

UNIVERSITÉ DE NANTES
UNITÉ DE FORMATION ET DE RECHERCHE D'ODONTOLOGIE

Année

N° 3777

**MÉDECINES INTÉGRATIVES : RÈGLEMENTATIONS,
PRATIQUE ET ENSEIGNEMENT EN EUROPE.
INTÉRÊTS EN ODONTOLOGIE ET MÉDECINE
BUCCO-DENTAIRE**

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE
DOCTEUR EN CHIRURGIE-DENTAIRE

*présentée
et soutenue publiquement par*

FAVOT Marie-Laure

le 4 janvier 2022 devant le jury ci-dessous

Président : M. le Professeur Laurent LE GUEHENNEC

Assesseur : M. le Professeur Julien NIZARD

Assesseur : M. le Docteur Gilles AMADOR DEL VALLE

Assesseur : Mme le Docteur Fabienne JORDANA

Directeur de thèse : Mme le Docteur Bénédicte ENKEL

UNIVERSITE DE NANTES	
<u>Président</u> Pr BERNAULT Carine	
FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE	
<u>Doyen</u> Pr SOUEIDAN Assem	
<u>Assesseurs</u> Dr GAUDIN Alexis Pr LE GUEHENNEC Laurent Pr LESCLOUS Philippe	
PROFESSEURS DES UNIVERSITES PRATICIENS HOSPITALIERS DES C.S.E.R.D.	
Mme ALLIOT-LICHT Brigitte M. AMOURIQ Yves Mme CHAUX Anne-Gaëlle M. LABOUX Olivier	Mme LOPEZ Serena Mme PEREZ Fabienne M. WEISS Pierre
PROFESSEURS DES UNIVERSITES	
M. BOULER Jean-Michel	
MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES	
Mme VINATIER Claire	
PROFESSEURS EMERITES	
M. GIUMELLI Bernard	M. JEAN Alain
ENSEIGNANTS ASSOCIES	
M. GUIHARD Pierre (Professeur Associé)	M. BANDIAKY Octave (Assistant Associé)
Mme LOLAH Aoula (Assistant Associé)	
MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES PRATICIENS HOSPITALIERS DES C.S.E.R.D.	ASSISTANTS HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES DES C.S.E.R.D.
M. AMADOR DEL VALLE Gilles Mme ARMENGOL Valérie Mme BLERY Pauline M. BODIC François Mme CLOITRE Alexandra Mme DAJEAN-TRUDAUD Sylvie M. DENIS Frédéric Mme ENKEL Bénédicte M. HOORNAERT Alain Mme HOUCHMAND-CUNY Madline Mme JORDANA Fabienne M. LE BARS Pierre M. NIVET Marc-Henri M. PRUD'HOMME Tony Mme RENARD Emmanuelle M. RENAUDIN Stéphane M. STRUILLOU Xavier M. VERNER Christian	M. ALLIOT Charles Mme ARRONDEAU Mathilde Mme CLOUET Roselyne M. EVRARD Lucas M. GUIAS Charles M. GUILLEMIN Maxime Mme HASCOET Emilie Mme HEMMING Cécile M. HIBON Charles M. KERIBIN Pierre Mme OYALLON Mathilde Mme QUINSAT Victoire Eugenie M. REMAUD Matthieu M. RETHORE Gildas M. SERISIER Samuel Mme TISSERAND Lise
PRATICIENS HOSPITALIERS	
Mme DUPAS Cécile	Mme HYON Isabelle

Par délibération, en date du 6 décembre 1972, le Conseil de la
Faculté de Chirurgie Dentaire a arrêté que les opinions émises
dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être
considérées comme propres à leurs auteurs et qu'il n'entend leur
donner aucune approbation, ni improbation

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Laurent LE GUEHENNEC,

Professeur des Universités - Praticien Hospitalier des Centres de Soins d'Enseignement et de Recherche Dentaires

Docteur de l'Université de Nantes

Habilité à Diriger les Recherches

Chef du Département de Prothèses - NANTES

Vous avez accepté de présider mon jury de thèse, soyez-en ici remercié.

A Monsieur le Professeur Julien NIZARD,

Professeur des Universités - Praticien Hospitalier

Docteur en Sciences

Habilitation à Diriger les Recherches

Chef du centre fédératif douleur, soins palliatifs et de support, éthique clinique – NANTES

Votre expertise dans le domaine des médecines complémentaires donne tout son sens à votre présence au sein de mon jury de thèse, recevez l'expression de toute ma gratitude.

A Madame le Docteur Fabienne JORDANA,

Maître de Conférences des Universités - Praticien Hospitalier des Centres de Soins
d'Enseignement et de Recherche Dentaires

Docteur de l'Université de Bordeaux

Habilité à Diriger les Recherches

Département de Sciences Anatomiques et Physiologiques, Occlusodontiques, Biomatériaux,
Biophysique, Radiologie. - NANTES

Vous avez accepté de participer à mon jury de thèse, je vous en remercie sincèrement.

A Monsieur le Docteur Gilles AMADOR DEL VALLE,

Maître de Conférences des Universités - Praticien Hospitalier des Centres de Soins d'Enseignement et de Recherche Dentaires

Docteur de l'Université de Nantes

Habilité à Diriger les Recherches

Chef du Département de Prévention - Epidémiologie - Economie de la Santé

Odontologie Légale – NANTES

Votre présence à mon jury de thèse m'honore, acceptez mes remerciements.

A Madame le Docteur Bénédicte ENKEL,

Maître de Conférences des Universités - Praticien Hospitalier des Centres de Soins
d'Enseignement et de Recherche Dentaires

Docteur de l'Université de Nantes

Ancien Interne des Hôpitaux de Nantes

Département d'Odontologie Conservatrice – Endodontie - NANTES

Je vous remercie d'avoir accepté de m'encadrer dans ce travail. Votre soutien, ainsi que vos pistes et conseils ont été précieux.

TABLE DES MATIÈRES

I.	Introduction	14
II.	Médecine complémentaire et intégrative : définitions et classifications.....	15
1.	Evolution sociétale, une nouvelle culture du soin	15
2.	Définitions.....	16
a)	Définition de l’OMS	16
b)	Définition de la Cochrane collaboration	17
c)	Définition du NCCIH.....	17
d)	Définition du projet <i>Cambrella</i>	18
e)	Définition de L’ESIM et du CUMIC	18
f)	Plateforme universitaire Collaborative d’Evaluation des programmes de Prévention santé et des Soins de support (CEPS) et définition des Interventions Non Médicamenteuses (INM)	21
g)	Définition de la santé intégrative	22
3.	Quelles sont les pratiques concernées ?	23
a)	Classifications	23
b)	Présentation de quelques-unes de ces approches	29
III.	Statut légal et Réglementation.....	33
1.	Positionnements français et européen	33
2.	Les différents modèles d’offre de soin en Europe – professionnels concernés.....	37
a)	Les différents modèles d’offre de soin en Europe	37
b)	Profils des praticiens de médecine non conventionnelle en Europe	39
3.	Dans quels pays les lois font-elles mention d’une législation spécifique aux médecines complémentaires ?	41
4.	Exemple historique suisse	46
a)	Du déremboursement à la ré-inclusion des pratiques complémentaires	46

b)	Les instances de médecine complémentaire et intégrative en Suisse	47
IV.	Les enjeux d'une harmonisation du cadre réglementaire	49
1.	Sécurité et compréhension du risque dans les soins de santé transfrontaliers.....	49
2.	Désir d'harmonisation à l'échelle globale.....	52
3.	Tentative d'harmonisation à l'échelle européenne	54
4.	Réticence française.....	56
V.	Disparités de la pratique clinique en Europe.....	58
1.	Acupuncture	58
2.	Ostéopathie.....	61
3.	Chiropratique.....	63
4.	Homéopathie	65
5.	Naturopathie	68
6.	Phytothérapie.....	69
7.	Thérapie neurale	71
8.	Médecine Anthroposophique.....	73
VI.	Enseignement	76
1.	Le cas de l'Allemagne avec le diplôme de Heilpraktikers	77
2.	Hypnose en France	77
3.	Acupuncture	80
a)	En France	80
b)	En Europe.....	81
4.	Ostéopathie.....	82
a)	En France	82
b)	En Europe.....	83
5.	Médecine anthroposophique.....	84
a)	En France	84
b)	En Europe.....	85

