très pragmatique, la principale attente concerne le remboursement des pratiques par les mutuelles (89%) faisant écho à l'absence de dispositifs de prise en charge (45%) et aux freins économiques (26%) soulevés plus hauts par les citoyens. Par ailleurs, au-delà de la demande suivante en lien avec le repérage des praticiens (86%), les autres attentes découlent de fait de la même problématique puisqu'elles impliquent la demande de normes de formation des praticiens (76%) et la réglementation de certaines pratiques (57%).

Enfin, la confiance relative exprimée à l'égard du comité ministériel (3,2/5) conforte le décalage entre les réflexions du groupe et les attentes des citoyens. Attentes qui viennent des difficultés de terrain rencontrées par les citoyens pour un accès facilité et sécurisé. Sans doute la raison pour laquelle les actions et travaux de l'A-MCA inspirent davantage de confiance aux citoyens (4,1/5).

9 PROPOSITIONS DES CITOYENS

Synthèse des 749 propositions citoyennes à partir du sondage

1

IMPOSER DES NORMES DE FORMATION

Nécessité d'uniformiser les parcours de formation des praticiens - socle de connaissances - interdire les formations express

2

RÉGLEMENTER LES PRATIQUES COMPLÉMENTAIRES

Définir une réglementation - imposer des règles - définir un encadrement pour les pratiques

3

INFORMER LES USAGERS ET LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

Informers les différents publics dont l'école - développer les moyens d'information - informer les professionnels de santé

4

ENCOURAGER UNE CULTURE PRÉVENTIVE

Changer de paradigme pour aller vers l'assurance santé - prévenir plutôt que guérir - passer par l'information - s'inspirer des modèles internationaux

5

REMBOURSER LES PRATIQUES

Impliquer les mutuelles pour un remboursement - Inclure plus de pratiques - difficulté d'accès pour les plus fragiles/ malades

6

INTERDIRE L'EXERCICE DE PRATICIENS AUTO-PROCLAMÉS

Sécuriser les usages en interdisant l'exercice de praticiens auto-proclamés et insuffisamment formés.

En termes de propositions citoyennes, les usagers sont 60% à avoir contribué aux éléments de réponses. Les thématiques qui se dégagent principalement sont celles de la formation des praticiens, de la réglementation des pratiques, de l'information aux différents publics, de l'instauration d'une culture préventive plutôt que curative, du remboursement des pratiques et de l'interdiction d'exercer pour les praticiens auto-proclamés.

Concernant la formation, ils défendent une idée de généralisation des savoirs, le développement d'un socle des connaissances à rendre obligatoire, uniformiser pour mieux former. De cette première imposition de règles découle celle de réglementer les pratiques, de définir un encadrement structuré pour les pratiques et les praticiens.

La thématique de l'information, très représentée, suppose de développer de l'information auprès de différents publics en commençant par les écoles pour éduquer à la prévention dès le plus jeune âge mais également informer sur les modèles internationaux de médecine intégrative (Allemagne, Suisse, Australie, Inde) et surtout d'information et de formation des professionnels de santé pour une pluridisciplinarité gagnante pour les patients d'institutions qui ont recours aux pratiques complémentaires. Les intégrer au système de soin ou les rembourser grâce aux mutuelles font partie des propositions des citoyens (parfois malades) dont le recours est cher et moins accessible géographiquement. L'interdiction d'exercer pour les praticiens auto-proclamés représente aussi une proposition pour sécuriser usages et usagers convaincus par des expériences fâcheuses.

Les citoyens ont également été interrogés au sujet des pratiques qu'ils jugeaient dangereuses et qu'il conviendrait d'interdire. Si nombre de pratiques, plus ou moins connues sont citées (dont certaines déjà interdites ou dénoncées par la miviludes) comme access bar, la méthode Hamer, la kinésiologie, les ventouses humides, le jeûne, le coaching de vie ou encore la thérapie de l'enfant cigogne, l'idée qui revient majoritairement est la dangerosité du praticien - au-delà de celle liée à certaines pratiques - en raison de l'absence ou insuffisance de formation (non formés, non diplômés, mal intentionnés, charlatans...). En somme, ils prônent l'interdiction d'exercice des pseudo-praticiens en pointant que l'absence de réglementation et de normes de formation peut rendre toute pratique dangereuse selon qui la dispense, comment et pour quel usage.

Proposer une analyse fine des enjeux professionnels dans le domaine impliquait nécessairement une approche collective rassemblant les acteurs de l'écosystème.

En conséquence, un groupe de travail s'est constitué réunissant à la fois les équipes et les experts de l'A-MCA issus de secteurs différents (médecins, chercheurs, élus...), les représentants d'organisations de praticiens partenaires et des praticiens qualifiés internes au Réseau de praticiens de l'A-MCA.

Menées sous la direction scientifique du Pr Antoine BIOY et mises en place aux côtés d'experts A-MCA (Nicolas JAUD et de Caroline BENKÖ), les différentes réunions de travail et les relectures a posteriori d'experts, permettent de faire émerger de grandes tendances et des regards communs en termes d'enjeux et d'attentes et de propositions structurantes.



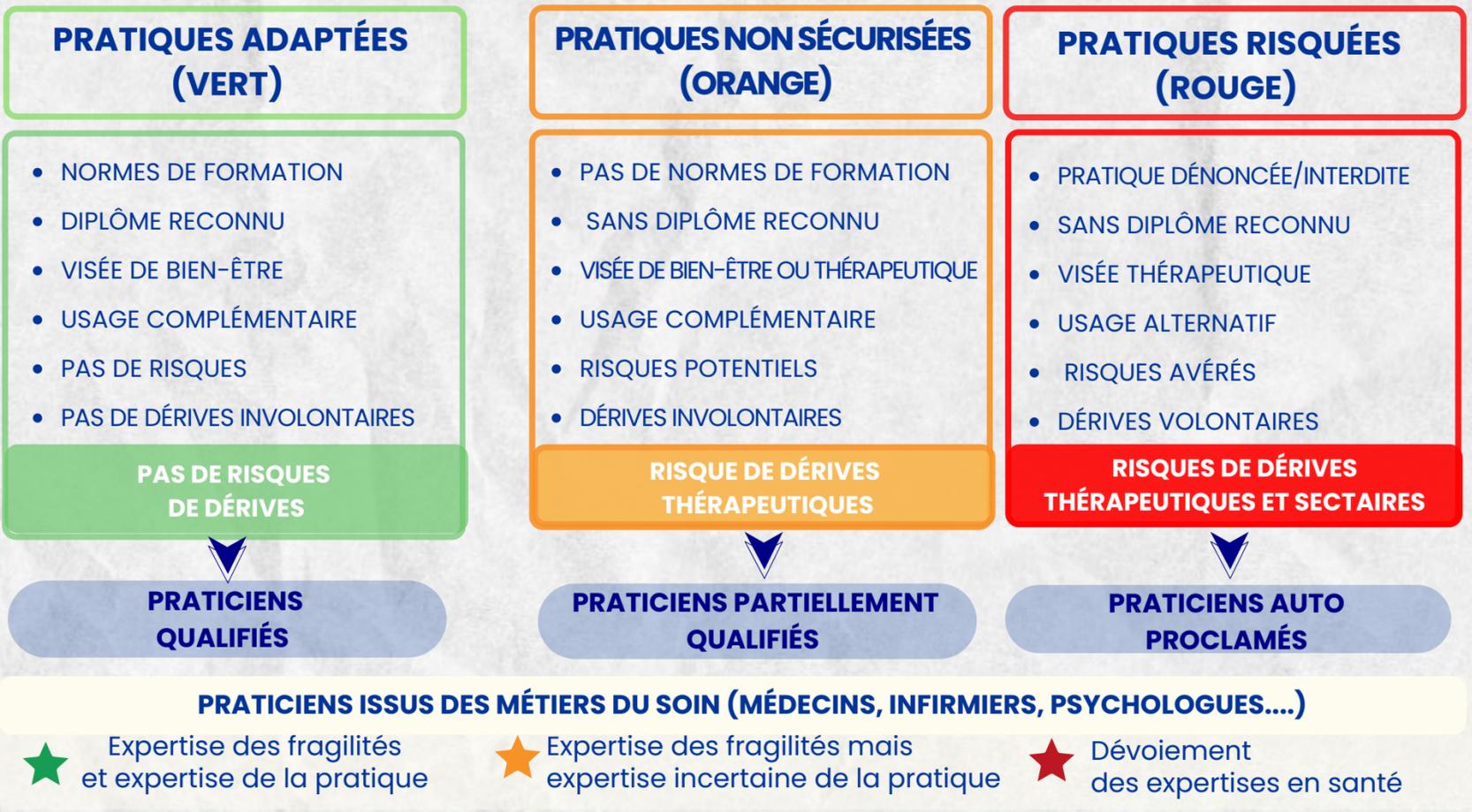
VOLET PROFESSIONNELS

PRATICIENS ET EXPERTS A-MCA

★ **SUR LA BASE DE GROUPES DE TRAVAIL A-MCA**
178 CONTRIBUTEURS

1 L'HÉTÉROGÉNÉITÉ DES PRATIQUES ET DES PRATICIENS

Pratiques complémentaires : Un écosystème complexe



L'écosystème des pratiques est aujourd'hui d'une grande complexité. En effet, une pratique complémentaire est adaptée (verte) lorsqu'elle est associée à un ensemble de critères qualité : existence de normes de formation, praticien diplômé, visée de bien-être et usage complémentaire. Elle ne présente a priori pas de risque dans un tel cadre. Elle peut néanmoins en présenter (orange) si le praticien est insuffisamment qualifié ouvrant à des dérives souvent involontaires. Enfin, elle devient risquée (rouge) si les intentions du praticien sont de nuire à l'utilisateur. En outre, ce n'est pas tant la pratique qui constitue un repère mais bien la croisement d'un ensemble de critères. Par exemple, l'acupuncture dispensée par un médecin ou une sage-femme peut contribuer à la qualité de vie tandis que la même pratique proposée par un praticien "bien-être" s'inscrit dans l'exercice illégal de la médecine.

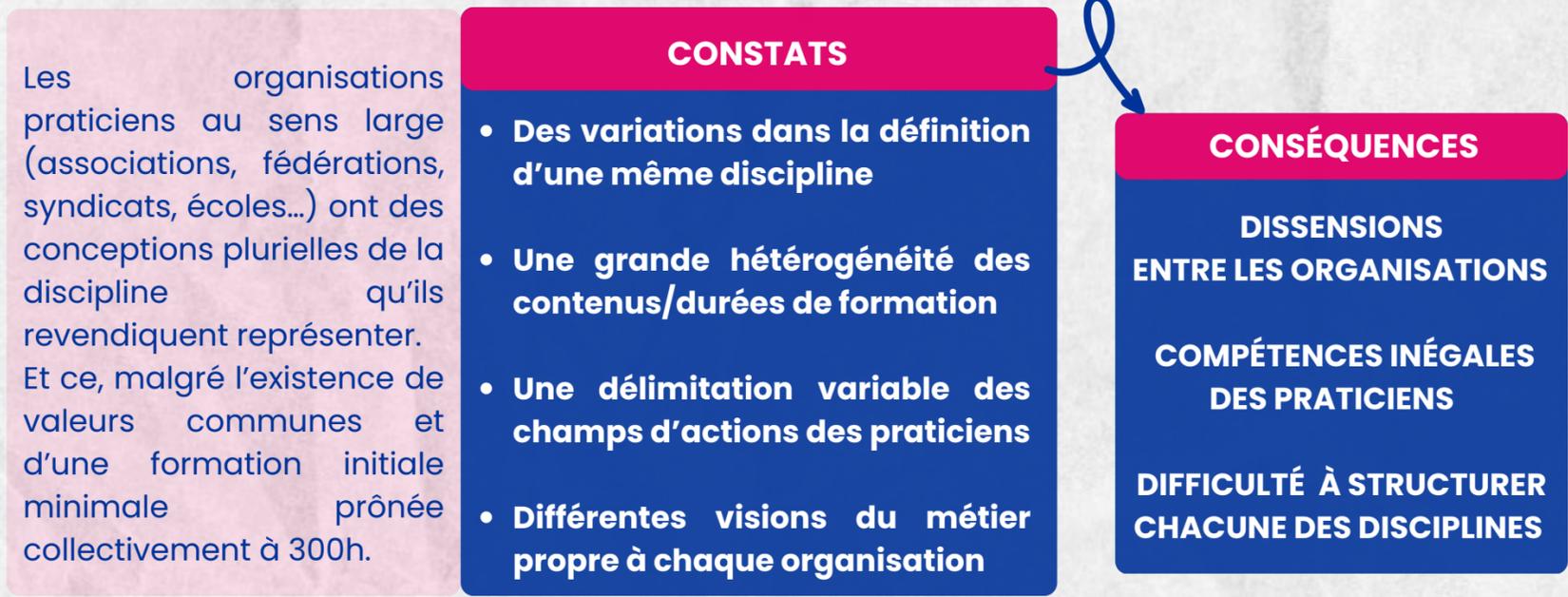
L'écosystème des praticiens n'est pas plus aisé à saisir. En effet, il faut considérer la diversité des praticiens qui peuvent être à la fois soignants et non-soignants, formés de façon plus ou moins solide, titulaires ou non d'un diplôme reconnu, spécialisés ou non dans un domaine ou un public, etc. Schématiquement, les soignants peuvent témoigner d'une expertise des fragilités et agir dans le champ thérapeutique alors que les praticiens bien-être, par définition ne le peuvent pas. Pour autant, certains d'entre eux attestent parfois de spécialisations leur permettant d'intervenir auprès de publics fragilisés dans une logique de bien-être.