VII. Le chirurgien-dentiste et la médecine intégrative	86
1. Cadre réglementaire du Chirurgien-Dentiste	86
2. Quelles pratiques complémentaires et alternatives pour le chirurgien-dentiste en France ? 87	
a) Hypnose	88
b) Acupuncture	88
c) Phytothérapie et Aromathérapie	89
d) Homéopathie	89
e) Ostéopathie	90
3. Quels sont les intérêts recherchés de ces pratiques en odontologie et médecine bucco- dentaire ?	91
a) Intérêts généraux d'une médecine intégrative	91
b) Exemples d'intérêts particuliers, d'indications et de pistes d'utilisation évoquées en odontologie pour les différentes pratiques	93
VIII. Conclusion.....	98
IX. Bibliographie	100
X. LISTE DES ILLUSTRATIONS	111
XI. LISTE DES TABLEAUX	112

Abbréviations

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

UNESCO : United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization

ECPM : European Council of doctors for Plurality of Medecine

MCA : Médecine Complémentaire et Alternative

NIH : National Institute of Health

NCCIH : National Center for Complementary and Integrative Health

ESIM : European Society of Integrative Medicine

CUMIC : Collège Universitaire de Médecine Intégrative et thérapies Complémentaires

Plateforme CEPS : Plateforme universitaire Collaborative d’Evaluation des programmes de
Prévention santé et des Soins de support

INM : Interventions Non Médicamenteuses

HAS : Haute Autorité de Santé

INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

SOFEC : Société Franco-Européenne de Chiropratique

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

NAFKAM : Norway’s National Research Center in Complementary and Alternative Medicine

DIU : Diplôme Inter-Universitaire

DU : Diplôme Universitaire

DESU : Diplôme d’Etudes Supérieures Universitaires

ONCD : Ordre National des Chirurgiens-Dentistes

ARS : Agence Régionale de Santé

EMR : Empirical Medicine Register

ASCA : Swiss Foundation for Complementary Medicine

CHU : Centres Hospitalo-Universitaires

FMH : Fédération des Médecins Suisses

CEMIC : Centre de Médecine Intégrative et Complémentaire

WCPT : World Confederation of Physical Therapy

EPA : Europ Physiotherapy Association

CEN : Comité Européen de Normalisation

PNCS : Pratiques de soins Non Conventionnelles en Santé

DGCCRF : Direction générale de la Concurrence, de la Consommation et de la Répression des Fraudes

CFHTB : Confédération Francophone d'Hypnose et des Thérapies Brèves

CHCT : Certificat d'Hypnose Clinique et Thérapeutique

CA : Conseil d'Administration

FAFORMEC : Fédération des Acupuncteurs pour leur Formation Médicale Continue

CFA-MTC : Collège Français d'Acupuncture et de Médecine Traditionnelle Chinoise

SNMAF : Syndicat National des Médecins Acupuncteurs de France

CEFAM : Collège des Enseignants Francophone d'Acupuncture Médicale

AFO : Association Française d'Ostéopathie

AREMA : Association pour la Recherche et l'Enseignement en Médecine Anthroposophique

IFEMA : Institut de Formation en Médecine Anthroposophique

IVAA : Association Internationale de Médecine Anthroposophique

IFH : Institut Français d'Hypnose

I. Introduction

Historiquement, la tendance était à l'opposition entre médecine conventionnelle et médecines dites complémentaires. Mais avec l'évolution de nos sociétés contemporaines, la protocolisation des soins de santé montre certaines limites, entraînant un regain d'intérêt pour une palette thérapeutique plus large, des soins plus individualisés et moins standardisés, une médecine plus centrée sur la personne. C'est ce que promet la médecine intégrative en incluant, entre autres, les thérapies complémentaires dans l'arsenal thérapeutique des médecins et chirurgiens-dentistes de demain.

L'OMS, dans sa définition même de la santé, prône une vision intégrative, ne la définissant pas simplement par l'absence de maladie ou de handicap, mais comme un état de bien-être physique, mental et social. Cette définition implique une évaluation individuelle de sa propre santé. Il convient alors de reconsidérer la place du malade en repositionnant ce dernier, plutôt que la maladie, au centre de la prise en charge. Pourtant, nos systèmes de soins sont encore trop endigués dans le paradigme de la médecine « cartésienne » qui attribue un traitement à une maladie ou une dysfonction.

II. Médecine complémentaire et intégrative : définitions et classifications

1. Evolution sociétale, une nouvelle culture du soin

Les médecines complémentaires et intégratives concentrent un intérêt croissant en Europe. La commission européenne estime à environ 100 millions d'euros le budget des consommateurs de médecines complémentaires (1).

D'après l'ECPM (*European Council of doctors for Plurality of Medicine*), en 2011 déjà, environ 65% de la population aurait déjà eu recours à ce genre de pratique. Mais leur prévalence reste particulièrement difficile à évaluer en Europe, avec une sous-estimation certaine.

Les raisons de cet attrait sont diverses. Un des arguments souvent avancé est l'échec des techniques de médecine conventionnelle face à certains symptômes. Un autre argument avancé est celui dit de « technique d'évitement de prise de médicaments » (2).

De plus en plus, on se rend compte que des patients chroniques qui se retrouvent dans une impasse thérapeutique font le choix de se tourner vers les médecines complémentaires (3).

Parfois encore, certains patients se tournent vers cette option qui leur semble plus en adéquation avec les maladies mentales, alors qu'ils vont privilégier la médecine conventionnelle pour leurs problèmes somatiques (4).

De manière globale, le pluralisme médical est une tendance grandissante et bien accueillie, qu'il s'agisse de maux mentaux ou somatiques (5).

La plupart des patients se tournent vers ces thérapies de leur propre initiative. Mais est-ce au patient de choisir seul cette option ? Ne pourrait-on envisager un choix orienté et accompagné par le corps médical ?

Lorsqu'il s'agit d'obtenir des conseils en matière de Médecine Complémentaire et Alternative (MCA), dans certains pays comme l'Irlande, Israël, la Norvège, la Turquie et le Royaume-Uni, les citoyens se tourneraient davantage vers les conseils de leur cercle social et familial plutôt que celui des professionnels.

L'influence des réseaux sociaux est considérée comme un élément important de l'utilisation des médecines complémentaires, notamment au niveau du partage d'expérience.

Dans les professions biomédicales et chez des étudiants en santé, l'attitude adoptée envers ces thérapies serait davantage basée sur l'expérience personnelle que sur les connaissances relatives à leur formation (1).

Mais avant de se poser la question du cadre réglementaire et professionnel de ces pratiques non conventionnelles, il semble primordial de les définir et de distinguer celles qui relèvent du soin et de la santé, de celles qui constituent des dérives sectaires.

2. Définitions

a) Définition de l'OMS

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) parle de médecine traditionnelle comme de la somme des connaissances, compétences et pratiques, reposant sur les théories, croyances et expériences propres à différentes cultures, qu'elles soient explicables ou non, et qui sont utilisées dans la préservation de la santé, ainsi que dans la prévention, le diagnostic, l'amélioration ou le traitement de maladies physiques ou mentales. La médecine traditionnelle couvre une large variété de thérapies et pratiques variant entre pays et régions. Elle peut être le mode principal de prestation de soins de santé, ou à l'inverse un pan sous-estimé de ceux-ci (6).

Les termes médecine complémentaire ou médecine alternative font référence à un vaste ensemble de pratiques de santé qui ne font pas partie de la tradition ni de la médecine conventionnelle du pays et ne sont pas pleinement intégrées à son système de santé prédominant. Dans certains pays, ils sont utilisés de manière interchangeable avec le terme médecine traditionnelle (6).

L'OMS reconnaît que ces pratiques ont beaucoup apporté à la santé humaine et participent à la réalisation de l'objectif d'un accès aux soins universel.

L'OMS s'est fixé deux grands objectifs ; à la fois (1°) épauler les Etats membres qui cherchent à mettre à profit la contribution de la médecine traditionnelle à la santé et au bien-être, et (2°) favoriser un usage sûr et efficace au moyen d'une réglementation des produits, des pratiques et des praticiens. La stratégie mondiale vise à favoriser une intégration, une réglementation et une supervision adéquates permettant aux Etats d'adopter une approche cohésive et intégrative des soins de santé.

b) Définition de la Cochrane collaboration

Selon la Cochrane collaboration, les médecines complémentaires et alternatives regroupent un ensemble de systèmes, moyens et pratiques curatifs autres que ceux qui sont dominants dans une culture ou une société à un instant donné. Cet ensemble inclut toutes les idées et pratiques permettant de prévenir, de traiter les maladies ou d'améliorer la santé et le bien-être. Les frontières entre le domaine des médecines alternatives et complémentaires et les systèmes dominants ne sont pas toujours nettes et arrêtées.

c) Définition du NCCIH

Le Centre national américain de médecine complémentaire et intégrative (NCCIH) - anciennement centre national de médecine complémentaire et alternative (NCCAM) et renommé en 2014 - est un centre appartenant au *National Institute of Health* (NIH) américain. Il a pour mission « de définir, par le biais d'une enquête scientifique rigoureuse, l'utilité et la sécurité des interventions de médecine complémentaire et parallèle et leur rôle dans l'amélioration de la santé et des soins de santé » (7).

Il définit les médecines complémentaires comme étant un regroupement de divers systèmes de santé comportant des pratiques et produits qui ne sont généralement pas considérés comme de la médecine conventionnelle, également appelée médecine allopathique. Or, une des difficultés majeures du concept de MCA réside dans le fait qu'actuellement, ce qui relève ou non d'une médecine conventionnelle n'est pas clairement déterminé.

d) Définition du projet *Cambrella*

A l'échelle européenne, le projet *Cambrella* (2012) définit les MCA comme le regroupement d'une grande diversité de systèmes thérapeutiques et de traitements médicaux reposant sur les connaissances, compétences et pratiques dérivés de théories, philosophies et expériences utilisés pour préserver et améliorer la santé, ainsi que pour la prévention, le diagnostic, le soulagement ou le traitement des maladies physiques ou psychiques (3).

Si ces thérapies ont été jusqu'à présent majoritairement utilisées en dehors du cadre conventionnel, certains pays ont intégré des types de traitement particuliers dans leur système de santé publique, ou les ont adaptés à ce dernier. La frontière entre médecine conventionnelle et non conventionnelle s'en retrouve d'autant plus floutée. D'autant que la législation et la reconnaissance de ces pratiques sont diverses et variées suivant les pays.

Le projet *Cambrella* est un réseau de recherche pan européen sur les médecines complémentaires, fondé par le 7^e programme pour le développement de la recherche et des technologies de la Commission Européenne (FP7). Il regroupe 16 organisations scientifiques de 12 pays européens. Le Centre national de recherche en médecine complémentaire et alternative (NAFKAM) est le responsable du travail sur les réglementations et statuts légaux.

e) Définition de L'ESIM et du CUMIC

L'Association Européenne de Médecine Intégrative (ESIM) coorganise des congrès européens de médecine intégrative. En 2019 a eu lieu la 12^e édition à Barcelone. Lors de ce congrès, et donc encore en 2019, l'ESIM faisait part du manque de clarté dans les définitions (8).

La France adhère à la stratégie de l'OMS et le Collège Universitaire de Médecine Intégrative et thérapies Complémentaires (CUMIC) a été créé en 2017 pour être l'interlocuteur des instances universitaires, des pouvoirs publics, des organismes représentatifs des professions de santé et des associations d'usagers et de patients. Il regroupe des universitaires et des responsables d'enseignement de plusieurs disciplines concernées au sein d'une association placée sous l'égide de l'Association Pédagogique Nationale pour l'Enseignement de la Thérapeutique (APNET) (9).

Le terme de médecine intégrative est privilégié car cette médecine ne se veut nullement alternative de quoi que ce soit. La médecine intégrative n'est pas considérée comme une alternative, mais comme une extension de la médecine conventionnelle. Son objectif fondamental est d'améliorer les soins de santé en élargissant la compréhension du corps humain et la coopération entre les différents professionnels de santé, dans un souci de soin centré sur le patient, son information et son consentement éclairé.

La médecine intégrative peut donc se définir comme l'association des médecines conventionnelles et complémentaires, avec une vision pluridisciplinaire centrée sur le patient. Il s'agit de s'adapter à l'évolution des populations, à leur vieillissement, à la substitution des maladies aiguës par les maladies chroniques. La méthode intégrative repose sur l'idée que les maladies chroniques se produisent suite à un changement dans l'équilibre physiologique, biologique et psycho-émotionnel des patients. Et que seule une prise en charge multidisciplinaire peut prétendre répondre à un problème multifactoriel comme l'est la maladie. La médecine intégrative prône la « vision globale » du patient, qui ne se réduit pas à une maladie ou à une dysfonction, mais qui constitue un être humain singulier avec son histoire, ses peurs, ses émotions, son système immunitaire (...) et vivant en complémentarité et en synergie dans la maladie comme dans la santé. Elle cherche ainsi moins à guérir une maladie, qu'une personne. De nos jours, la protocolisation excessive des soins de santé a tendance à occulter la singularité des individus. Et bien que la chirurgie, les médicaments et la spécialisation permettent une approche protocolaire, l'utilisation au long cours des médicaments démontrent de plus en plus de limites pour traiter les affections chroniques.

Par ailleurs, et pour répondre à un souci d'écologie et de développement durable, la médecine actuelle se veut plus respectueuse de la planète et du bien-être des personnes, en proposant une orientation vers une médecine durable. Elle offre donc une réflexion autour d'une issue face aux préoccupations liées à la surconsommation médicamenteuse ; antibiorésistance, iatrogénie médicamenteuse...

Ainsi, la médecine intégrative consiste à faire évoluer le modèle de soin qui s'est construit autour du traitement des affections aiguës vers un modèle de soin plus humaniste, avec un regain d'intérêt pour les savoirs ancestraux, afin de mieux adapter à chacun les stratégies thérapeutiques actuelles essentiellement centrées sur la physiopathologie et la technologie médicale. La prise en charge intégrative consiste à considérer tous les aspects de la vie du patient et à créer un partenariat solide, afin de proposer des thérapeutiques répondant au mieux aux besoins et au style de vie de celui-ci. Cette prise en charge est à la fois issue de la médecine conventionnelle et non conventionnelle, en priorisant les interventions thérapeutiques les moins invasives et coûteuses pour des bénéfices égaux. La diététique, le sport, les pratiques psychocorporelles (...) sont devenues les alliées de notre médecine scientifique conventionnelle.

f) Plateforme universitaire Collaborative d'Evaluation des programmes de Prévention santé et des Soins de support (CEPS) et définition des Interventions Non Médicamenteuses (INM)

Par ailleurs, le Pr Gregory Ninot et ses collaborateurs se sont penchés depuis plusieurs années sur l'étude et l'évaluation des Interventions Non Médicamenteuses (INM). En 2011, ils créent la Plateforme universitaire Collaborative d'Evaluation des programmes de Prévention santé et des Soins de support (Plateforme CEPS), qui contribue à définir les INM, à développer la recherche et à proposer un consensus en ce qui concerne les bonnes pratiques d'évaluation, à la fois sur le plan national et international (*Figure 1*) (10).