Autrement dit, être diplômé dans une pratique ne signifie pas que les compétences sont équivalentes. Par exemple, un sophrologue titulaire d'un titre réglementaire a les compétences pour intervenir auprès de publics en santé mais pas nécessairement - en l'absence de spécialisation - auprès de personnes fragiles (ex. vieillissement, handicap...).

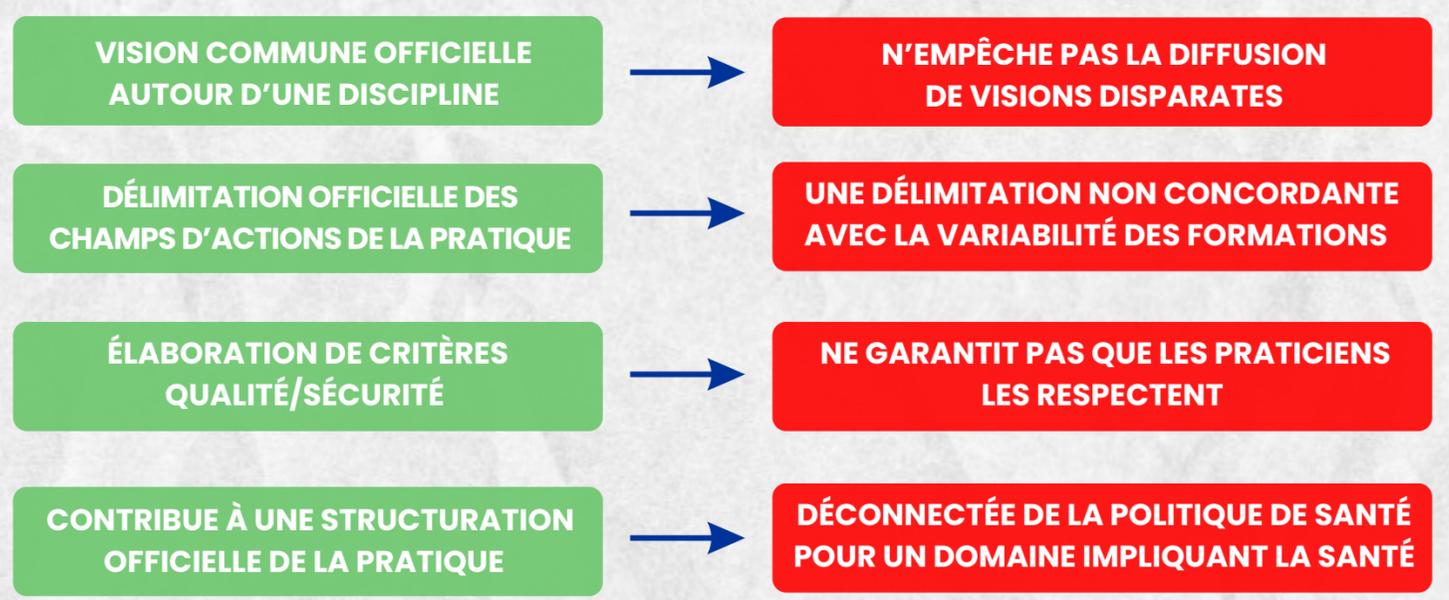
Incontestablement, la pluralité des pratiques, des praticiens et des formations, participent du manque de clarté, de la difficulté de repérage et des risques qui en découlent.

2 LES DISSENSIONS ENTRE LES ORGANISATIONS PRATICIENS

Des acteurs en quête de structuration
Focus sur les constats et conséquences



FOCUS SUR LES NORMES AFNOR EN PRATIQUES COMPLÉMENTAIRES



Norme AFNOR : Une tentative inféconde pour fédérer une vision propre à chaque métier

Récemment, certaines disciplines se sont organisées pour se rassembler autour d'une normalisation AFNOR. Si la norme a pour intérêt de porter une vision commune du métier, elle n'empêche pas les disparités à tous les niveaux (conceptions propres à chaque organisation, pluralité des formations, diversité des pratiques professionnelles...) et ne garantit en rien un standard qualité/sécurité. La normalisation, longue et coûteuse, rattachée à l'industrie et dissociée de la santé a aussi pour limite de reléguer des interventions humaines, complexes et sensibles à une approche technico-industrielle. Par conséquent, ces principes conceptuels ne sont pas nécessairement conformes avec ceux de la santé. Par exemple, la norme AFNOR en sophrologie la définit comme une « pratique thérapeutique » tandis que la discipline n'est actuellement pas validée et que les praticiens non soignants n'ont pas de compétences pour intervenir dans une visée thérapeutique. En conséquence, certains sophrologues diffusent "en toute bonne foi" leur visée thérapeutique s'appuyant sur le référentiel officiel.

En outre, les groupes de travail ont fait émerger des difficultés de terrain communes aux différentes disciplines qui impliquent des désaccords de définition, des attendus de formations plus homogènes, une délimitation des champs d'actions et une vision définie du métier car les différentes pratiques souffrent globalement du manque de structuration. Les possibilités actuelles d'accès à des formations disparates, engendrent non seulement une concurrence déloyale mais aussi et surtout à risque. Ce manque dessert aujourd'hui les pratiques et les praticiens, accroît les dissensions entre les organisations qui pointent l'inégalité des compétences et les risques engendrés pour les usagers. Le besoin de structuration est aujourd'hui plus que jamais criant pour les praticiens qualifiés et d'intérêt public.

3 LES FORMATIONS : DES INÉGALITÉS D'ACCÈS ET DE CONTENUS

Les constats pour les formations avec et sans normes (réglementaires et universitaires)

FORMATIONS AVEC NORMES

FORMATIONS RÉGLEMENTAIRES

Si elles ont pour intérêt d'apporter un cadre, elles sont devenues quasi inexistantes positionnant des écoles privées rigoureuses - désireuses d'un référentiel - sur le même plan que celles proposant des formations express. Elles ont, de plus, pour limite de ne pas être évaluées sur un plan pédagogique et ne constituent donc pas un gage absolu de qualité.

FORMATIONS UNIVERSITAIRES

Elles assurent une démarche pédagogique solide mais proposent des formations souvent courtes (100-150h) et réservées aux professionnels du soin. Si elles permettent d'apporter des outils complémentaires utiles aux soignants elles n'en font pas nécessairement des praticiens "experts d'une discipline". Elles excluent, de plus, les praticiens bien-être qui se tournent alors vers des formations privées dont la qualité est variable.

- Ouverts à tous les publics
- Évaluation administrative et non pédagogique
- Ne garantit pas la qualité des formations
- Qualité des contenus des formations
- Durées inégales et souvent de courtes durées
- Souvent réservées aux professions du soin

FORMATIONS SANS NORMES

NON RÉGLEMENTAIRES

Nombreuses d'entre-elles s'accordent pour proposer une durée de formation minimale de 300h garantissant un socle de savoirs solides aux praticiens. Cependant, les approches, contenus et méthodes pédagogiques restent très variables d'une école à l'autre conduisant à des niveaux de compétences hétérogènes pour une même discipline.

LEURS SPÉCIALISATIONS

Généralement proposées par les écoles privées œuvrant dans le secteur du bien-être, les spécialisations sont utiles pour permettre aux praticiens d'actualiser les connaissances en lien avec leur pratique. Cependant, certaines écoles sortent du spectre de leurs compétences en proposant des spécialisations dans le domaine des fragilités questionnant les acquis en la matière et la confusion conceptuelle entre bien-être et thérapeutique.

- Volonté de proposer des formations de qualité
- Hétérogénéité pédagogique : contenus, durée ...
- Qualité incertaine et variable des formations
- Développement des connaissances
- Aucune évaluation pédagogique et administrative
- Pas d'expertises pour des spécialisations sur des fragilités

La rareté des diplômes réglementaires et l'inaccessibilité des formations universitaires poussent de fait les praticiens à se tourner vers des écoles qui ne détiennent aucune norme. Les écoles et organisations alertent sur des changements lourds de conséquences et qui peuvent être incompréhensibles. En effet, dans le cadre des réévaluations des certifications inscrites au RNCP, plusieurs formations auparavant jugées de qualité se voient aujourd'hui retirer le RNCP sans pour autant avoir modifié leur contenu de formation. Autrement dit, un praticien formé dans un centre autrefois RNCP, a aujourd'hui la même formation qu'un praticien de l'époque précédente mais son diplôme n'est pas reconnu. Si certaines écoles s'inscrivent dans ce processus de reconnaissance des compétences professionnelles, d'autres en font l'impasse au vu de la lourdeur administrative que représente ce dispositif qui ne valide en rien les contenus de formation. De fait et bien que reconnues par une validation RNCP, les formations réglementaires restent hétérogènes. L'enjeu est donc bien de structurer par l'établissement de normes communes aux formations des praticiens toutes disciplines confondues.

Par ailleurs, la limitation d'accès aux formations universitaires (réservées aux professionnels du soin) cloisonne les praticiens et les disciplines, renforce la segmentation des savoirs et les inégalités de compétences. Les professionnels du soin acquièrent les connaissances techniques d'une pratique qui ne sont pas toujours aussi poussées que le praticien bien-être mais leur formation initiale leur permet d'intervenir auprès de publics fragilisés. Le praticien "bien-être" peut avoir une formation plus complète sur la discipline mais a des connaissances qui s'adressent davantage au tout-venant et non aux publics dont la situation peut exiger une expertise (ex. maladie). Les différences divisent plutôt que de rassembler. Les spécialités s'ignorent et le manque d'information dessert une collaboration qui profiterait tout autant à l'utilisateur qu'à l'efficacité et la sécurité de l'accompagnement. En somme, l'homogénéisation des connaissances permettrait de clarifier la délimitation des champs d'intervention de chacun et de sortir du cloisonnement et des inégalités qui font la difficulté de repères et mais aussi et surtout intensifient les risques de dérives.

Les constats liés aux formations express

FORMATIONS EXPRESS

Elles sont peu coûteuses, de mauvaise qualité mais facilement accessibles. Elles se démultiplient en l'absence d'interdiction et attirent les actifs en reconversion dans le domaine du bien-être et en manque de repères. Elles participent à l'essor de praticiens "de bonne foi" mais non qualifiés et par extension aux risques de dérives involontaires.



PRATICIENS AUTO PROCLAMÉS SANS FORMATION

Les praticiens "auto-proclamés" se mêlent à la fois à des professionnels qualifiés, diplômés ou non, et à des praticiens non compétents formés en l'espace d'un week-end. Ils participent de la confusion et de la désinformation autour des pratiques. L'absence d'interdiction de leur exercice conduit à des interventions inadaptées, voire risquées impliquant des dérives volontaires ou non, thérapeutiques ou sectaires.



La facilitation du changement de voie professionnelle s'est amplifiée avec l'arrivée de la covid, ses conséquences, l'engouement massif pour les pratiques et la généralisation de la communication en ligne (visioconférence, e-learning). Cette évolution liée à une quête de sens est devenue une manne pour les prétendus organismes de formation qui proposent aujourd'hui des formations express de quelques heures en ligne, à un prix défiant toute concurrence pour devenir coach, praticien en méditation, hypno-praticien, art-thérapeute...

Forts de leur volonté de bien faire, de nouveaux praticiens non-formés s'auto-proclament ensuite "thérapeutes" et tentent d'approcher les institutions de soin pour intervenir auprès de personnes en situation de fragilités (service d'oncologie, Ehpad). Dupés, ces praticiens deviennent à risques de dérives involontaires.

La bonne foi, le manque de structuration et d'information conduisent certains praticiens à exercer une pratique reconnue tout en proposant aussi une pratique interdite comme Accès Bar. Les cas de dossiers présentés tels quels à la sélection de l'A-MCA ne sont pas rares.

La voie est également ouverte à toute personne, potentiellement mal intentionnée, qui voudrait obtenir un pseudo-diplôme de formation pour ensuite proposer des stages ou autres dispositifs coûteux dont les victimes sont d'abord les usagers et par extension les praticiens dont les formations sont sérieuses (ex: 1000 heures d'enseignements), coûteuses et impliquantes. Les enjeux de contrôle et d'interdiction sont donc désormais nécessaires et urgents.

Les dérives sur le terrain et risques pour les usagers

DÉRIVES VOLONTAIRES

- ▶ Un exercice professionnel dépassant volontairement ses compétences
- ▶ Un mélange de conceptions/pratiques issues de différentes disciplines
- ▶ Une opposition aux recommandations médicales et/ou aux soins officiels
- ▶ Un prosélytisme, des conseils intrusifs et déviants à risque d'emprise

DÉRIVES INVOLONTAIRES

- ▶ Un exercice professionnel en toute bonne foi sans formation initiale solide
- ▶ Des recommandations non fondées à l'appui de croyances personnelles
- ▶ Un acte thérapeutique sans en avoir conscience (ex. termes, objectifs...)
- ▶ Un non-respect de la législation par manque de connaissance



RISQUES POUR LES USAGERS

MAUVAISES PRATIQUES
SUR LA BASE DE CROYANCES

PERTE FINANCIÈRE
CONSULTATIONS INUTILES

RISQUES POUR LA SANTÉ
ACTES/CONSEILS INADAPTÉS

AGGRAVATION DE L'ÉTAT
REFUS DE SOIN

Le manque de régulation conduit à l'essor incontrôlé de charlatans et/ou de praticiens insuffisamment formés à l'origine de dérives multiples, volontaires ou involontaires, de nature thérapeutique ou sectaire. La possibilité pour le tout-venant de se présenter comme "praticien qualifié" conduit à la multiplication des dérives volontaires tandis que l'hétérogénéité des niveaux de formation participe des dérives involontaires.