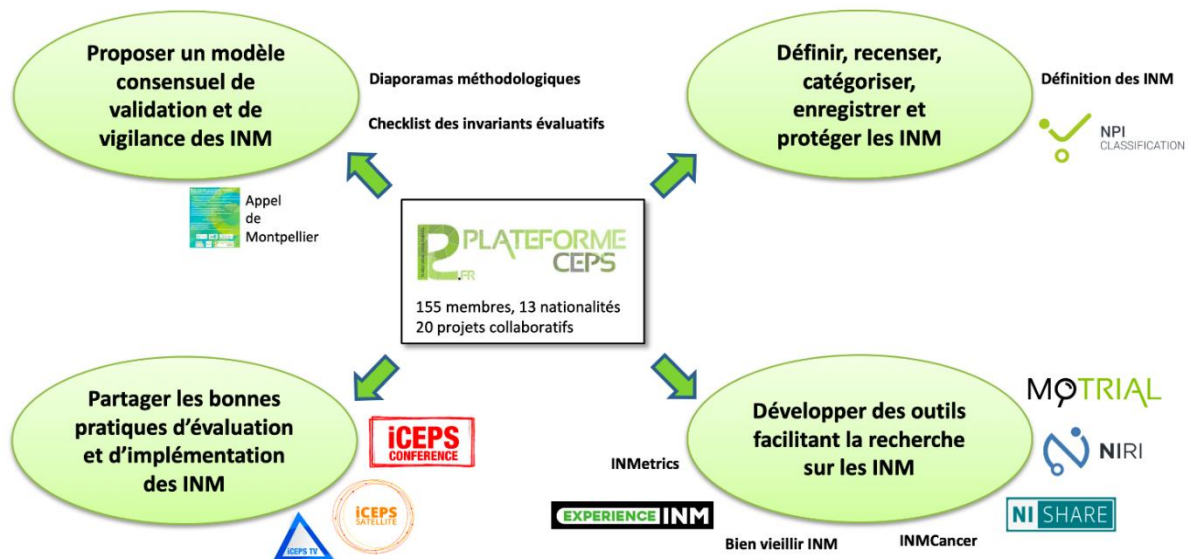


Figure 1. Objectifs et activités de la Plateforme universitaire collaborative CEPS

En 2020, une définition de ces pratiques non invasives a été établie ; les INM se fondent sur la science et la démarche qualité, ce qui n'est pas forcément le cas de toutes les pratiques complémentaires ou alternatives. Une INM est « une intervention psychologique, corporelle, nutritionnelle, numérique ou élémentaire sur une personne visant à prévenir, soigner ou guérir. Elle est personnalisée et intégrée dans son parcours de vie. Elle mobilise des mécanismes biopsychosociaux connus ou hypothétiques. Elle a fait l'objet d'au moins une étude interventionnelle publiée menée selon une méthodologie reconnue ayant évalué ses bénéfices et risques » (10).

Ces interventions sont appuyées sur le plan national, encouragées par la Haute Autorité de Santé (HAS) depuis 2011, mais également sur le plan européen (*Article 168 sur la Santé Publique du traité sur le fonctionnement de l'Union européenne*) et international (*Stratégie OMS 2014-2023*).

g) Définition de la santé intégrative

Récemment, on est passé de la notion de médecine intégrative à celle de santé intégrative. Il ne s'agit plus seulement d'informer, de proposer des approches complémentaires ou un parcours de soin coordonné mêlant diverses approches, mais de permettre au patient de les assimiler, d'être autonome dans une pratique quotidienne, et de développer un véritable art de vivre pour permettre un changement durable (11). La santé intégrative reconnaît le rôle non substituable que le patient doit jouer dans le maintien de sa propre santé. Elle prône une véritable pédagogie de la santé et va chercher à réformer le mode de vie des patients, par opposition à la médecine actuelle qui a tendance à déresponsabiliser le patient face à l'expert qui détient le savoir médical. La médecine conventionnelle voit le patient comme un corps habité par une maladie, sur lequel celui-ci n'a aucun contrôle. L'idée majeure de la santé intégrative est que le patient ne soit plus seulement spectateur de sa maladie, mais qu'il se réapproprie sa santé.

3. Quelles sont les pratiques concernées ?

a) Classifications

Actuellement, l'OMS recense plus de 400 pratiques complémentaires et alternatives, et la liste ne fait que s'allonger. Devant la diversité des pratiques, les comités des différents pays ont tenté d'établir une classification. Une multiplicité de classifications de référence a ainsi vu le jour, sans qu'aucune ne donne entière satisfaction.

De fait, les tentatives de classification sont nombreuses, chacune incluant ou non certaines MCA selon des spécificités typologiques.

Les MCA sont alors parfois classées en fonction du mode d'administration (Manheimer, 2008), de la modalité principale d'utilisation (Rosenthal, 2000), de leur nature (Inserm ; NCCAM, 2015 ; Stone, 2000), des concepts théoriques auxquels elles sont rattachées (Schraub, 2007) ou encore de leurs méthodes déviantes (MIVILUDÉS, 2010) (12).

- **La classification américaine du NCCIH (2015) est la plus utilisée. Elle répertorie les MCA en cinq catégories en fonction de leur nature :**
 - Systèmes médicaux parallèles ; systèmes complets avec fondements théoriques et pratiques (homéopathie, médecine anthroposophique, médecine traditionnelle chinoise, ...)
 - Approches corps-esprit (hypnose, biofeedback, thérapies cognitivo-comportementales, ...)
 - Traitements à fondements biologiques ; utilisation de substances naturelles (phytothérapie, aromathérapie, ...)
 - Systèmes axés sur le corps et la manipulation (ostéopathie, chiropratique, ...)
 - Traitements énergétiques (Reiki, Qi Gong, ...)
- **Manheimer (2008) propose, quant à lui, une classification dans laquelle il distingue trois catégories en fonction du mode d'administration :**
 - Auto-administration (plantes, compléments alimentaires, méditation, ...)
 - Administration par un tiers praticien (acupuncture, réflexologie, ostéopathie, ...)
 - Auto-administration avec supervision périodique (yoga, biofeedback, ...)

- **En France, Schraub S. propose une classification des médecines non conventionnelles en fonction des concepts fondateurs (2007).**

- **La classification de Rosenthal D.S. et Schraub S. (2000) propose une nomenclature en fonction des modalités principales d'utilisation.**
 Celle-ci distingue les utilisations complémentaires des utilisations alternatives, ou bien de celles pouvant être conjointement utilisées en complément ou en substitution des traitements curatifs.

- **La classification de l'Inserm se base sur la nature des pratiques et distingue 5 catégories :**
 - Méthodes fondées sur les produits naturels (phytothérapie, aromathérapie, ...)
 - Techniques axées sur la manipulation (ostéopathie, chiropraxie, ...)
 - Thérapies du corps et de l'esprit (hypnose, méditation, relaxation, biofeedback, sophrologie, ...)
 - Approches complètes reposant sur des bases théoriques qui leur sont propres (acupuncture, homéopathie, ...)

- **La Mission interministérielle de vigilance et de lutte contre les dérives sectaires** (également désignée par l'acronyme **Miviludes** ou **MIVILUDES**) est un organisme d'état français, créé en 2002, qui a pour mission d'observer et d'analyser les dérives sectaires, d'informer le public sur les risques qu'elles représentent et de coordonner l'action préventive et répressive des pouvoirs publics. Différentes classifications de MIVILUDES permettent d'identifier certaines pratiques déviantes. Par exemple, la classification MIVILUDES de 2010 a répertorié 400 pratiques déviantes.

L'absence de classification de référence représente un biais méthodologique capital, en ce sens que ce qui relève ou non d'une MCA diffère en fonction des auteurs, complexifiant alors l'analyse des études dans le domaine. Par exemple, tel que le soulignent Luo Q. Et Asher G.N. (2016), les comparaisons de prévalence de recours aux MCA sont difficilement applicables, car elles dépendent directement de la définition adoptée et du référentiel utilisé (13) (12).

- En 2020 en France, un article se propose de relever le défi d'une classification et catégorisation de référence des médecines complémentaires et alternatives, à partir des différentes études et classifications nationales et internationales (*Tableau 1*). Cet article est intéressant car il révèle l'intérêt et surtout le besoin toujours actuel de clarifier les définitions (12).

ANNEXE 1 : ÉTUDES (n=62)
Sciences médicales et pharmacologiques (N=25)
Adamo, B. (2012) ; Ait M'Hammed, M. (2012) ; Bontoux et al. (2013) ; Cathebras, P. (1996) ; Derey, E. (2003) ; Dilhuydy, J.M. (2004) ; Fagon J.Y et al. (2012) ; Falissard, B. (2016) ; Flandrin, M. (2013) ; Fournier, A. et Monroy, M. (1999) ; Garillon, J.L. (2015) ; Geesen, M. (2011) ; Guivier, A. (2007) ; Lazarus, A. et al. (2007) ; Mayer-Lévy, C. (2010) ; Morandini, C. (2010) ; Moulin, M. (1990) ; Péliissier-Simard, L. et al. (2008) ; Simon, L. et al. (2005) ; Simon, L. et al. (2007) ; Träger-Maury, S. et al. (2007) ; Thiriat, F. (2012) ; Triadou, P. et al (2010) ; Vicari, F. (2012) ; Vicari, F. (2014).
Sciences humaines et sociales (N=26)
<i>Approches socio-anthropologiques (n=13)</i>
Ardiet, G. (2018) ; Barel, Y. et al. (1988) ; Bégot, A.C. (2008) ; Bégot, A.C. (2010) ; Cohen, P. et al. (2010) ; Cohen, P. et al. (2011) ; Courty, D. (2016) ; Lassonde, D.L. (2019) ; Mc Ewen, L. (2019) ; Schraub, S. (1987) ; Schraub, S. (2009) ; Schraub, S. et al. (1991) ; Schraub, S. et al. (2011)
<i>Approches psychologiques (n=13)</i>
Bacqué, M.F. (2011) ; Berghmans et al. (2009) ; Berghmans, C. et al. (2012) ; Blanchet (2016) ; Ninot et al. (2018) ; Pujol, N. (2014) ; Saillant, F. et al. (2017). ; Suissa, V. (2017) ; Suissa et al. (2016) ; Suissa, V. (2019) ; Suissa et al. (2019) ; Suissa et al. (2020) ; Tarquinio, C. (2012).
Sciences politiques et juridiques (N=11)
Dessi F. (2013) ; HAS (2011) ; Miviludes (2010a) ; Miviludes (2010b) ; Miviludes (2012a) ; Miviludes (2012b) ; OMS (2000) ; OMS (2002) ; OMS. (2013) ; Robard I. (2002) ; UNESCO (2011).
ANNEXE 2 : CLASSIFICATIONS (=9)
Classifications internationales (N=4)
Manheimer, E. et al. (2008) ; NCCAM, (2015) ; Rosenthal, D.S. et al. (2000) ; Stone, J. (2000).
Classifications nationales (n=5)
AFSOS (2012) ; Dilhuydy, J.M. (2005) ; Miviludes (2012b) ; Schraub, S. (2007) ; Fagon J.Y et al. (2012).

Tableau 1. Liste des études et des classifications sélectionnées dans l'article Médecines Complémentaires et Alternatives (MCA) : Proposition d'une définition et d'une catégorisation de références. 2020

Il réaffirme le manque de consensus touchant au processus de délimitation et de classification des pratiques. Selon l'article, les tentatives de classifications centrées sur la nature des MCA peuvent servir de repère. Mais les limites des catégories choisies apparaissent toujours floues, certaines pratiques pouvant être rattachées à l'une ou l'autre des catégories. De plus, l'étude reproche à ce type de classification l'absence de repère pour l'utilisateur quant au potentiel « thérapeutique » ou « contre-thérapeutique » des méthodes classées.

Ainsi, la classification de Rosenthal D.S. & Schraub S., en distinguant les modalités principales d'utilisation (complémentaire ou alternative), pourrait répondre à cette problématique si la distinction n'était pas si complexe à établir. En effet, une même pratique peut être utilisée de façon complémentaire par un patient et de façon exclusive par un autre, ce qui montre que le mode d'utilisation de ces méthodes non conventionnelles est moins dépendant de la pratique que de l'utilisateur. De plus, une même méthode peut être dispensée par un praticien dûment formé ou non, réduisant encore les possibles de repères relatifs à son potentiel thérapeutique ou contre thérapeutique.

C'est donc face à ce constat que Suissa et ses collaborateurs ont cherché à établir une classification basée sur des critères à la fois subjectifs (usage complémentaire ou alternatif) et objectifs (formation reconnue ou non).

Cette classification est beaucoup plus large que d'autres dans l'inclusion des pratiques, et cherche surtout à différencier les médecines complémentaires de leurs dérives et du charlatanisme (*Figure 2*).

Trois ensembles sont proposés :

- MCA acceptée (reconnaissance médicale, liberté de soins)
- MCA tolérée (indulgence médicale, liberté de croyances)
- MCA rejetée (usages alternatifs, dérives, dévoiement des libertés).

Etonnamment, presque l'entièreté des pratiques évoquées dans ce travail de recherche se retrouve dans la première catégorie. Pour les auteurs, leur reconnaissance médicale semble donc aller de soi. Pourtant, malgré leur plus ou moins grande intégration dans notre système de santé, leur reconnaissance - notamment législative - semble encore loin d'être acquise.

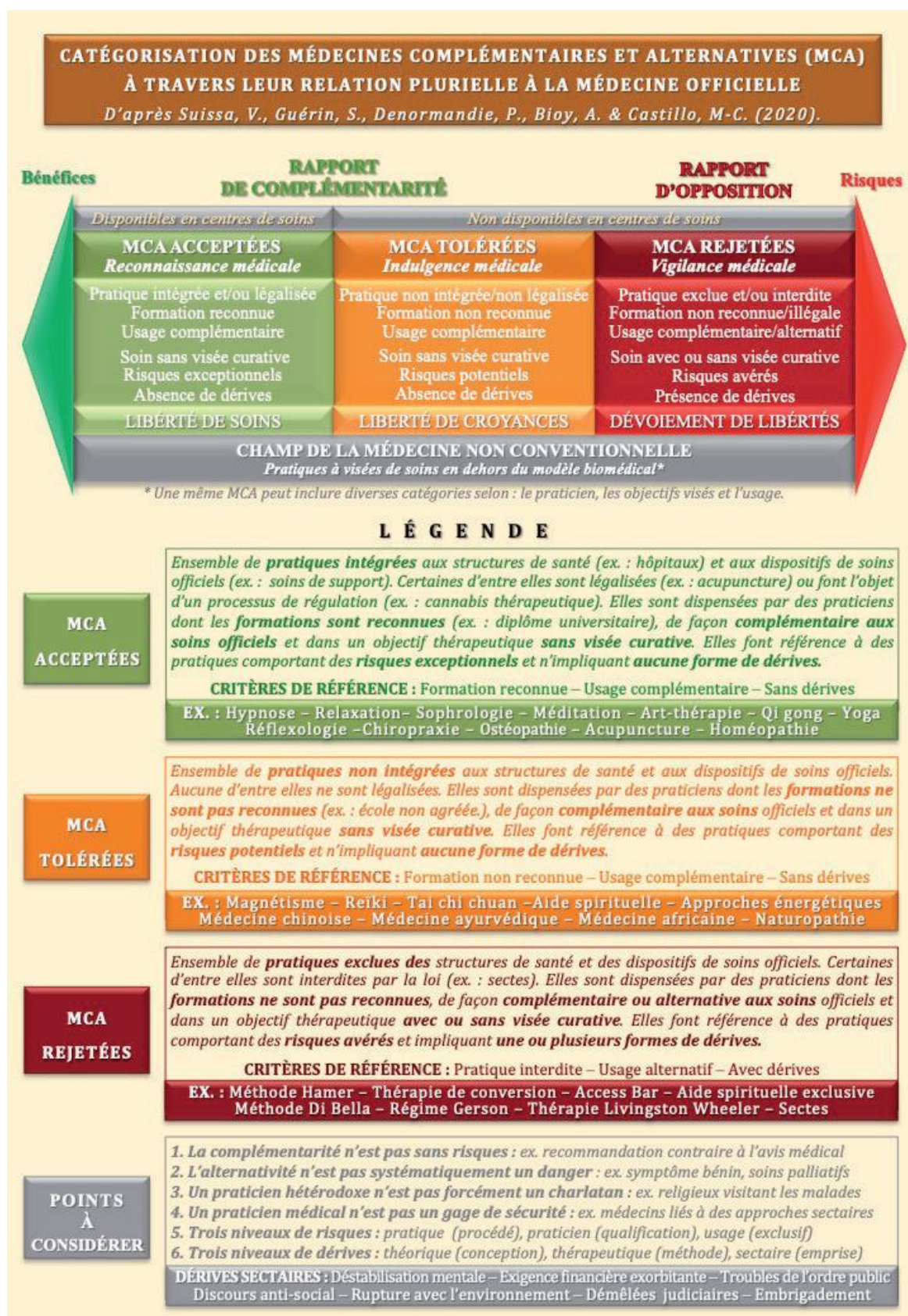


Figure 2. Classification proposée par Suissa et al. (2020)

▪ **La classification des INM de la Plateforme CEPS**

Elle distingue 20 sous-catégories d'INM réparties en 5 catégories (*Figure 3*) (10) :

- INM psychologiques
- INM physiques
- INM nutritionnelles
- INM numériques
- INM élémentaires

 Psychologiques	 Physiques	 Nutritionnelles	 Numériques	 Élémentaires
Art Thérapies	Programmes d'activité physique	Compléments alimentaires	m-Santé	Préparations minérales
Programmes d'éducation santé	Hortithérapies	Programmes nutritionnels	Thérapies par le jeu vidéo	Préparations mycologiques
Psychothérapies	Physiothérapies		Thérapies par la réalité virtuelle	Préparations botaniques
Pratiques psychocorporelles	Thérapies manuelles			Méthodes électromagnétiques
Thérapies assistées par l'animal	Programmes balnéologiques			Cosmécéutiques

Figure 3. Classification des INM (Plateforme CEPS, 2020)

b) Présentation de quelques-unes de ces approches

Le choix des pratiques définies ci-dessous est fonction de leur prévalence et de leur intégration par le plus grand nombre dans la catégorie des MCA. Ces définitions regroupent l'ensemble des pratiques étudiées tout au long de ce travail de recherche, afin d'en définir les contours.