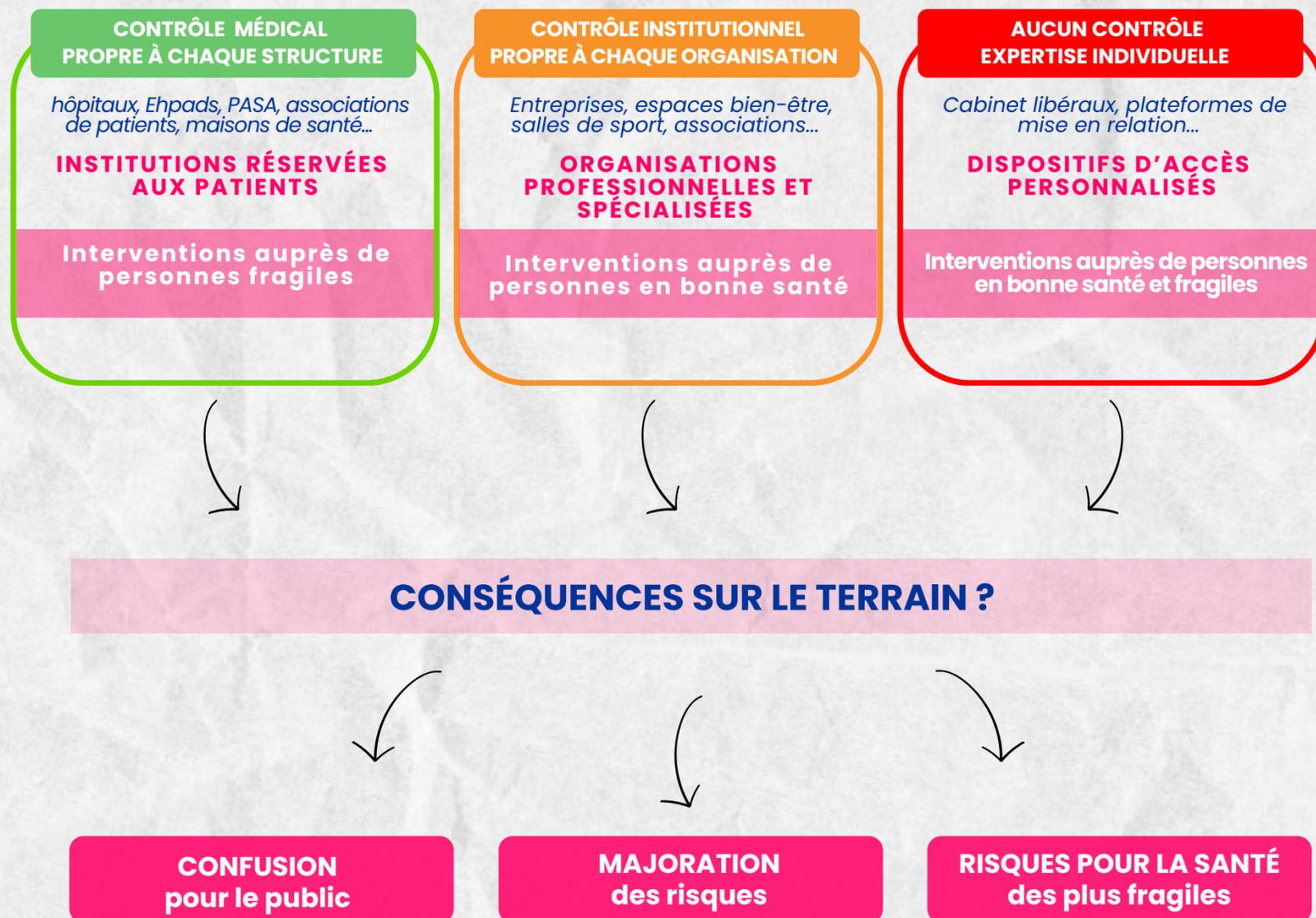
Les leviers d'action doivent permettre d'agir sur les dérives involontaires provenant du manque ou de la qualité de la formation de certains praticiens, ce qu'illustre la norme AFNOR (pluralité des formations, diversité des pratiques professionnelles, affirmation du statut de thérapeute...). La nécessité d'agir sur le cadre et les normes de formation n'est plus à prouver, elle est dénoncée de toute part (citoyens, praticiens, soignants,..) mais elle peut aussi inclure la notion d'encadrement et d'accompagnement des pratiques et des praticiens. L'établissement de règles, de régulations de la pratique professionnelle rendues obligatoires permettraient de garantir la qualité des interventions (travail sur soi en tant que praticien, limitation de l'impact des croyances, délimitation des pratiques et champs d'expertise, respect de la législation, formation continue) ainsi que la sécurité pour les usagers dans la mesure où cette obligation constituerait de fait une sorte de veille qualité-sécurité.

L'instauration d'un cadre (structuration, régulation, interdiction) permettrait tout autant d'agir sur les dérives volontaires. Il limiterait effectivement la possibilité actuelle pour tout praticien auto-proclamé de s'installer et se constituer une clientèle.

En cas de telles dérives et en absence de ce cadre, les conséquences sont malheureuses lorsqu'elles affectent les usagers et peuvent être graves (risques pour la santé voire aggravation de l'état, refus de soin) mais excepté en cas de situations de gravité, les praticiens qui dérivent volontairement n'ont aujourd'hui à subir aucun effet direct.

6 LE MANQUE DE STRUCTURATION DANS LES INSTITUTIONS

Les pratiques complémentaires en institution, quelles réalités structurelles?



Les pratiques complémentaires sont aujourd'hui largement déployées dans les secteurs médico-sociaux et sanitaires. À l'instar des soins de support à l'hôpital ou encore des PASA en Ehpad, certaines pratiques sont intégrées et apportent une plus-value en complément des prises en charge de la douleur, de maladies chroniques ou dégénératives (Cf. ICI l'étude de terrain menée dans le cadre du rapport 1 (2021) de l'A-MCA concernant l'offre existante en matière de MCA/TNM dans 3 catégories de centres : 42 établissements, 31 villes, 278 MCA).

Mais si de tels dispositifs se structurent a minima pour une intégration adaptée (pratique sélectionnée selon la spécificité du public, critères...), la structuration de cette intégration reste rare pour la plupart des établissements. Soignants, comme dirigeants, manquent de connaissances, d'information et de lisibilité dans ce domaine. L'hétérogénéité des pratiques et des praticiens est partout où sont les MCA. Pourtant, les institutions liées au soin ont pour intérêt de détenir une haute expertise de la santé et par conséquent de proposer une offre plus adéquate et adaptée aux publics en situation de fragilité. Ce d'autant que l'attente des citoyens est élevée en termes d'accès à ces pratiques au sein des établissements de santé (80%). La variabilité des connaissances dans le domaine de ces pratiques et leur déploiement souvent informel rendent actuellement l'offre très inégale et peu lisible.

Au sein des organisations professionnelles spécialisées (entreprises, espaces bien-être, ...) les pratiques sont intégrées pour un public en santé et là encore le contrôle reste propre à chaque institution selon le niveau de connaissances et de croyances des dirigeants et leurs équipes. Les praticiens peuvent appliquer des techniques et des discours sans aucun contrôle et les risques de dérives sont majorés alors que l'initiative reposait au départ sur une alliance de confiance et un souci de bien-être pour les usagers ou salariés de ces organisations.

Enfin, l'absence de structuration s'illustre particulièrement à travers les dispositifs d'accès personnalisés (cabinets, plateformes...) qui, sans contrôle aucun, laissent la part belle à tous les pseudo-praticiens qui trouvent une voie d'accès et de développement professionnel et économique qui peut être tellement lourde de conséquences. La loi Accoyer a-t-elle permis l'interdiction d'installation et d'utilisation du titre faux thérapeutes ? Il semblerait que les plaques professionnelles disent le contraire. Alors quels repères ?

Ces constats démontrent la nécessité d'agir sans quoi il révèle que le système lui-même participe à la confusion et engendre des risques.

7 PRINCIPALES DIFFICULTÉS ET ATTENTES DES PRATICIENS

L'isolement est la plus grande difficulté des praticiens et homogénéiser les formations, leur principale attente

PRINCIPALES DIFFICULTÉS

- ➔ **N°1 ÊTRE ISOLÉ** dans la pratique du fait du statut d'indépendant
- ➔ **N°2 Être face à une CONCURRENCE DÉLOYALE** de praticiens non qualifiés
- ➔ **N°3 Le DÉNIGREMENT** des pratiques par une partie du corps médical
- ➔ **N°4 L'ABSENCE D'ORIENTATION** des acteurs par manque de connaissances



PRINCIPALES ATTENTES

- HOMOGENISER** les formations **N°1** ←
- LUTTER** contre les dérives des pseudo écoles de praticiens **N°2** ←
- RELIER** la prévention, le bien-être et la santé **N°3** ←
- AVOIR DES REPÈRES** pour distinguer le bien-être et le thérapeutique **N°4** ←

QUE DEMANDENT LES PRATICIENS ?

- Au Ministère...** Intégrer les enjeux de formations des praticiens bien-être
- À l'A-MCA...** Poursuivre la sélection des praticiens et la démocratisation des pratiques

Les conséquences inhérentes au manque de structuration dans le domaine renforce l'isolement par un cloisonnement des pratiques et des praticiens et déclenche consécutivement des carences. Le constat des praticiens qualifiés conforte la nécessité d'une structuration qui engage et critérise la formation (normes et qualité) ainsi qu'un contrôle par la reconnaissance de l'instance ministérielle.

À l'heure actuelle, les praticiens dûment formés (diplômes reconnus, formation continue dans le domaine de la technique-même ou de différents domaines d'expertise, publics, secteurs de santé, mise en place de supervisions, intervisions) sont les premiers à pâtir, juste après les usagers, des failles qui autorisent aujourd'hui les praticiens non ou insuffisamment formés à dispenser des pratiques complémentaires. Car, outre, la concurrence déloyale que cela constitue, le manque de qualification et les conséquences qui en découlent, ont des effets sur la représentation que s'en font, entre autres, les professionnels du soin. Excepté lorsque ces derniers exercent également comme praticiens, peu sont les soignants à avoir une vision claire des pratiques et des praticiens et parfois les dénigrent. La faute à la complexité de ce vaste écosystème, mais pas seulement. Les praticiens bien-être ont investi les lieux de soins et appliquent leur discipline auprès de diverses populations de soignés. Or, les institutions et leurs représentants ne sont pas mieux informés que les autres, quid alors du recrutement de ces praticiens et de la sélection des pratiques ? Quels sont les critères de références ? Sur place, les uns et les autres souffrent d'un cloisonnement par manque de communication, d'informations, de croyances et ne sert toujours pas la cause de l'utilisateur. Et, si les praticiens insuffisamment formés entrent dans les institutions, c'est la représentativité toute entière qui est affectée et les pratiques dénigrées.

Pour sortir de l'isolement, collaborer, orienter efficacement, permettre l'interdisciplinarité, les praticiens attendent l'homogénéisation de la formation afin qu'elle réponde à de sérieux critères et donnent des repères structurants ainsi que des actions qui permettent de lutter contre les organismes de formations abusifs qui conduisent aux dérives actuelles.

PRINCIPALES DIFFICULTÉS ET ATTENTES DES EXPERTS

Orienter les usagers est la plus grande difficulté des EXPERTS et pouvoir repérer les praticiens qualifiés/spécialisés, leur principale attente

PRINCIPALES DIFFICULTÉS

- ➔ **N°1 ORIENTER** un usager vers un praticien qualifié
- ➔ **N°2** Identifier des **SOURCES D'INFORMATIONS** adaptées aux usagers
- ➔ **N°3** Oeuvrer **DE FAÇON COORDONNÉE** entre soignants et praticiens
- ➔ **N°4 CONNAÎTRE** l'utilité de chaque pratique



CONSÉQUENCES

PAS D'ORIENTATION PAR PRÉCAUTION
PAS DE DIALOGUE AVEC LES SOIGNANTS

ACCÈS À LA DÉSINFORMATION
USAGERS EN MANQUE DE REPÈRES

PARCOURS
USAGERS
LONG/COMPLEXE

PRINCIPALES ATTENTES

- REPÉRER** les praticiens qualifiés et spécialisés
- DÉVELOPPER** des supports d'information grand public
- FACILITER** la formation des professionnels du soin en santé globale
- HOMOGENÉISER** l'accès aux pratiques dans les centres de soin

- N°1** ←
- N°2** ←
- N°3** ←
- N°4** ←

QUE DEMANDENT LES EXPERTS ?

- Au Ministère...** Définir les critères d'intégration des pratiques et de formation des praticiens
- À l'A-MCA...** Poursuivre les travaux d'experts et les ouvrir davantage à l'international

En miroir de l'isolement des praticiens, les professionnels du soin sont confrontés à la difficulté majeure d'orienter les personnes vers des praticiens qualifiés. À défaut d'information et de critères fiables leur permettant d'identifier les bons professionnels, ils s'abstiennent. Ce défaut creuse le fossé entre ces catégories de professionnels et isole l'utilisateur qui n'ose plus forcément se référer au professionnel du soin dont il dépend pour avoir des informations. De fait, le risque est qu'il ne communique pas ou pas suffisamment sur les pratiques auxquelles il a recours.

Cette difficulté va de paire avec le manque d'informations concernant les pratiques elles-mêmes, leurs intérêts, objectifs, limites etc. et globalement il devient question de la difficulté plus générale de pouvoir travailler en réelle collaboration les uns avec les autres et en complémentarité.

À l'instar des services de soins de support qui permettent le déploiement de pratiques au sein des institutions médicales et de soins palliatifs, les experts qui identifient les pratiques adaptées et leur utilité sont souvent ceux qui ont des collègues praticiens (professionnels de la santé formés à une ou plusieurs pratiques). Les prises en charge communes, le partage d'expériences, le dialogue au sein des services rendent les informations fiables car leur donnent du sens. En revanche, les professionnels du soin qui n'y sont pas confrontés dans le cadre de leur exercice n'ont pas forcément ces représentations. Ils sont alors nombreux à souhaiter l'homogénéisation de l'accès aux pratiques et tout autant de l'information que des formations.