Acupuncture : pratique inscrite au patrimoine immatériel de l'humanité par l'UNESCO le 16 novembre 2010. L'acupuncture est une technique dérivée de la Médecine Traditionnelle Chinoise. Elle désigne l'ensemble des techniques de stimulation ponctuelle, physiques ou physico-chimiques de zones précises de l'épiderme appelées points d'acupuncture, à visée thérapeutique (14).

Ces points sont disposés le long d'un système appelé méridiens.

Des études sont en cours en Allemagne, visant à mettre en lumière cette pratique grâce à nos moyens modernes, tel que dans l'étude du Dr Beissner, cherchant à vérifier le tracé des méridiens via la perception humaine de stimulation laser de points d'acupuncture dans un caisson d'isolation (15).

Le point gros intestin⁴ sur la main, lié aux douleurs dentaire (et plus généralement du massif crânio-facial) est le point d'acupuncture le plus utilisé dans le monde (15).

Traditionnellement, cette stimulation se faisait au moyen d'aiguilles, mais les nouvelles technologies se sont mises au service de l'acupuncture. L'acupuncture au laser ou encore l'électro acupuncture sont de parfaits exemples de l'utilisation des technologies au service des médecines complémentaires ancestrales.

Acupuncture au laser : les points d'acupuncture sont stimulés au moyen de rayons émis par des lasers de faible puissance.

Électro acupuncture : les points d'acupuncture sont stimulés au moyen d'aiguilles traversées par un faible courant électrique, reproduisant en quelque sorte l'effet de rotation des aiguilles, et permettant de stimuler un point sur une durée plus longue.

Neurostimulation électrique transcutanée (*Transcutaneous Electrical Nerves Stimulation* - TENS) : administration d'un courant électrique par voie transcutanée grâce à un stimulateur électrique relié à des électrodes appliquées sur la peau.

Acupuncture auriculaire (faisant partie des acupuncture de microsystemes et choisie ici car relativement souvent utilisée pour les affections crânio-faciales) : technique d'acupuncture localisée au niveau de l'oreille externe.

Les microsystèmes correspondent à des parties du corps humain cartographiant le corps humain dans son entier. Ainsi, dans le cas présent, chaque partie de l'oreille correspond à un organe du corps et la santé physique, physiologique, et émotionnelle du patient est traitée par stimulation des points d'acupuncture de l'oreille.

Acupression : variante consistant à appliquer une pression sur les points d'acupuncture.

Hypnose : pratique recherchant une dissociation, un état modifié de conscience. Par la parole, le praticien en hypnose induit chez le patient un état de conscience particulier caractérisé par une indifférence à l'extérieur et une hyper suggestibilité. L'hypnose recouvre de multiples applications cliniques et peut être utilisée à différentes visées, notamment antalgique (hypnoanalgésie), sédative (hypnosédation), et psychothérapeutique (hypnothérapie) (16).

L'autohypnose : le patient est en mesure de retrouver cet état modifié de conscience en autonomie, après avoir bénéficié d'un apprentissage avec le praticien hypnothérapeute. L'autohypnose est aussi utilisée dans la gestion de la peur, de l'anxiété et du ressenti de la douleur.

Homéopathie : elle se fonde sur le principe de similitude. Elle consiste en l'administration de remèdes à des doses infinitésimales, qui à des doses plus élevées chez un patient sain produirait des symptômes semblables à ceux de la maladie à combattre.

Elle constitue une thérapie dite individualisée car elle ne cible pas uniquement les symptômes associés à la maladie, mais un groupe de symptômes associés à chaque patient. Elle tient compte du principe de vision globale (le praticien s'intéresse à l'histoire du patient, à celle de sa famille, à son hygiène de vie ou encore à son alimentation) et permet ainsi des prescriptions individualisées, tenant compte de la forme clinique de la maladie et des caractéristiques propres au malade (17).

Phytothérapie : traitement par les plantes ou leurs principes actifs naturels. L'aromathérapie est une branche de la phytothérapie et consiste en l'utilisation de composés aromatiques extraits de plantes : les huiles essentielles.

Ostéopathie : utilisation de techniques musculosquelettiques et myo-fasciales, exclusivement manuelles et externes, ayant pour objectif de prévenir ou de remédier à des troubles fonctionnels du corps humain. Il s'agit d'actes de manipulations et mobilisations, notamment des articulations, directes ou indirectes, non forcées, et non instrumentale (*Décret 2007-435 art1*).

Chiropraxie / Chiropratique / Chiropratie / Chiropractie : approche thérapeutique qui vise pour l'essentiel à traiter des douleurs en lien avec le système ostéoarticulaire à partir de manipulations physiques (principalement vertébrales). Les chiropracteurs sont autorisés à effectuer tout type de mobilisations et de manipulations à vecteurs de force, instrumentales ou mécaniquement assistées (18).

« L'art chiropratique consiste en la prévention, le diagnostic, et le traitement des pathologies mécaniques, réelles ou supposées, de l'appareil neuro-musculo-squelettique, en particulier du rachis, et de leurs conséquences. Les thérapeutiques sont conservatrices, principalement manuelles. La colonne vertébrale et le bassin jouent un rôle fondamental dans la démarche diagnostique et thérapeutique » (Société Franco-Européenne de Chiropratique (SOFEC)) (19)

Mésothérapie : technique médicale consistant en l'injection ciblée de faibles doses de médicaments par voie intradermique et sous cutanée (1 à 13mm de profondeur). Les produits sont issus de la médecine conventionnelle mais sont parfois utilisés en dehors de leur Autorisation de Mise sur le Marché (AMM). Cette méthode vise à rapprocher le lieu de délivrance de la thérapeutique du lieu où s'exprime la maladie, en association avec le traitement classique, dans l'optique de diminuer les doses des traitements classiques afin de diminuer les effets systémiques. La mésothérapie est majoritairement utilisée dans le traitement de la douleur : la classification commune des actes médicaux décrit dans son corpus depuis 2005 la séance de Mésothérapie à visée antalgique. Mais elle couvre bien d'autres champs, notamment dans le domaine de l'esthétique (20).

Thérapie neurale/neural-thérapie : technique médicale consistant en l'injection ciblée d'anesthésique local (procaïne ou lidocaïne sans vasoconstricteur) à des fins diagnostiques ou thérapeutiques. Les injections peuvent être intradermiques mais aussi intravasculaires, intra-ganglionnaires ou à proximité d'un nerf (aiguilles de 12mm à 6cm). La thérapie neurale exploite les caractéristiques régulatrices et plastiques du système nerveux. Elle se base sur les notions de champs perturbateurs et de douleurs projetées.

Selon la Fédération des Médecins Suisses, un champ perturbateur est une zone de tissu cellulaire malade ou qui a été atteinte de troubles dans le passé. Celui-ci a acquis la faculté de rendre malade à distance ou d'empêcher la guérison d'une autre zone de tissu ou d'un organe. L'injection vise à stimuler des zones ciblées et ainsi à interrompre temporairement les rétroactions pathologiques. Cela donne aux systèmes neuronaux la possibilité de se réorganiser (processus de désensibilisation). Parfois, une seule séance suffit, mais souvent, il est nécessaire de répéter cette action (21).

Naturopathie : approche reposant sur le principe selon lequel la santé est avant tout une hygiène de vie. L'OMS la définit comme « un ensemble de méthodes de soins visant à renforcer les défenses de l'organisme par des moyens considérés comme naturels et biologiques ».

Médecine anthroposophique : la pratique de la médecine anthroposophique s'intègre dans l'exercice de la médecine conventionnelle. Elle s'appuie sur les méthodes diagnostiques et thérapeutiques usuelles, en y ajoutant une approche holistique de l'être humain, qui inclut les aspects corporel, biologique et physiologique, psychique et spirituel. La maladie est considérée comme un déséquilibre entre ces différents aspects. La médecine anthroposophique intègre dans ses thérapeutiques des produits dérivés de plantes, de minéraux, d'animaux ainsi que des thérapies artistiques, de relaxation comme le yoga, le shiatsu, et d'autres modalités comme le massage, la kinésiologie, les psychothérapies, ...

Elle constitue en son sein un système thérapeutique intégratif et multimodal basé sur une vision holistique. La Médecine Anthroposophique en tant que système médical a été fondé en Autriche en 1920 par Rudolf Steiner et Ita Wegman. Elle s'est surtout développée en Europe centrale (22).

Ozonothérapie : technique consistant en l'insufflation dans l'organisme d'un mélange d'ozone et d'oxygène à des fins thérapeutiques.

Biofeedback : ensemble de techniques visant à mesurer des fonctions biologiques normalement inconscientes et à les exposer au patient afin qu'il puisse contrôler son activité physiologique, en contrôlant les fonctions organiques mesurées. Cette méthode est basée sur la prise de conscience, par le patient, de ses processus physiologiques.

III. Statut légal et Réglementation

1. Positionnements français et européen

Malgré l'élan international en faveur de l'intégration des médecines non conventionnelles impulsé par l'OMS, la place faite aux pratiques complémentaires et leurs statuts varient grandement d'un pays à l'autre, et d'une pratique à l'autre. La législation est différente dans chacun des 39 pays européens inclus dans l'étude *Cambrella*, selon NAFKAM.

L'OMS différencie trois grandes catégories, reflets de l'intégration des pratiques :

- Un système intégratif : les médecines complémentaires sont officiellement reconnues et intégrées dans l'ensemble des domaines de l'offre de soins (politique, pharmaceutique, accessibilité dans les structures de soins, remboursement, recherche, enseignement).
- Un système inclusif : les médecines complémentaires sont reconnues sans pour autant être totalement intégrées dans les différents aspects de l'offre de soins et/ou au sein de la formation ou de la réglementation.
- Un système tolérant : exclusivement centré sur la médecine allopathique tout en tolérant certaines pratiques non conventionnelles, ce qui est le cas de la France.

Contrairement à certains de nos voisins européens, en France, la pratique des médecines non conventionnelles est globalement tolérée, mais non réglementée. Ne disposant pas de statut, leur pratique reste délicate, surtout pour les non médecins, qui ont accès à certaines formations, mais qui n'ont pas pour autant le droit d'exercer en tant que thérapeutes. Ainsi, des poursuites pénales peuvent être engagées pour exercice illégal de la médecine. Le Code de la santé publique (*article L4161-1*) définit l'exercice illégal de la médecine comme « Toute personne qui prend part habituellement ou par direction suivie, même en présence d'un médecin, à l'établissement d'un diagnostic ou au traitement de maladies, congénitales ou acquises, réelles ou supposées, par actes personnels, consultations verbales ou écrites ou par tous autres procédés quels qu'ils soient, ou pratique l'un des actes professionnels prévus dans une nomenclature fixée par arrêté du ministre chargé de la santé pris après avis de l'Académie nationale de médecine, sans être titulaire d'un diplôme, certificat ou autre titre mentionné à l'*article L.4131-1* et exigé

pour l'exercice de la profession de médecin, ou sans être bénéficiaire des dispositions spéciales mentionnées aux *articles L.4111-2 à L.4111-4, L.4111-7, L.4112-6, L.4131-2 à L.4131-5* ».

En France, la loi Kouchner du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, marque le début de la liberté en matière de choix thérapeutique. L'acupuncture et l'homéopathie sont reconnues par l'Ordre national des médecins comme des « orientations médicales », et sont donc réservées au personnel médical habilité.

L'exercice de l'acupuncture n'est pas explicitement réglementé par le code de la santé publique français, mais la jurisprudence considère l'acte d'acupuncture comme un acte médical. L'acupuncture est considérée comme une orientation thérapeutique par l'Ordre des médecins depuis 1974. Elle bénéficie de la reconnaissance officielle de l'Etat suite à la création, par *l'arrêté du 26 avril 2007*, d'une nouvelle Capacité de médecine : la Capacité en acupuncture. Le Diplôme Inter Universitaire (DIU) et la Capacité d'acupuncture font partie des diplômes et mentions autorisés en tant que titres sur les plaques et ordonnances des médecins. Toutefois, l'Ordre des médecins ne reconnaît pas la qualification ordinaire de spécialiste aux détenteurs de ces diplômes (14). Aujourd'hui, le DIU d'acupuncture a fait place à la Capacité qui est désormais la seule formation reconnue par l'Ordre des médecins pour en autoriser l'exercice, comme le DIU d'acupuncture obstétricale pour les sages-femmes (23).

La pratique de l'acupuncture par les sages-femmes est légiférée par le *Décret n° 2008-863 du 27 août 2008*. Celles-ci sont autorisées à pratiquer des actes d'acupuncture, « sous réserve que la sage-femme possède un diplôme d'acupuncture délivré par une université de médecine et figurant sur une liste arrêtée par les ministres chargés de la santé et de l'enseignement supérieur ». La pratique des actes d'acupuncture par les sages-femmes est limitée à leur champ de compétence, comme celle des chirurgiens-dentistes. L'Ordre des sages-femmes autorise la mention de ce diplôme sur les imprimés professionnels, plaques et sur l'annuaire professionnel. Ce n'est pas le cas pour les chirurgiens-dentistes (ONCD).

Concernant l'hypnose, en France, il n'y a pas de cadre légal précis encadrant la pratique. Les DU d'hypnose ne sont pas reconnus par l'Ordre des médecins. Réglementairement, les médecins ne sont donc pas autorisés à mentionner ces pratiques sur leur plaque et/ou ordonnances (16).

Pourtant, les procédures chirurgicales sous hypnosédation se font de plus en plus fréquentes et permettent de diminuer la quantité de médicament utilisée. Une enquête auprès des CHU français a pu mettre en lumière l'utilisation de l'hypnoanalgésie (prise en charge de la douleur) dans la totalité des CHU et de l'hypnosédation (utilisation dans le cadre d'interventions chirurgicales) dans les deux-tiers des CHU français en 2016 (24).

En revanche, une place particulière est faite à l'ostéopathie et à la chiropratique, puisqu'elles sont toutes deux réglementées par le gouvernement depuis la loi Kouchner, engageant pour la première fois leur reconnaissance officielle de l'Etat.

La loi du 4 mars 2002 réservait le titre d'ostéopathe aux titulaires d'un diplôme d'ostéopathe délivré par un établissement agréé, ainsi qu'aux médecins et kinésithérapeutes titulaires d'un diplôme universitaire (DU) ou interuniversitaire (DIU). Le décret de mars 2007 a permis d'élargir son exercice à d'autres professions : sages-femmes et infirmiers (25).

Il n'y a pas d'organisme de régulation dédié. Pour pratiquer, les ostéopathes doivent s'inscrire auprès de l'Agence Régionale de Santé (ARS). Cependant, il existe des associations et syndicats tels que le Registre des Ostéopathes de France qui est une association à vocation ordinaire, ou le Syndicat Français des Ostéopathes.

Concernant la chiropratique, l'usage professionnel du titre de chiropraticiens est réservé aux personnes titulaires d'un diplôme sanctionnant une formation spécifique (*article 75 de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002*). Il ne s'agit pas d'un diplôme d'Etat. Cette formation peut être indiquée sur la plaque du praticien par la mention « DC » qui signifie « *Doctor of Chiropractic* » (appellation issue des institutions anglophones, ne correspondant pas à un doctorat). Seule l'Université du Québec à Trois-Rivières offre une formation universitaire aboutissant au diplôme - appellation francophone - de doctorat en chiropratique. Les praticiens exerçant sous le titre de chiropracteur doivent, eux aussi, être inscrits sur une liste d'enregistrement des professionnels de santé auprès de l'ARS (19).