Enfin, ils attendent des travaux du ministère des actions afin que puissent être définis des critères d'intégration des pratiques ainsi que des normes de formation pour les praticiens. Et de l'A-MCA les attentes se situent dans la poursuite des travaux d'experts engagés depuis 2020 en incluant une ouverture à l'international telle qu'elle s'initie depuis les échanges de l'agence avec l'Arménie et l'Inde en 2023.

9 PROPOSITIONS DE L'ÉCOSYSTÈME A-MCA

Les propositions des praticiens et des experts de l'Agence des Médecines Complémentaires Adaptées (A-MCA)

PROPOSITIONS DES PRATICIENS

1

DÉFINIR LES ATTENTES DE FORMATION UNIVERSITAIRE ET RÉGLEMENTAIRE AINSI QUE LES CRITÈRES QUALITÉ DES ÉCOLES DE FORMATION NE POUVANT DÉLIVRER UN TITRE RNCP

Pour homogénéiser les connaissances des praticiens et assurer la qualité de leurs interventions qu'ils soient formés à l'université ou dans une école privée habilitée ou non à délivrer un titre RNCP.

2

INTERDIRE LES ÉCOLES DE FORMATIONS NE RÉPONDANT PAS À DES CRITÈRES QUALITÉS SUFFISANTS ET L'EXERCICE DE PRATICIENS QUI EN SONT ISSUS

Pour réduire les risques de dérives volontaires ou involontaires, thérapeutiques ou sectaires, en partie liées à la diffusion de savoirs insuffisants, et/ou infondés, voire risqués.

3

RATTACHER LES MÉTIERS DU BIEN-ÊTRE ET DE LA PRÉVENTION AU "MINISTÈRE DE LA SANTÉ" ET Y CENTRALISER L'ENSEMBLE DES RECOMMANDATIONS OFFICIELLES

Pour permettre aux acteurs de terrain de se référer aux recommandations d'un seul organisme étatique à même de diffuser les critères qualité/sécurité pour des interventions en prévention santé.

PROPOSITIONS DES EXPERTS

1

CONDITIONNER LES INTERVENTIONS MENÉES AUPRÈS DE PUBLICS FRAGILES À L'OBTENTION DE SPÉCIALISATIONS ET À DE LA SUPERVISION AU-DELÀ DES FORMATIONS LIÉES À LA PRATIQUE

Pour garantir des connaissances initiales solides, leur actualisation et assurer la sécurité des interventions, en particulier auprès des publics fragiles.

2

DÉFINIR LES CRITÈRES OFFICIELS D'INTÉGRATION/D'EXCLUSION DES PRATIQUES DÉPLOYÉES DANS LES CENTRES SANITAIRES ET MÉDICO-SOCIAUX

Pour assurer un déploiement de qualité garantissant une démarche homogène à l'échelle nationale.

3

RENDRE OBLIGATOIRE LA TRAÇABILITÉ ET L'ÉVALUATION DES PRATIQUES PROPOSÉES DANS LES CENTRES SANITAIRES ET MÉDICO-SOCIAUX

Pour permettre une meilleure lisibilité de l'offre institutionnelle des pratiques et pouvoir les inscrire dans l'analyse et le suivi de la démarche qualité.

Ainsi que différents éléments du rapport le montrent, la question de la formation des praticiens est centrale et revient parfois en tête, à la fois, des difficultés et des attentes des citoyens, praticiens et des experts. De fait, elle est la première préoccupation des praticiens en termes de propositions. Quel que soit le lieu de formation (université ou école de formation), ils proposent d'homogénéiser les connaissances pour aboutir enfin à la qualité des interventions et vont plus loin en demandant l'interdiction des organismes dits formateurs qui ne respectent pas un certain nombre de critères qualité, nuisent à la profession, aux praticiens qualifiés, aux personnes qui souhaitent se reconverter en allant vers ces écoles en toute bonne foi et enfin et surtout aux usagers.

Enfin, les praticiens proposent la réunion des métiers du bien-être et ceux de la prévention au sein d'une même entité étatique qui soit en mesure de centraliser les recommandations et de veiller à la diffusion et au respect des critères qualité/sécurité des intervention en prévention santé.

Les experts, quant à eux, proposent de conditionner les interventions bien-être auprès des publics en situation de fragilité à la formation continue et l'obtention de spécialisations, l'actualisation des connaissances et la supervision des pratiques.

Ils préconisent également une définition des critères officiels permettant l'intégration et l'exclusion des pratiques déployées au sein des centres médico-sociaux et sanitaires. L'idée étant d'homogénéiser la démarche à l'échelle nationale et de cadrer une offre qui est aujourd'hui très disparate. Enfin, les experts proposent de rendre obligatoire la traçabilité et l'évaluation des pratiques au sein de ces centres, ce qui permettrait une meilleure lisibilité de l'offre institutionnelle et d'inscrire les pratiques dans l'analyse et le suivi de la démarche qualité.

Explorer de façon approfondie des enjeux spécifiques, impliquait de mobiliser l'expertise d'acteurs hautement qualifiés dans leurs domaines.

C'est dans ce contexte que des auditions d'experts externes – filmées et retranscrites dans leur essence – ont été mises en place.

Comprendre les enjeux des pratiques complémentaires dans un secteur particulier comme celui de la jeunesse ou du vieillissement, s'intéresser à la question du modèle économique de la prévention et à l'essor du numérique dans le domaine ou encore définir les enjeux en santé globale en France et à l'international sont autant d'éclairages d'experts qui viennent enrichir ce rapport avant de le conclure.



VOLET AUDITIONS D'EXPERTS EXTERNES

★ **SUR LA BASE D'AUDITIONS**
8 CONTRIBUTEURS



NORA MACHURÉ – PROVISEURE
Lycée Pierre-Gilles de Gennes (ENCPB)

“Nous pourrions aussi nous interroger sur la possibilité de faire intervenir des professionnels extérieurs, formés à des pratiques complémentaires de manière encadrée”



Contexte

L'objectif principal est selon moi la santé mentale des jeunes en adaptant les approches selon les âges. L'enjeu est de s'interroger sur la façon de rendre les apprentissages possibles, lorsque nous connaissons les difficultés auxquelles les jeunes sont aujourd'hui confrontés. Ils ne sont pas entièrement disponibles psychologiquement pour les apprentissages en raison du climat particulièrement anxiogène de notre société.

La crise sanitaire et les confinements les ont réellement impactés avec des situations conflictuelles à la maison, des problématiques de constructions sociales, des programmes scolaires non suivis. Sans oublier la violence sociétale dans laquelle ils évoluent. Ils ne s'en rendent pas toujours compte car elle fait partie de leur quotidien, avec le harcèlement, amplifiée par l'effet de groupe ou encore les réseaux sociaux. Cette problématique doit être abordée sous le prisme de la santé globale.

Aujourd'hui, nous sommes face à un manque de professionnels disponibles pour les jeunes. Face à la désertification médicale, le manque d'infirmiers scolaires et d'assistantes sociales, nous devons trouver d'autres solutions avec des dispositifs innovants et éventuellement d'autres intervenants. Certes, les tutelles ont mis en place le dispositif « Mon psy » avec des séances remboursées. Mais l'offre ne suit pas la demande.

Des outils adaptés

Il me paraît aujourd'hui nécessaire de créer des outils à mettre à disposition des jeunes, pour leur permettre de se régénérer par eux-mêmes, de prendre confiance, de ressentir leurs émotions, de se retrouver. L'objectif est de leur permettre de se libérer l'esprit pour pouvoir se trouver en situation d'apprentissage ?

Des exemples concrets :

- Pour les étudiants avec un faible budget pour leur alimentation : leur donner les clefs des aliments essentiels pour une alimentation équilibrée ;
- Pour les étudiants rencontrant des problèmes émotionnels : les outils pour les gérer et pour être le plus disponible possible pour leurs apprentissages ;
- Idem pour le sommeil.

Il est nécessaire de dresser la liste de tous les champs les concernant et de fournir des outils. Dans ce domaine, nous sommes très proches des pratiques complémentaires avec le yoga, la nutrition, la sophrologie. Cela me paraît une évidence. Ces outils complémentaires pourraient être construits et partagés dans le cadre d'une formation, indispensable à tout enseignant. Les professeurs devraient disposer des connaissances minimales dans le domaine pour les transmettre aux jeunes, afin que ces derniers puissent s'autoréguler.

Faire appel à des intervenants extérieurs

Outre la formation des enseignants, nous pourrions aussi nous interroger sur la possibilité de faire intervenir des professionnels extérieurs, formés à des pratiques complémentaires de manière encadrée. Si cela pouvait se concrétiser, nous devrions nous assurer que les intervenants soient de qualité, et formés au sein d'organismes reconnus.

Nous pourrions envisager un fichier de praticiens agréés et habilités par académie. Il faut tout faire pour que les jeunes se sentent en confiance au sein d'une collectivité dans laquelle ils évoluent, échangent, produisent et ressentent un degré d'appartenance. C'est un moyen de libérer leur parole.

Les parents aussi doivent être mobilisés. Pour beaucoup, la gestion du stress et des émotions est compliquée.

La transmission aux futurs professionnels

Au sein de notre établissement, nous formons des jeunes amenés à exercer dans le secteur sanitaire à cette approche globale de la santé. Il me paraît intéressant que des futurs professionnels puissent adopter ce rapport aux patients, les prendre en charge dans leur globalité. Donner une dimension plus humaine à un métier peut être un bon levier pour lui donner du sens.

NELLY TCHEUFFA – DIRECTRICE CROIX ROUGE
filiale personnes âgées et domicile (PADOM)

“À l’échelle nationale, nous sommes en phase de restructuration concernant notamment la question des médecines complémentaires.”



Contexte

A la Croix-Rouge française, dans le cadre de la filiale des personnes âgées et du domicile, nous travaillons sur une philosophie d’accompagnement assez singulière afin de répondre aux besoins des personnes que nous accompagnons. Notre dispositif Arbitrium nous a permis de recueillir les attentes et d’interroger les besoins des résidents, de leur famille et la perception des salariés. Nous avons ainsi remarqué que dans le cadre des leviers d’actions évoqués, les médecines complémentaires occupent une place de choix dans les orientations et les attentes.

Toutes les strates s’intéressent à cette thématique que ce soit au domicile, en Établissements d’hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) et dans les Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD). Nous avons une richesse d’offres de médecines complémentaires proposées en raison notamment de notre philosophie : nous ne sommes pas favorables à l’hyper-médicalisation des Ehpad.

Une expression variée sur le terrain pour les résidents

Des initiatives terrain sont d’ailleurs portées à notre attention. **Au domicile** : nous avons recueilli des témoignages sur des dispositifs de médiation animale portés de manière spontanée par les soignants, qui dans certains cas, mettent leurs animaux de compagnie à disposition des personnes âgées prises en charge. **En SSIAD** : certains membres des équipes, notamment des aides-soignantes, travaillent sur les bienfaits de l’hypnothérapie sur les résidents. Une salariée nous a demandé une formation de réflexologue pour accompagner les patients à domicile. **En Ehpad** : l’intégration des médecines complémentaires est plus ancrée. Nous avons reçu de nombreux témoignages sur le sujet. Outre le recours à l’aromathérapie, certains établissements effectuent de la médiation animale. Parfois, il s’agit juste d’éco-pâturage avec des animaux présents à la vue des résidents, ce qui crée de la vie au sein des établissements. D’autres structures proposent des dispositifs de médiation directs entraînant une modification de la qualité de la prise en soin et un retentissement sur le bien-être immédiat de nos résidents. Quelques Ehpad acceptent aussi que les résidents entrent dans l’établissement avec leurs animaux de compagnie.

La recherche d’un bien-être pour les salariés

En parallèle, de nombreux établissements travaillent sur des approches diverses et variées, notamment pour obtenir un impact sur la qualité de vie au travail de leurs salariés. Ainsi, des établissements proposent un accompagnement par des sophrologues, des massages bien-être par exemple.

Une sélection en construction

Parallèlement à cet accompagnement mis en place, nous recevons des questions récurrentes de la part de certains professionnels, concernant la sécurité et les risques de dérives. L’organisation interne de la Croix-Rouge Française permet une décentralisation des prises de décisions. Les directeurs d’établissements disposent d’une délégation de pouvoirs très importantes, leur permettant une gestion autonome de leur structure, afin de répondre aux besoins du terrain. Ils sont donc seuls responsables des recrutements des prestataires et des praticiens. Il leur revient d’identifier les profils. Cependant, à l’échelle nationale, nous sommes en phase de restructuration concernant notamment la question des médecines complémentaires. Nous avons recruté une directrice des soins qui, depuis la fin de l’année 2023, est chargée de cette question afin de proposer un accompagnement aux différents établissements. Nous souhaitons donner confiance dans les dispositifs que nous mettons en place. Le recours aux médecines complémentaires doit se dérouler dans un cadre sécurisé pour éviter la perte de confiance et le risque de dérive. L’intervention de l’A-MCA lors de notre plénière cette année a toutefois permis de lever des freins notamment de nos équipes d’encadrants parfois plus prudents que les professionnels de terrains, ces derniers étant plus à l’écoute des besoins immédiats des patients.

MARIE-CAROLINE DOUCERÉ – CONSEILLÈRE DE PARIS
Déléguée à la ville associative (15e) au CICA* et à l'ESS*

“Il est impératif que les institutions et le gouvernement puissent les contrôler et s'assurer que les écoles garantissent des formations de qualité.”



Contexte

“

Une formule choc circule beaucoup : on dit que souvent les aidants décèdent avant les aidés, ce qui démontre toutes les difficultés qu'ils peuvent être amenés à rencontrer. Cette posture les fragilise, d'autant plus s'ils deviennent aidant sans l'avoir choisi, ce qui peut avoir un impact important sur l'équilibre psychologique, physique et au quotidien. Or, avec le vieillissement de la population, nous allons de plus en plus être amenés à devenir aidant d'un parent ou d'une autre personne de notre entourage.

Pour autant, les aidants ne connaissent pas vraiment de répit et ne savent pas comment le mobiliser. Ils ont tendance à développer une forte culpabilité car ils veulent pouvoir faire le nécessaire sans toujours détenir la capacité de le faire. D'où l'intérêt d'une aide complémentaire qui peut être trouvée à travers la sophrologie ou une autre discipline.

Focus préliminaire : présentation de la sophrologie

Avant d'évoquer la question du « comment » développer les pratiques, j'aimerais revenir sur des définitions, en précisant que je vais me concentrer sur la sophrologie. La sophrologie n'est pas une médecine, ni une thérapie. Aucun diagnostic n'est réalisé, puisque cela relève de l'exclusive compétence des médecins. De même que les sophrologues n'interviennent pas sur les traitements prescrits. En revanche, ils soumettent un questionnaire pour comprendre les raisons de la venue de l'aidant. La sophrologie est une discipline singulière, une relation d'aide. L'être humain est comme un instrument de musique, il peut être dérégulé. En étant aidant, la personne peut perdre ses repères, le sommeil, ne plus réussir à prendre du temps pour elle, car elle va être totalement centrée et investie sur la personne aidée. La sophrologie va lui permettre de mobiliser ses ressources pour s'harmoniser pour rendre la personne actrice de sa vie, de ses potentiels afin qu'elle ne se retrouve pas dans une situation passive. L'objectif de la sophrologie consiste à offrir des techniques de réinvestissement de soi et de sa vie à partir d'outils que le sophrologue va lui transmettre : techniques de concentration, de respiration, et exercices dynamiques de mobilisation physique. Nous pouvons donc parler d'un métier d'accompagnement à la personne. La sophrologie peut s'appliquer à tous les âges, le maître mot étant l'adaptabilité.

Développer les médecines complémentaires dans un cadre sécurisé

Le développement de ces techniques dans un cadre sécurisé repose sur la formation des praticiens. Il est impératif que les institutions et le gouvernement puissent les contrôler et s'assurer que les écoles garantissent des formations de qualité.

Il y a différents critères à mon sens :

- la durée de la formation : les formations flash ne sont pas sérieuses. Pour devenir un bon praticien, il faut pratiquer soi-même et sur soi-même et je pense que la durée minimum est de trois ans ;
- la qualité des équipes enseignantes : pluridisciplinaires et avec une pratique suffisante ;
- l'antériorité du parcours de l'école ;
- la volonté affirmée de ne pas faire de la médecine parallèle ; - l'accompagnement au métier proposé ;
- la formation continue et le perfectionnement tout au long de sa vie ;
- l'exigence de l'examen de certification sur le fonds et sur la pratique. Pourquoi ne pas envisager une certification continue ?

Qualité et sécurité de la démarche

Ces disciplines sont aujourd'hui poussées par la société elle-même. C'est exponentiel. Il ne faut pas perdre de vue l'économie qu'elles engendrent pour les mutuelles et le système de santé en permettant l'accompagnement de signaux d'alerte. Certes, les médecins savent recommander les praticiens en tenant compte du retour de leur patientèle. Cependant, en raison de l'absence d'identification des bonnes écoles et des référencements, le niveau d'expertise des praticiens n'est pas garanti.

Aujourd'hui, il faut être confiant car l'A-MCA assure ce travail.

*CICA : Comité d'Initiative et de Consultation d'Arrondissement

*ESS : Économie Sociale et Solidaire

BENJAMIN RASPAIL – DIRECTEUR ET COFONDATEUR
HappyVisio

“S’ouvrir aux pratiques complémentaires était évident tant la demande sociétale est importante et tant le besoin de proposer une approche qualité/sécurité est nécessaire.”



Contexte

HappyVisio est une plateforme proposant des séances en distanciel sur les thématiques de santé et de prévention. Nous effectuons des webinaires de sensibilisation sur ces thématiques, des classes virtuelles et depuis quelques mois, nous proposons des consultations individuelles en santé/prévention.

Notre approche est très large en termes de formats et de contenus. Certaines approches complémentaires sont l’un des volets que nous proposons sous forme d’ateliers à thèmes comme le sport et la diététique ... Ces pratiques sont plébiscitées.

Notre modèle économique est principalement basé sur le préfinancement des activités par des acteurs tiers impliqués dans la prévention (mutuelles, Agences régionales de santé, caisses de retraite, collectivités locales) souhaitant proposer des actions dans le domaine de la prévention à leurs adhérents.

Répondre avec qualité à une demande de terrain

Nos clients ont besoin de s’assurer de la qualité à la fois des pratiques et des intervenants proposés. Dans un domaine mêlant “numérique et santé, garantir la qualité de la prestation représente un enjeu et nous estimons que nous avons cette responsabilité vis-à-vis de nos clients. Pour ce faire, nous avons toujours pris le parti de travailler en synergie avec des structures ayant la légitimité, l’expertise, et la reconnaissance dans les domaines développés par la plateforme. Ainsi, sur certains sujets qui peuvent être complexes et sensibles, tel que celui de l’éducation à la sexualité auprès des jeunes, nous sommes accompagnés par un comité scientifique validant les orientations que nous donnons.

S’ouvrir aux pratiques complémentaires fait partie de notre réflexion tant la demande sociétale est importante et tant le besoin de proposer une approche qualité est nécessaire.

Dans ce cas, la démarche qualité est évidemment analogue et nous nous appuyons donc sur nos partenaires pour délimiter les pratiques et les praticiens. C’est d’autant plus important que nous disposons d’un outil digital permettant aux personnes intéressées de faire un premier pas d’accès, en distanciel, ce qui implique un besoin de sécurisation important. C’est dans ce cadre que nous sommes en lien étroit avec l’A-MCA qui dispose d’un process de recrutement de praticiens qui nous a rassuré avec des contrôles effectués à la fois sur la formation de l’intervenant, son diplôme, son expérience et qui repose sur un entretien individuel réalisé avec chaque praticien.

Une démarche d’amélioration continue

Dans le cadre de nos différents formats d’activités, nous avons la possibilité de tester et d’échanger avec les intervenants en amont ce qui permet un travail préparatoire. De même qu’un représentant d’HappyVisio est présent à chaque conférence pour garantir la qualité du service. De cette manière, nous pouvons aussi analyser les supports de présentations des praticiens, les documents et informations transmises aux bénéficiaires et intervenir si besoin. Plus largement, les personnes peuvent aussi réagir et nous poser des questions sur notre contenu ou notre fonctionnement. L’enjeu est celui de la pédagogie. Cette démarche interactive permet d’étudier des retours d’expériences et de les prendre en compte pour améliorer nos prestations.

Enfin, nous sollicitons les utilisateurs sur leurs appréciations au sujet des activités qu’ils ont suivies. Nous effectuons des enquêtes régulières auprès des participants afin d’analyser dans quelles mesures la session virtuelle a répondu à leurs besoins.

En outre, toutes les activités font l’objet d’une évaluation de la satisfaction des utilisateurs via un système d’assistance qu’ils utilisent pour communiquer leur ressenti.

Nous disposons ainsi de retours dans l’instant mais aussi plus tardivement pour comparer les regards et nous permettant d’améliorer, d’optimiser et de sécuriser notre offre.

PR FRÉDÉRIC BIZARD – ÉCONOMISTE DE LA SANTÉ
ESCP Business School

“À l'échelle nationale, nous sommes en phase de restructuration concernant notamment la question des médecines complémentaires.”



Contexte

Je travaille sur les modèles de protection sociale, les systèmes de gestion de risque. Dans ce cadre, je plaide pour une refonte globale du modèle social français afin de tendre vers une meilleure adaptabilité à l'environnement actuel. Le modèle actuel ne prend pas en compte la santé dans le sens holistique du terme, la santé globale. Tant que les pouvoirs publics et les acteurs du système de santé ne comprendront pas qu'il n'est pas possible d'agir à la marge pour améliorer le système, les impacts des mesures prises resteront faibles et peu visibles pour les acteurs. Pour preuve : les réformes menées depuis une vingtaine d'années avec l'accent mis sur la prévention et la territorialisation des réponses aux besoins n'engendrent pas de modifications majeures. Le système est donc inadapté à notre nouvel environnement, prévisible depuis 30 ans, et génère une perte de sens, une faible efficacité. Tant qu'il ne sera pas intelligemment réformé, il est difficile de penser la place des pratiques complémentaires.

Chaque secteur se doit de comprendre les évolutions nécessaires à mettre en œuvre. Pour ce faire, les choix sont limités car contraints par l'existant. L'avantage : nous ne partons pas d'une feuille blanche. Nous disposons de toutes les ressources, d'une culture et de valeurs fondamentales. En revanche, elles doivent être redéployées différemment. Le prochain modèle est donc contraint face aux transitions en cours.

Les transitions actuelles

La transition **démographique**, brutale avec le nombre des personnes de plus de 75 ans qui va doubler en 30 ans. L'impact se fait ressentir sur la stratégie de gestion de risque. Désormais, il est nécessaire de se préoccuper de l'amont et non plus uniquement de l'aval du risque, c'est-à-dire de la gestion du risque santé tout au long de la vie. Pourtant, à chaque projet de loi de financement de la sécurité sociale, le législateur ne change pas le cœur du système. La transition **épidémiologique** liée à la longévité du risque. Les pathologies se chronicisent. Le risque est long. Cela modifie le pilote du système, qui n'est plus l'offre mais la demande. Le pilote doit être le porteur et le gestionnaire du risque. Le pilotage des individus doit se concilier avec les besoins du collectif. La transition **technologique**, qui apporte des outils pour gérer les deux autres transitions. La technologie dans un système opérationnel permet de modifier la capacité d'action. Ainsi, l'intelligence artificielle et les nouvelles technologies permettent de générer des résultats et des créations impossibles auparavant. Pour autant, aujourd'hui, malgré l'existence de ces outils, l'hôpital va mal, tout comme les Ehpad d'ailleurs. C'est le paradoxe de Solow. Aucun gain de productivité n'est possible tant que le système n'est pas transformé. Le système de santé n'est pas épargné. La transition **écologique**, qui impose de passer à un modèle de sobriété sanitaire, qui est en phase avec le futur modèle.

Le nouveau modèle

Aujourd'hui, nous disposons de tous les outils nécessaires pour avancer. Cependant, le nouveau modèle impose de repenser le financement, la gouvernance, l'organisation des acteurs et les comportements individuels. Pour conceptualiser le nouveau modèle : il faut changer le quoi, le qui et le comment, dans une logique du bien commun. Au centre de ce triptyque : l'homme. Il est au cœur des conséquences de la crise, qui génère de la maltraitance, une hausse de la morbidité, une perte de sens ainsi qu'une perte d'efficacité.

Quoi ? Aujourd'hui, l'objet du système de santé est le soin. On parle d'ailleurs d'accès aux soins. Il faut tendre vers l'accès à la santé globale. Cette vision restrictive n'est plus possible. Une nouvelle dimension, à savoir le maintien en bonne santé, doit être intégrée à la réflexion.

Qui ? Le besoin. Actuellement, l'Objectif national des dépenses de l'assurance maladie (Ondam) est construit à partir de l'offre. Il devrait au contraire être défini en partant des besoins, de la demande.

Comment ? La réponse ne peut plus être le système ultra-étatique installé depuis 20 ans. Le système doit être davantage décentralisé et repose sur la démocratie augmentée qui intègre la démocratie participative.

Pour le moment, les moyens sont encore trop fléchés vers les soins de même que la gouvernance est centrée sur les soins. Le modèle doit donc évoluer avec un service public territorial de santé pensé dans un esprit d'accessibilité à tous, et en continu de tous les services et produits essentiels à la santé. Il doit également être territorialisé. Aujourd'hui, les tutelles mettent en place des Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), des Groupements hospitaliers de territoire (GHT). Mais ce n'est pas connu de la population. Ce ne sont pas les bonnes réponses car elles partent du cloisonnement sectoriel actuel. Il faut définir des territoires communs à tous, donc uniques de santé. Les territoires doivent être les lieux de vie des individus et ceux de l'exercice professionnel des acteurs de santé. Ce socle relève de la responsabilité de l'Etat qui, en tant qu'opérateur régalié, devrait également réformer le financement du système de santé en distinguant les deux financeurs publics et privés. Aujourd'hui, même si elle en est persuadée, la gouvernance est loin du citoyen et l'implique très peu. La logique administrative et bureaucratique est sans espoir pour remédier à la crise actuelle. Il est de la responsabilité de chaque citoyen de s'impliquer dans une réforme essentielle pour le bien commun.

DR DANIEL SCIMECA – MÉDECIN GÉNÉRALISTE
Expert en pratiques complémentaires

“Il faut aller vers la transdisciplinarité, le dialogue et s'ouvrir à une intelligence collective qui permette une interconnectivité entre la médecine hospitalo-universitaire et les pratiques complémentaires. Avancer vers une médecine intelligente.”



Contexte

La santé globale est un pléonasme. La santé est forcément globale. En tant que médecin généraliste, je m'intéresse nécessairement à la globalité de la personne. Une douleur physique par exemple peut générer une douleur psychologique, un isolement social, etc. et cela implique de considérer la globalité de la personne et de sa souffrance. Les médecins pourvu d'expertises supplémentaires notamment dans le champ des approches complémentaires considèrent nécessairement la santé de façon globale. Je suis médecin avant tout et formé à différentes pratiques, notamment l'homéopathie, la phytothérapie et la sophrologie. Certains outils vont sembler plus adaptés que d'autres, selon la situation, ils deviennent complémentaires. Pour autant, il faut pouvoir rester dans une posture d'humilité, avec les outils complémentaires dont on dispose, être dans l'intérêt du patient avant tout. Prenons l'exemple du cancer, nous essayons d'accompagner les patients vers les meilleures filières oncologiques. Je peux intervenir en homéopathie, pour agir non pas contre la maladie mais bien pour le patient. Dans le domaine de l'homéopathie, de nombreux travaux et l'expérience clinique ont montré des résultats désormais suffisants de l'intérêt de l'homéopathie en soins de support. Nous sommes tous des acteurs d'une santé qui se veut globale.

La santé et la médecine : deux concepts imbriqués qui se distinguent

Il y a une différence entre la santé et la médecine. Il existe à la fois un tronc commun et des spécificités. Tout le domaine de la prévention renvoie à l'art de vivre. La prévention santé passe par différentes notions et il n'y a pas d'exclusivité. La prévention, c'est à la fois l'alimentation, la vaccination, la notion de traitement du terrain, la rééducation cardiovasculaire en cardiologie, certaines activités chez les jeunes... En homéopathie, il existe certaines réactivités spécifiques à chaque patient, chez les enfants qui ont des infections ORL à répétition, il y a beaucoup de mésusages médicamenteux et les enfants suivis en homéopathie sont globalement moins malades et évitent des traitements inadaptés ou trop fréquents. 40 ans d'exercice et d'expérience ne devraient plus être opposés aux railleries. L'evidence based medicine est constituée de trois éléments : les données objectives des études, le savoir et l'expérience du professionnel puis le savoir et l'expérience du patient. Il s'agit d'une roue qui doit tourner en permanence et s'autoalimenter. Si seules les données objectives sont prises en compte, il s'agit alors d'une technicité qui sort du paradigme phénoménologique du vivant et donc de la médecine. Si seule l'expérience du médecin prévaut, le risque de dérive est important, de même si seules les croyances du patient prévalent. Les cloisonnements conduisent à une sorte de myopie. Sortir de ces oppositions est nécessaire et ne peut se faire que dans un sens dynamique.

Quelles perspectives pour demain ?

Ce que j'entrevois pour demain est la nécessité de cesser cette opposition entre médecine conventionnelle et approches complémentaires.

Même si nos études nécessitent d'être améliorées en niveau de preuve, il faut cesser ces attaques pour aller vers une véritable collaboration. Par ces guerres, les médecins sont déçus de leur capacité à aider le patient. Les perspectives doivent être celles d'un travail pluridisciplinaire pour le bien du patient et pour éviter les dérives. Sur cette question, nous sommes d'ailleurs aux premières loges car nous recevons des patients qui veulent parfois éviter les traitements conventionnels. Face aux patients les plus fragiles, ceux qui doutent, nous devons apporter une médecine intelligente au service de la raison et du pragmatisme.

Nous connaissons toutes ces dérives, en plus d'une autre, réductionniste, qui est de croire que tout ce qui n'a été absolument prouvé n'est pas à valider. Mais que fait-on de la clinique ? Il faut aller vers la transdisciplinarité, le dialogue et s'ouvrir à une intelligence collective qui permette une interconnectivité entre la médecine hospitalo-universitaire et les pratiques complémentaires. Avancer vers une médecine intelligente.

Il n'y a pas d'alternative aux traitements nécessaires. En revanche les mésusages en matière d'antibiotiques, d'antalgiques, d'antihistaminiques, etc., posent problèmes et nous pouvons apporter des solutions alternatives.

En 1983, lorsque je me suis installé, les discours sur la méditation, par exemple, semblaient fumeux et aujourd'hui les travaux sur la méditation de pleine conscience apportent d'autres éléments de réponse. Une médecine qui avance laisse les vieilles charrues de côté et prend de nouvelles locomotives ...de nouvelles opportunités. Il existe aujourd'hui des synergies en oncologie qui n'existaient pas auparavant. Il faut amplifier l'axe dans lequel la situation bouge déjà, avec des structures nouvelles comme l'A-MCA. Il faut réunir des partenaires sérieux pour pouvoir dialoguer, discuter, chacun avec ses biais cognitifs, expliquer ce que chacun fait et peut apporter, rendre moins audibles ceux qui sont franchement dans la dérive. Chez Homéofrance, association dont je suis président, nous sommes les premiers à nous en plaindre. Pour avancer dans le bon sens, il faut ouvrir un dialogue serein et constructif.

DR K M PRAPHULLACHANDRA SHARMA – CHEF DE MISSION
Ambassade de l'Inde en France et à Monaco

“À l'échelle nationale, nous sommes en phase de restructuration concernant notamment la question des médecines complémentaires.”



Contexte

La médecine officielle et la médecine traditionnelle ne sont pas en opposition, elles se complètent pleinement, chacune avec ses spécificités. Le premier sommet Mondial de l'OMS sur les médecines traditionnelles s'est tenu fin 2023 en Inde, pays dans lequel il existe une véritable alliance entre les deux approches. En effet, en Inde, deux médecines se côtoient de façon officielle : la médecine ayurvédique, qui repose, entre autres, sur l'usage des plantes, et la médecine « officielle », les deux ayant autant d'importance. Ainsi, la médecine ayurvédique est « autant » conventionnelle que la médecine allopathique ou l'homéopathie. Elle repose sur des textes anciens, élaborés, détaillés, notamment la Charaka Samhita, écrite en sanscrit. En parallèle, des livres médicaux exposent de façon approfondie les propriétés médicinales et l'usage des plantes. En médecine ayurvédique, l'approche environnementale a toute son importance, d'autant plus qu'en fonction des localisations géographiques, les types de plantes utilisées peuvent varier, tout comme leur prescription, en fonction de l'âge et du sexe de la personne. La médecine ayurvédique est aussi un mode de vie, une façon de préserver sa santé. Il ne s'agit donc pas de séparer les approches mais d'articuler des approches – ancestrales et contemporaines – qui se complètent pleinement.

La recherche de l'équilibre : santé vs. maladie

L'objectif de la médecine ayurvédique est la recherche de l'équilibre dans le corps entre les différents éléments qui le composent, et ceux de la nature.

Lorsque l'équilibre est atteint ou maintenu, la personne est en bonne santé. Dès lors qu'il y a une inégalité ou un déséquilibre entre les trois énergies vitales, cela conduit à une maladie. La personne va donc être amenée à ingérer des ingrédients externes, des plantes, pour retrouver l'équilibre. La médecine moderne intervient davantage lorsqu'il y a maladie. Si elle adopte les mêmes règles de fonctionnement avec l'introduction d'une source externe dans le corps afin de retrouver l'équilibre, pour autant, le principe actif est généralement unique et repose sur un seul composant. L'enjeu est à mon sens de considérer l'intérêt des médecines ancestrales dans les systèmes modernes de santé.

Les freins du déploiement en occident

Plusieurs raisons expliquent l'absence de déploiement de la médecine ayurvédique en Occident, avec tout d'abord, à l'origine, l'absence des plantes/herbes médicinales associées à cette médecine pour des raisons climatiques. Aujourd'hui, cette difficulté pourrait être surmontée. Par ailleurs, il reste difficile d'expliquer à un esprit moderne le fonctionnement des pratiques anciennes d'autant plus lorsqu'elles ne sont pas ancrées dès l'origine dans la société. Pour autant, en Allemagne, en Suisse ou aux Etats-Unis cette médecine est pratiquée dans des centres de bien-être. Cela montre une ouverture naissante en occident. Aujourd'hui, grâce aux réseaux sociaux et aux partages d'informations, la sensibilisation à cette médecine ancestrale s'accroît. Il faut toutefois faire attention à la désinformation importante dans le domaine des approches complémentaires.

Deux ministères de la santé en Inde, une piste à suivre?

L'Inde affiche la particularité de disposer de deux ministères de la santé : l'un dédié à la médecine « moderne » et l'autre à la médecine ayurvédique. La médecine moderne a été introduite en Inde lorsque le pays a dû gérer des situations d'urgences sanitaires telles que la peste. Face aux épidémies et pandémies, le système en place a été revu afin de prescrire des médicaments « modernes » aux patients contaminés. Une évolution nécessaire face à certaines limites que présentent la médecine ayurvédique concernant notamment la gestion des virus ou encore la chirurgie. Aujourd'hui, les deux médecines fonctionnent à la fois ensemble et en parallèle, la médecine ayurvédique étant toutefois davantage utilisée en prévention ou en seconde intention. Les deux types de médecines requièrent toutes les deux six ans d'études, les médecins et les patients décidant ensuite, dans le cadre du colloque singulier, le type de soins requis selon le contexte et les situations de chacun. La question est désormais de savoir de quelles façons les systèmes de médecine traditionnelle peuvent devenir davantage accessibles aux populations, de manière générale, à travers le monde. Il s'agit d'un enjeu pour améliorer la place de la prévention et des modes de vie. Et ce d'autant que les populations, mieux informées, sont des consommateurs avérés d'approches complémentaires et traditionnelles. Certains pays, comme l'Inde pourraient apporter leur expertise dans l'alliance des médecines. En occident, les choses avancent, pas à pas et il y aurait sans doute beaucoup à faire pour démocratiser l'information et l'accès aux approches complémentaires et traditionnelles.

PR DAVID SPIEGEL – MÉDECIN PSYCHIATRE
Université de Stanford, États-Unis

“Les Américains ont principalement recours à la méditation, au yoga et à l’hypnose. En parallèle, de plus en plus d’institutions médicales, notamment pour la prise en charge du cancer, les intègrent aux soins officiels”



Contexte

Je suis psychiatre, membre de l’académie nationale de médecine des Etats-Unis. J’ai consacré une partie de ma carrière à la recherche, en m’intéressant aux problématiques des personnes atteintes de cancers dans le but de leur apporter du soutien afin de leur permettre de vivre plus sereinement avec leur maladie. Dans ce cadre, j’ai approfondi mes connaissances autour de l’hypnose. J’ai d’ailleurs publié environ 450 articles de recherche, dont 150 sur l’hypnose et 10 sur les mécanismes du cerveau pendant l’hypnose. En tant que médecin, j’utilise bien entendu les méthodes conventionnelles pour la prise en charge des patients. Mais j’accorde également une grande importance aux approches complémentaires, telles que l’hypnose, afin justement d’atténuer la douleur et l’anxiété. La combinaison de la médecine officielle et des médecines complémentaires est essentielle. D’ailleurs, en 1998, nous avons ouvert un centre de médecine intégrative à l’hôpital de Stanford, pour aider les patients en mobilisant notamment ce type de pratiques.

Pratiques complémentaires, quelle place aux États-Unis?

La situation est beaucoup plus ouverte aujourd’hui qu’il y a une trentaine d’années. Les Américains ont principalement recours à la méditation, au yoga et à l’hypnose. En parallèle, de plus en plus d’institutions médicales, notamment pour la prise en charge du cancer, les intègrent aux soins officiels. Cependant, le mouvement d’intégration de ces pratiques ne vient pas des médecins, mais principalement des patients. Ils utilisent davantage leur argent pour les traitements intégratifs que pour la médecine conventionnelle. J’ai d’ailleurs mené des travaux de recherche pour faire en sorte que ces pratiques soient évaluées de la même manière que les traitements conventionnels. Aujourd’hui, je pense qu’un pan de la pratique médicale doit davantage se focaliser sur la qualité de vie, la nécessité de bien vivre avec la maladie, plutôt que de se concentrer strictement sur les traitements curatifs. Il faut plus penser au soutien à apporter aux personnes vivant avec des maladies.

Focus sur l’hypnose

J’ai publié un article dans le Lancet (1) en 2000 sur les bénéfices du recours à l’hypnose pour réduire l’anxiété liée à une procédure médicale. Une étude a été menée auprès de 241 patients soumis à des procédures percutanées vasculaires et rénales. Elle portait sur trois groupes randomisés: l’un bénéficiait d’une assistance médicale, l’autre d’une assistance médicale et d’une infirmière et le troisième de l’hypnose. Les résultats de l’étude ont démontré que les patients ayant bénéficié d’un suivi avec l’hypnose étaient beaucoup moins anxieux et moins douloureux que les autres à l’issue de la procédure, avec une moindre utilisation d’opioïdes. Si l’hypnose était un traitement conventionnel, tout le monde l’utiliserait mais ce n’est pas le cas. Or, de plus en plus de personnes ne veulent plus avoir recours à des médicaments. La création de cette application est la solution que j’ai trouvée pour partager toutes les connaissances que j’ai acquises dans le domaine pendant ma carrière. Elle s’adresse à des publics variés, notamment aux personnes présentant des douleurs, de l’anxiété, des problèmes de sommeil, ou encore à celles souhaitant arrêter de fumer. Elle participe à l’éducation à la santé.

les États-Unis, la France et l’A-MCA

Au milieu des années 1990, j’ai eu l’opportunité de travailler en France, pendant six mois, à l’Institut Curie. C’est un pays que j’apprécie particulièrement et j’ai toujours été intéressé de mieux comprendre son système de santé, très réputé, qui offre une couverture assurantielle à toute la population. Aux Etats-Unis, notre système de santé est plus compliqué, cher, et pas aussi bien organisé. Cependant, contrairement au système de santé français très cadré, le fait de disposer d’un système de santé pluriel dans les prises en charge, offre également plus de latitude aux médecines intégratives. De fait, participer à ces travaux avec Véronique SUISSA était une manière pour moi de partager mon expérience de l’intégration de pratiques complémentaires que je connais bien comme l’hypnose, la méditation, l’acupuncture, dans le système conventionnel. Il est nécessaire à mon sens de penser à évaluer ces pratiques intégratives, car l’axe scientifique permettra une plus grande intégration dans le système de santé français. Nous ne disposons pas d’une structure telle que l’A-MCA à l’échelle nationale aux Etats-Unis. Certaines universités proposent aux étudiants des unités d’enseignements afin de comprendre et apprendre les méthodes, les modèles, et la possibilité de proposer des traitements non conventionnels. Des efforts sont effectués pour que cela devienne plus systématique. La liberté qui nous est laissée dans l’organisation des soins aux Etats-Unis, fait que nous n’avons pas nécessairement besoin d’une structure similaire. En revanche, l’A-MCA a toute sa place en France, afin d’œuvrer à ouvrir le champ des possibles dans le cadre des médecines intégratives.

(1) Lang, E. V., Benotsch, E. G., Fick, L. J., Lutgendorf, S., Berbaum, M. L., Berbaum, K. S., Logan, H., & Spiegel, D. (2000). Adjunctive non-pharmacological analgesia for invasive medical procedures: a randomised trial. Lancet, 355(9214), 1486-1490. _

Véronique SUISSA
Docteur en psychologie et Directrice Générale de l'A-MCA

“L’A-MCA tire de précieux enseignements sur les usages, attentes et propositions de ce rapport et elle s’en appuiera à la fois dans ses réflexions, ses orientations et ses actions d’avenir menées pour le bien commun et en faveur de tous.”

“ Que retenir de ce 3ème rapport ?

L’A-MCA suscite clairement la confiance.

À la fois celle des 1.244 citoyens qui attribuent une note de confiance à 4.1/5 mais aussi celle des 255 experts internes ou externes à l’Association qui l’évoquent tant lors des réunions que des auditions comme structure de référence.

Cette confiance honore l’association autant qu’elle l’engage en termes de responsabilité morale. Ce qui est certain, c’est qu’elle a un rôle à jouer dans la démocratisation du sujet et le développement de points de repères structurants pour tous. Depuis peu, l’écosystème dans le domaine ne cesse de s’agrandir et cela est précieux pour le sujet. Certains experts développent des actions dans le domaine de la formation universitaire des praticiens soignants, d’autres se centrent sur la recherche scientifique, d’autres encore, déploient des dispositifs d’accès aux pratiques pour les patients, etc. Dans le même temps, des organisations de praticiens se rassemblent et coopèrent pour porter des initiatives communes et utiles pour la structuration du sujet. C’est dans ce contexte vertueux que l’A-MCA mènent depuis 2020 ses actions transverses et qu’elle œuvre aux côtés de tout cet écosystème composé à la fois d’experts, de partenaires, de professionnels de terrain et de citoyens. Mais ne nous y trompons pas, le sujet est complexe et sensible, et il est sensible parce que complexe. La désinformation/sur-information sociétale, la sur-médiatisation du sujet, le mélange des pratiques, la confusion entre les disciplines, l’hétérogénéité des formations et des compétences des praticiens, les dissensions multiples (entre écoles et universités, entre praticiens et soignants, entre disciplines, au sein d’une même discipline...), le manque de cadre réglementaire, le militantisme prônant une intégration incontrôlée au nom de la liberté ou au contraire, une exclusion au nom du principe de sécurité, etc. tout cela participe de la difficulté à structurer ce domaine.

“ Les pratiques complémentaires médicales illustrent la santé

Si la santé globale n’est évidemment pas une démarche exclusivement médicale, la mobilisation croissante des pratiques complémentaires par le corps médical, paramédical et psychologique montre à quel point elles sont un levier pour la qualité de vie dès lors où elles s’inscrivent dans une démarche structurée et coordonnée. À ce titre, l’acupuncture et l’homéopathie – deux pratiques réglementées et réservées aux médecins et à certains professionnels de santé – illustrent l’articulation efficiente entre le cure (soin) et le care (prendre soin). Le parti pris de l’A-MCA est celui de la confiance institutionnelle : en la loi qui les réglemente, au corps médical qui les dispensent et aux universités qui les forment ! Cela n’empêche pas l’esprit critique au sens noble du terme : non pas celui qui milite pour ou contre une pratique, mais bien celui qui pousse à l’ouverture, à la curiosité, à l’évaluation, mais aussi celui qui prend en compte les attentes, les usages, l’expérience des professionnels comme celles des usagers. C’est d’ailleurs le parti pris d’autres pays comme l’Inde qui articule pleinement la médecine occidentale moderne avec les approches traditionnelles et complémentaires. C’est aussi celui des l’Organisation Mondiale de la Santé (OMS) qui travaille sur le sujet depuis le début des années 2000. Et, c’est peu à peu celui de la France qui a évolué en réglementant certaines pratiques, en développant des diplômes universitaires, en s’ouvrant à la prévention, en déployant des approches non médicales/non médicamenteuses au coeur des centres de soin, et plus récemment en mettant officiellement en place ce groupe de travail ministériel au sein duquel l’A-MCA est représentée.

L’avenir doit renforcer ce constat tout en intégrant les praticiens bien-être

Les métiers du bien-être (physique, psychique, social) ne sont pas des professions de loisirs ou occupationnelles, ils sont la définition même de la santé par l’OMS. Ils concernent par conséquent les soignants qui oeuvrent pour le mieux être des patients en situation de fragilité. En ce sens, renforcer la place des soignants dans le domaine est essentiel à l’ère de la prise en considération salutaire de la qualité de vie des personnes. Parallèlement, le bien-être concerne tout autant les citoyens en santé qui sont, eux aussi, des usagers de pratiques complémentaires inscrits dans une démarche de prévention et d’optimisation de leurs modes de vie. Les praticiens bien-être ont une place à prendre évidente dans un secteur en pleine essor favorisant le bien-grandir, le bien-vivre et le bien-vieillir. Les praticiens bien-être ont aussi très certainement un rôle à jouer dans l’accompagnement de personnes en fragilité, dès lors où ils sont formés, spécialisés et qu’ils interviennent dans une visée de bien-être, en complémentarité, en adéquation et en cohérence avec les soins officiels. Dans un contexte de forte demande, il ne s’agit plus de polémiquer et d’opposer mais bien d’oeuvrer collectivement pour enrichir les accompagnements (médicaux, médicamenteux, psychologiques, non médicamenteux, bien-être...) prodigués par des professionnels qualifiés dont les compétences sont éminemment complémentaires. Dans cette optique, les grands enjeux d’avenir ont clairement été identifiés et ils sont pragmatiques : délimiter les champs de compétences des acteurs, clarifier ce qui relève du bien-être et du thérapeutique, homogénéiser et encadrer les formations pour mieux sécuriser les pratiques, réglementer de nouvelles pratiques et interdire celles qui présentent des risques pour l’usager, favoriser les synergies entre les professionnels, mieux informer les citoyens, sensibiliser les professionnels et institutions, impliquer les mutuelles pour en faciliter l’accès, etc. Certains de ces enjeux sont d’ores et déjà traités au sein du groupe ministériel tandis que d’autres, mis en lumière dans ce travail collectif, viennent ainsi les enrichir. L’A-MCA tire de précieux enseignements sur les usages, attentes et propositions de ce rapport et elle s’en appuiera à la fois dans ses réflexions, ses orientations et ses actions d’avenir menées pour le bien commun et en faveur de tous.

BILANS ET LEVIERS D' ACTIONS A-MCA



En définitive, ce travail collaboratif a permis de relever différents éléments dont les difficultés actuelles et les priorités des citoyens, praticiens et experts. Les grandes lignes convergent pour centraliser les thématiques primordiales et récurrentes : l'information et la formation. Elles sont le fil rouge des difficultés soulevées et des priorités mises en exergue : la qualification qui dépend de la formation, la sécurité qui dépend de l'information fiable et de la formation (initiale et continue) pour pouvoir dialoguer, orienter, assurer un accompagnement de qualité aux usagers. Au fait de ces problématiques de terrain qui concernent tous les publics, l'Agence des médecines complémentaires adaptées (A-MCA) oeuvre en continu et s'adapte pour mettre en place des actions cohérentes permettant de développer les sources d'informations à destination des citoyens et des différents professionnels (guides, fiches pratiques ...), permettre la rencontre et les échanges entre ces diverses catégories de public (conférences, événements, débats ...), agir pour la connaissance des pratiques (ateliers pratiques, journées découvertes intergénérationnelles ...), faciliter l'identification des praticiens qualifiés grâce à la création et la mise en place d'un processus de sélection rigoureux qui permet de lister les praticiens qualifiés sur le site de l'A-MCA et de les identifier par une "pastille". L'A-MCA va plus loin en proposant des spécialisations centrées autant sur des domaines d'activité que sur des types de public et leurs spécificités, des supervisions individuelles et groupales multi-pratiques qui visent non seulement la montée en compétence des praticiens mais aussi la fin d'un cloisonnement délétère, l'objectif étant d'aller enfin vers l'homogénéisation et la mutualisation des savoirs. Ce que proposent aussi les travaux d'élaboration d'un tronc commun de formation à destination des praticiens. Pionnière, l'A-MCA montre par ses actions, la nécessaire connaissance de l'écosystème et la proximité avec ces différents publics pour co-construire, garantir la qualité et la sécurité de tous et pour tous.

CONCLUSION

Ce troisième rapport propose un état des lieux des grands enjeux dans le domaine des pratiques complémentaires. Au total, 1430 acteurs ont contribué à ce travail collectif : 186 experts du sujet et 1244 citoyens.

Si les priorités se distinguent selon les publics (experts, praticiens, citoyens), les attentes sont analogues : encadrement des formations et des pratiques, délimitation des domaines d'interventions pour les praticiens, spécialisations pour l'accompagnement de publics fragiles, coopération et coordination entre les acteurs (praticiens, soignants...) et information fiable et accessible aux différents publics.

Incontestablement, les citoyens ont des attentes et priorités plus pragmatiques, centrées sur l'identification des praticiens qualifiés, le remboursement des pratiques, l'accès géographique et à l'information grand public (ex. site et conférence grand public).

Les praticiens, quant à eux, expriment de fortes attentes en matière de coopération avec l'écosystème (praticiens, experts, soignants, institutions..) et d'encadrement des formations envisagé comme un levier de lutte contre les dérives.

Enfin, les experts attendent une régulation des pratiques dans les institutions, notamment celles liées à l'univers du soin (hôpitaux, ehpad, associations de patients...). Ils souhaitent encourager une culture de la santé au sens de l'OMS, faciliter la formation des soignants praticiens et sont ouverts à l'intégration de praticiens bien-être sous réserve d'une formation initiale et continue solides, de spécialisations et d'interventions clairement délimitées dans le domaine du bien-être.

Définir les critères qualité des praticiens bien-être, homogénéiser leur formation, les inscrire dans le champ de la santé pour mieux les sécuriser, définir le bien-être et le thérapeutique, renforcer la place des pratiques détenant des normes de formation et/ou réglementaires, sécuriser celles qui n'en détiennent pas, interdire les pratiques dangereuses, favoriser l'échange entre les acteurs, développer de l'information grand public, sont autant de pistes complémentaires proposées par l'A-MCA en sa qualité de membre au comité ministériel.



Pr Emmanuel HIRSCH

Pr d'éthique médicale et parrain A-MCA

RESPONSABLES SCIENTIFIQUES

Pr Antoine BIOY

Professeur en psychologie et Directeur Adjoint du Laboratoire de Recherche LPPC – Université Paris 8, Conseiller à l'Unesco et Responsable scientifique AMCA

Pr Gilles BERRUT

Professeur en médecine CHU de Nantes, Chercheur Université de Nantes, Président du Gérontopôle PDL et Responsable médical et de la recherche AMCA

PÔLE RÉFLEXION

Pr Thierry TROUSSIER

Professeur en médecine, Président Chaire Unesco Santé sexuelle et Droits humains. Chercheur – Université Paris Diderot

Alfonso SANTARPIA

Professeur Adjoint en psychologie – Université de Sherbooke, Canada

Pr Julien NIZARD

Professeur en médecine et chef du centre de douleur, soins palliatifs et de support – CHU de Nantes

Pr Alain BLANCHET

Professeur Émérite en psychologie, chercheur, ancien Directeur du Laboratoire de Recherche LPN – Université Paris VIII et Président de l'École des Psychologues Praticiens (EPP)

Fabrice CHARDON

PhD, psychologue clinicien et art-thérapeute DU, Directeur pédagogique des diplômes universitaires

Pr Charles MARTIN-KRUMM

Professeur d'université, École de Psychologues Praticiens de Paris & Directeur du laboratoire de recherche VCR

Pr Jean-Luc SUDRES

PR EN PSYCHOLOGIE - ART-THERAPEUTE - Psychomotricien - Resp. pédagogique DU d'Art-thérapies, Univ. de Toulouse

Pr Marie-Carmen CASTILLO

Professeur en psychologie, Directrice du Laboratoire LPN Université Paris VIII

Dr Marie FLOCCIA

Médecin gériatre, cheffe de service douleur & Médecine intégrative, praticien hospitalier CHU de Bordeaux

Pr Vianney DESCROIX

Professeur des Universités – Praticien hospitalier, chirurgien dentiste, doyen de l'UFR d'ontologie Université de Paris

Pr Bernard PACHOUD

Professeur des Universités, psychiatre et chercheur – Université Paris Diderot

Pr Olivier GUERIN

Professeur en médecine CNRS – Université de Nice, Pdt de la SFGG, Membre du conseil scientifique National covid

Pr Philippe NACCACHE

Professeur en Sciences de gestion – Insec U

Dr Paul-Emile HAÿ

Médecin coordonnateur Centre Régional de Coordination de Dépistage du Cancer (CRCDC) Nouvelle Aquitaine

Dr Tolotra ANDRIAMPARANY

Médecin et chercheur à l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et Ancien chef de service Pharmacopée – Ministère de la Santé Madagascar

Nadège LEMEUNIER

Docteur en épidémiologie UMR 1027 Université de Toulouse III-INSERM France et Responsable scientifique Kiné-Sport

Émilie AUDITEAU

Chercheur épidémiologiste – INSERM Limoges et Université de Limoges – Rapporteur du pôle Réflexion

Maxime BILLOT

Chercheur Sénior et Coordinateur Scientifique

Dr Catherine VIENS-BITKER

Médecin, ancien praticien AP-HP, Directrice du projet MCA de l'AP-HP

Anthony PHILIPPE

Maître de conférence en STAPS – Université de Nîmes

Lucile MONTALESCOT

Maître de conférences, Professeur associé en psychologie – Université de Nîmes

Jean GATEL

Ancien ministre de l'Economie Sociale et Solidaire

Myriam EL KHOMRI

Ancienne ministre du travail, auteur du rapport ministériel Métiers du Grand Âge

Valérie EGLOFF

Conseillère régionale Normandie et infirmière

Emmanuel DUPUY

Conseiller municipal Faute-sur-mer

Audrey DUFEU

Ancienne députée et auteur du rapport « Réussir la transition démographique et lutter contre l'âgisme »

Jeanine DUBIÉ

Députée et coordinatrice du rapport sur la maladie de Lyme – Ancienne directrice d'EHPAD

Fadila CHOURFI

Maire adjointe Corbeil-Essonnes

Pr Philippe BERTA

Député et professeur en génétique – Université de Nîmes

Juliette CAHEN

Ancienne responsable du pilotage, Groupe d'Appui Technique au Ministère de la Santé

Cédric VILLANI

Député et médaillé Field

Laurence VANCEUNEBROCK

Députée

François-Michel LAMBERT

Député

Martine AULAGNIER

Élue Marie de Paris 6ème et Présidente Fondatrice de Passerelle ASSIST'AIDAN

Corinne DAVER

Docteur en droit, droit de la santé, Directeur associé, Fidal

Marine DISTANTE

Docteur en droit : Affaires/santé/produits (Compléments alimentaires)

Dr Jean-Christophe MINO

Médecin chercheur HDR Institut Siel Bleu et Enseignant à la Faculté de médecine – Sorbonne Université

Pr Jean-Pierre KLEIN

Médecin psychiatre honoraire des hôpitaux, chercheur et Président de l'Inecat sous le Patronage de Ministères (Culture, Santé et Éducation)

Dr Alain TOLÉDANO

Médecin Oncologue, Président de l'Institut Rafael, Directeur de la chaire Santé Intégrative au CNAM

Dr Antoine DEMONCEAUX

Médecin homéopathe et psychanalyste

Dr Jean-Pierre TRICOT

Médecin et Président de la Ligue contre le cancer, Comité du Lot

Dr Chantal WOOD

Médecin chercheur, pédiatre et hypnothérapeute

Dr François BOURGOGNON

Médecin chercheur, psychiatre et praticien en mindfulness

Dr Sophie MOULIAS

Praticien hospitalier – CHU et AP-HP. Enseignant chercheur – Université Paris Descartes

Dr Marc GALY

Médecin et praticien hospitalier – Responsable de la consultation d'hypnose médicale, Hôpital Saint-Louis

Dr Ivan KRAKOWSKI

Médecin et Président de l'AFSOS

Dr Hélène RENOUX

Médecin homéopathe

Dr Annie FELTEN

Médecin acupunctrice, Centre Hanneman

Dr Sylvie COLOMBANI

Médecin anesthésiste et hypnothérapeute, Institut Bergonié Nouvelle-Aquitaine

Dr Véronique LEBAR

Médecin du sport et responsable du groupe MISC (médecines intégratives) à l'IMM. Ex directrice Pôle Sport et santé bien-être", Ministère des sports

Dafna MOUCHENIK

Présidente SYNERPA Domicile

Éric SANCHEZ

Directeur des initiatives sociales, AG2R La Mondiale

Jean-Manuel KUPIEC

Conseiller du Directeur Général OCIRP

EXPERTS A-MCA (2/3)

PÔLE ACTION

Emmanuelle BOISSINOT

Ancienne secrétaire générale du groupe de santé Rainbow

Dr Joakim VALÉRO

Médecin nutritionniste gériatre

Dr Mariam GODDE

Vétérinaire Ostéopathe

Dr Joël CREVOISIER

Médecin chef et coordinateur des MCA en SSR néphrologie – Groupe MGEN

Audrey DECOTTIGNIES

Docteur en pharmacie, responsable médicale UTEP

Dr Sandrine VAN EUNEN

Médecin généraliste, SRR du 84 – Groupe Ugecam

Audrey BOCHATON

Maître de conférences géographie de la santé – Université de Nanterre

Léa LIM

Responsable du RSE, groupe de santé

Christine CHALUT-NATAL MORIN

Sage-femme et Vice-présidente du Collège National des Sages-Femmes de France

Sophie LESPINASSE

Infirmière en santé mentale et zoothérapeute

Alexandra DANGUIRAL

Infirmière et coordinatrice des MCA – Hôpital St Joseph Marseille

Sarah CIESLAK

Psychologue du travail

Nicole SENEGAS

Psychologue du travail, des organisations et du personnel.

Chantal ZÉDET SAUNDERS

Psychologue – MA in Clinical Psychology – Antioch University États-Unis

Delphine TRABER

Docteur en psychologie

Mégane PASQUIER

Chercheur en sciences biomédicales et chiropracteur

Thomas GOTTIN

Docteur en anthropologie – Université Montréal

Clothilde DUBRAY-VAUTRIN

Docteur en sociologie et Déléguée régionale – FHP Rouen

Anne-Marie BENOIT

Juriste et ingénieur de recherche – CNRS Grenoble

Nicolas JAUD

Infirmier, Musicothérapeute

Gaëtan JEUDY

Enseignant en Activité Physique Adaptée

Benjamin GENIAUX

Enseignant en Activité Physique Adaptée

PÔLE INFORMATION

Guilhem JOCTEUR

Docteur en pharmacie – praticien et formateur en aromathérapie

Dr Stéphanie TRAGER

Médecin oncologue, membre du CA de l'AFSOS

Dr Christelle BESNARD-CHARVET

Médecin gynécologue-obstétricienne, Présidente du Centre Ressource Lyon

Dr Juliette HAZART

Médecin addictologue et nutritionniste

Juliette VIATTE

Patiente et Rédactrice en chef Géroscopie

Michel LE TAILLANTER

Docteur en neurosciences, ancien rédacteur en chef Quotidien du médecin

Salomé DAHAN

Chargée de mission promotion de la santé – ARS

Philippe BORDIEU

Formateur en Gériatrie, Vice-Président Association Française des Infirmiers et Étudiants

Sébastien PICHENOT

Docteur en Pharmacie et Instructeur de méditation pleine conscience

Jerôme VANDEKERKHOVE

Cadre de rééducation et kinésithérapeute Korian et hypnotérapeute

Evelyne MALAQUIN-PAVAN

Cadre de Santé, Spécialiste clinique AP-HP, ancienne Présidente du Conseil

Brigitte GARBI

Cadre infirmière Hôpital Necker AP-HP, Chargée de missions FSMR

Isabelle EL KHIARI

Infirmière – Hôpitaux Dupuytren et Georges-Clemenceau AP-HP

Fanny QUIRET

Infirmière – Sophrologue

Maël GRAND

Encadrant Département d'Information Médicale Centre Hospitalier-Réunion

COMMISSION CITOYENNE

Benoît CHASSAING

Consultant/Formateur en santé durable, Expert en Neurosciences – Rapporteur de la commission Citoyenne

Amélie ETIENNE-GARABEDIAN

Réflexologue, Coordinatrice APMP – Ligue contre le cancer

Jean-Louis MARTREUX

Directeur Hôpital St Jean. Enseignement – Insec U

Vincent ROZELIER

Responsable Unité de Soins, Infirmier

Carole DECHAMPS

Déléguée Territoriale IDF, Groupe MGEN

Yasmina ABDELJEBAR

Administration Centre de Recherche

Bernard DENIS

Président Union Francophone des Patients Partenaires

CONTRIBUTEURS EXPERTS EXTERNES

Pr DAVID SPIEGEL – Médecin psychiatre

Université de Stanford, États-Unis

Dr K M PRAPHULLACHANDRA SHARMA – Chef de mission

Ambassade de l'Inde en France et à Monaco

Nelly TCHEUFFA – Directrice Croix Rouge

Filière personnes âgées et domicile (PADOM)

Pr Frédéric BIZARD – Économiste de la santé

ESCP Business School

Nora MACHURÉ – Provisseur

Lycée Pierre-Gilles de Gennes (ENCPB)

Marie-Caroline DOUCERÉ – Conseillère de Paris

Déléguée à la ville associative (15e) au CICA* et à l'ESS*

Benjamin RASPAIL – Directeur et cofondateur

HappyVisio

Dr Daniel SCIMECA – Médecin généraliste

Expert en homéopathie et pratiques complémentaires

PRATICIENS EXPERTS A-MCA (3/3)

COLLÉGIALE A-MCA

RESPONSABLES

Alice WARUSFEL

Responsable formation et actions santé durable, A-MCA

Elisabeth BRETON

Réflexologue et présidente de l'association ARRNCPC & de la Fédération de Réflexologie F.F.P.E.R

MEMBRES

- Représentants d'organisations praticiens

Pr Jean-Pierre KLEIN

Médecin psychiatre, art-thérapeute et Président de l'INECAT

Julien GRIGNON

Enseignant sportif et conseiller national Fédération Sports pour tous

Philippe LE MENTEC

Ostéopathe et conseiller national Ostéopathes de France

Jean-Michel RICARD

Président de Siel Bleu

Eric GIMBERT

Président Syndicat de Réflexologie C.S.R & Fédération F.I.R.M.A

Elise MANZONI

Présidente Fédération de Réflexologie F.F.R

Maud LARGIER

Socio esthéticienne et Présidente FNSE

Audrey YARGUI

Présidente Association française de chiropraxie

Anne ALMQVIST

Directrice Ecole Supérieure de Sophrologie Appliquée ESSA

- Praticiens

Marie Aude GOU

Sophrologue certifiée RNCP

Alexandra LEMERCIER

Réflexologue certifiée RNCP

Amélie ETIENNE-GARABEDIAN

Réflexologue, Coordinatrice APMP

Amélie THIBIERGE

Art-thérapeute et médiateur artistique certifiée RNCP

Angélique THILLAYE

Réflexologue certifiée RNCP

Antoine DE THELIN

Sophrologue et coach professionnel certifié RNCP

Marine LEBOURGEOIS

Réflexologue certifiée RNCP

Nathalie THOULY

Réflexologue du réseau ARNCP certifiée RNCP

Philippe FLEURIAU

Chiropracteur et ancien Président de l'A.F.C

PRATICIENS INTERNES A-MCA

Alexandra LEMERCIER

Réflexologue certifiée RNCP

AI BRIZARD

Réflexologue certifiée RNCP

Blandine BERTRAND

Infirmière et Sophrologue certifiée RNCP

Camille DE BOUSCUILLE

Art Thérapeute certifié RNCP

Caroline BENKÖ

Sophrologue et Réflexologue certifiée RNCP

Caroline SANCHEZ

Réflexologue certifiée RNCP

Céline MAILLOT

Sophrologue certifié RNCP

Claire LIZON

Sophrologue certifiée RNCP

Corine TALEC

Sophrologue certifié RNCP

David BALESE

Infirmier et hypnothérapeute - DU

Elodie CREUSE

Sophrologue certifiée RNCP

Irène DURAND

Réflexologue certifiée RNCP

Isabelle MINETTE LHÉRAULT

Sophrologue certifiée RNCP

Isabelle PIONIN

Réflexologue certifiée RNCP

Laure BATHOL

Art Thérapeute certifiée RNCP

Laurence HUBERT

Docteur en pharmacie, sophrologue certifiée RNCP

Magali MARCHET

Infirmière, praticienne Shiatsu certifiée RNCP

Marine LEBOURGEOIS

Réflexologue certifié RNCP

Monique BOUILLOUX

Sophrologue certifiée RNCP

Stéphane ARNOUX

Médiateur artistique/Art Thérapeute certifié RNCP

Solange AVEL

Art Thérapeute certifiée RNCP

Soline WALTER

Sophrologue certifiée RNCP

Valérie MARCHEIX

Aide soignante et Relaxologue

Fin 2023 : Le réseau praticien A-MCA est composé de 100 praticiens hautement qualifiés

DIRIGEANTS ET CONSEILLERS A-MCA

Véronique SUISSA

Docteur en psychologie
Co-fondatrice et Directrice Générale A-MCA

Dr Philippe DENORMANDIE

Médecin chirurgien
Cofondateur et conseiller A-MCA

Pr Serge GUÉRIN

Sociologue
Co fondateur et Président d'honneur A-MCA

Dr Adrian CHABOCHE

Médecin Généraliste et hypnothérapeute
Président AMCA

Benoît PÉRICART

Ancien Directeur d'ARS
Conseiller A-MCA

Jérôme BRUNEL

Ancien Directeur Général Crédit Agricole
Conseiller A-MCA

NOUS CONTACTER

A-MCA



Agence des Médecines
Complémentaires Adaptées

RC-MCA



Réseau Citoyen des Médecines
Complémentaires Adaptées



En savoir plus sur l'A-MCA

contact@agencemca.fr

www.agencemca.fr