Il n'y a classiquement pas de remboursement des MCA de la part de la sécurité sociale. L'homéopathie était jusque-là partiellement remboursée si elle était prescrite par un médecin traitant. Mais un avis de la HAS du 26 juin 2019 a conclu à une insuffisance de son intérêt clinique pour justifier le maintien d'une prise en charge par l'assurance maladie. Elle a donc suivi un déremboursement progressif, de 30 % à 10/15 % au premier janvier 2020 jusqu'au déremboursement total en janvier 2021 (26).

Par comparaison, certains de nos voisins européens semblent plus inclusifs.

En Allemagne, plus de 60 % de la population a recourt à des méthodes dites de médecine complémentaire, avec une grande place faite notamment à la naturopathie. L'acupuncture, l'ostéopathie, la médecine anthroposophique et l'homéopathie sont en partie financées par l'Etat. Ce n'est pas le cas de la naturopathie (8).

En Suisse, les médecines complémentaires ont une grande place dans le système de soins primaires. En 2012, 25 % des plus de 15 ans ont eu recours à des pratiques complémentaires dans l'année précédant l'étude menée par l'enquête nationale de santé publique suisse. L'assurance santé classique en Suisse couvre l'acupuncture, la médecine traditionnelle chinoise, la médecine anthroposophique, la thérapie neurale, l'homéopathie et la phytothérapie dans le cadre d'une prise en charge médicale effectuée par un médecin avec une formation complémentaire. Lorsque les soins sont prodigués par des praticiens non médecins, le remboursement dépend des complémentaires privées (27).

2. Les différents modèles d'offre de soin en Europe – professionnels concernés

a) Les différents modèles d'offre de soin en Europe

D'après la déclaration des professions autonomes et de l'indépendance clinique de l'Association Médicale Mondiale en 2008, les praticiens de santé ont la liberté d'exercer leur jugement professionnel dans les soins et le traitement de leurs patients, sans influence de parti ou d'individu extérieur.

Cependant, les médecines non conventionnelles n'ont en général pas les mêmes réglementations que la médecine conventionnelle. Elles existent amplement hors des institutions où est pratiquée la médecine conventionnelle.

Il est difficile d'identifier le nombre de praticiens ayant recourt à ces pratiques à cause du manque de réglementation qui les entoure. Au sein de l'Union Européenne, les derniers chiffres rapportaient 150 000 médecins pratiquant la médecine non conventionnelle de façon additionnelle à leur exercice et 180 000 non médecins délivrant des pratiques non conventionnelles.

Les pratiques les plus courantes chez les médecins sont l'acupuncture, l'homéopathie, la naturopathie, la médecine anthroposophique et la thérapie neurale. Chez les non médecins on retrouve majoritairement la phytothérapie, les thérapies manuelles (ostéopathie, chiropratique), la réflexologie, le shiatsu, ... (28)

Tous praticiens confondus, l'acupuncture est la pratique la plus courante, suivie de l'homéopathie. La naturopathie est majoritairement pratiquée par les médecins allemands (3).

En Allemagne, fin 2006, environ 50 000 médecins proposaient déjà des thérapies complémentaires, venant s'additionner aux non médecins qui proposent également ces services. Dans une étude menée en 2010, sur les 1491 médecins ayant répondu, 60% avaient déclaré utiliser des pratiques complémentaires dans leur exercice. La chiropratique, les techniques de relaxation et la thérapie neurale ont été classées comme les thérapies complémentaires les plus bénéfiques. Les plus couramment utilisées selon l'étude étaient la thérapie neurale, la phytothérapie et l'acupuncture (29).

En 2017, la Suisse comptait environ 27 000 thérapeutes de médecine complémentaire enregistrés à l'EMR (*Empirical Medicine Register*) et à l'ASCA (*Swiss Foundation for Complementary Medicine*). Ces derniers forment les deux principaux répertoires offrant une accréditation dans le domaine des médecines complémentaires. Ils permettent une reconnaissance des thérapeutes, et ainsi un éventuel remboursement de la part des complémentaires. A titre de comparaison, cette même année, les chiffres évoquaient 36 900 médecins dans le pays (dont 18 858 en ambulatoire), soit 438 médecins et 320 thérapeutes de médecine complémentaire pour 100 000 habitants (30).

En 2011, une étude a montré qu'environ 50% des hôpitaux norvégiens délivraient au moins une forme de pratique de médecine intégrative, majoritairement l'acupuncture. Sur les 50 hôpitaux offrant ce type de prise en charge, 40 proposaient l'acupuncture, 19 proposaient d'autres thérapies comme l'hypnose, le biofeedback, la phytothérapie, l'homéopathie, la réflexologie... 9 hôpitaux offraient diverses formes de thérapies. Au Danemark, ils représentaient un tiers des hôpitaux, avec 38 hôpitaux pratiquant l'acupuncture (31).

En France, une étude menée auprès des Centres Hospitalo-Universitaires (CHU) français a montré l'importance de l'utilisation des méthodes psychocorporelles. Viennent ensuite les traitements manuels, puis les pratiques issues de médecines traditionnelles. Le rapport de l'AP-HP sur les médecines complémentaires a comptabilisé plus d'une quinzaine de traitements complémentaires proposés en son sein : principalement des thérapies psychocorporelles, en particulier l'hypnose, la relaxation, le toucher thérapeutique, ainsi que les traitements physiques manuels (ostéopathie principalement) et des traitements issus des médecines traditionnelles (acupuncture) (11).

b) Profils des praticiens de médecine non conventionnelle en Europe

En Europe, deux conceptions opposées coexistent (*Figure 4*) :

- La première, impliquant les pays d'Europe centrale et du Sud (dont la France), considère que les soins non conventionnels ne peuvent être dispensés que par certains professionnels de santé. Ces derniers sont principalement médecins, mais relèvent parfois d'autres professions pour lesquelles certains actes médicaux ou paramédicaux peuvent être pratiqués sous leur propre responsabilité ou celle d'un médecin. Ainsi, les médecines complémentaires sont majoritairement assurées par des médecins en Europe centrale et Europe du Sud. L'exercice de celles-ci en dehors de ce cadre est un exercice illégal.
- La seconde conception, engageant principalement les pays du Nord tels que les Pays-Bas, la Grande-Bretagne, l'Irlande ou encore les pays scandinaves, adopte une démarche opposée : les soins non conventionnels peuvent être dispensés par quiconque, mais certains actes sont réservés aux médecins. Ces actes médicaux spécifiques réservés aux médecins sont notamment le fait de traiter les affections à caractère infectieux, la chirurgie, les injections, l'administration d'anesthésiant, la prescription de médicaments délivrés sur ordonnance, et l'utilisation des radiations ionisantes. Dans ces pays, l'offre de soin des médecines alternatives est majoritairement le fait de praticiens non médecins (3).

En Hongrie et en Slovaquie, la loi scinde les pratiques : elle en autorise certaines librement et en confie d'autres au corps médical. La Slovaquie réserve l'homéopathie, l'acupuncture et la chiropratique/l'ostéopathie aux médecins. La Hongrie y ajoute les médecines du monde, c'est-à-dire les médecines chinoise, anthroposophique, ayurvédique et tibétaine.

3. Dans quels pays les lois font-elles mention d'une législation spécifique aux médecines complémentaires ?

L'étude *Cambrella* a répertorié les différents types de réglementation mis en place par les gouvernements européens dans le champ des médecines non conventionnelles. La France se retrouve classée parmi les 7 pays ne faisant pas état d'une législation spécifique, au côté de l'Espagne, de la Grèce ou des Pays-Bas. Contrairement à nos voisins allemands, belges et suisses, qui possèdent une législation spécifique (3) (

Tableau 2) (Figure 5).

Réglementation mise en place par le gouvernement	Nombre	Pays
Législation des MCA	10	Belgique (1999), Bulgarie (2005), Danemark (2004), Allemagne (1939 et 1998), Hongrie (1997), Islande (2005), Norvège (2004), Portugal (2003), Roumanie (1981), Slovénie (2007)
Législation en cours	4	Irlande, Luxembourg, Pologne, Suède
Législation de certaines pratiques	9	Chypre, Finlande, Italie, Lituanie, Lettonie, Liechtenstein, Maltes, Roumanie, Angleterre
Pas de législation	7	Autriche, Estonie, France, Grèce, Pays Bas, Espagne, Slovaquie
MCA dans la constitution	1	Suisse

Tableau 2. Réglementation des MCA en Europe

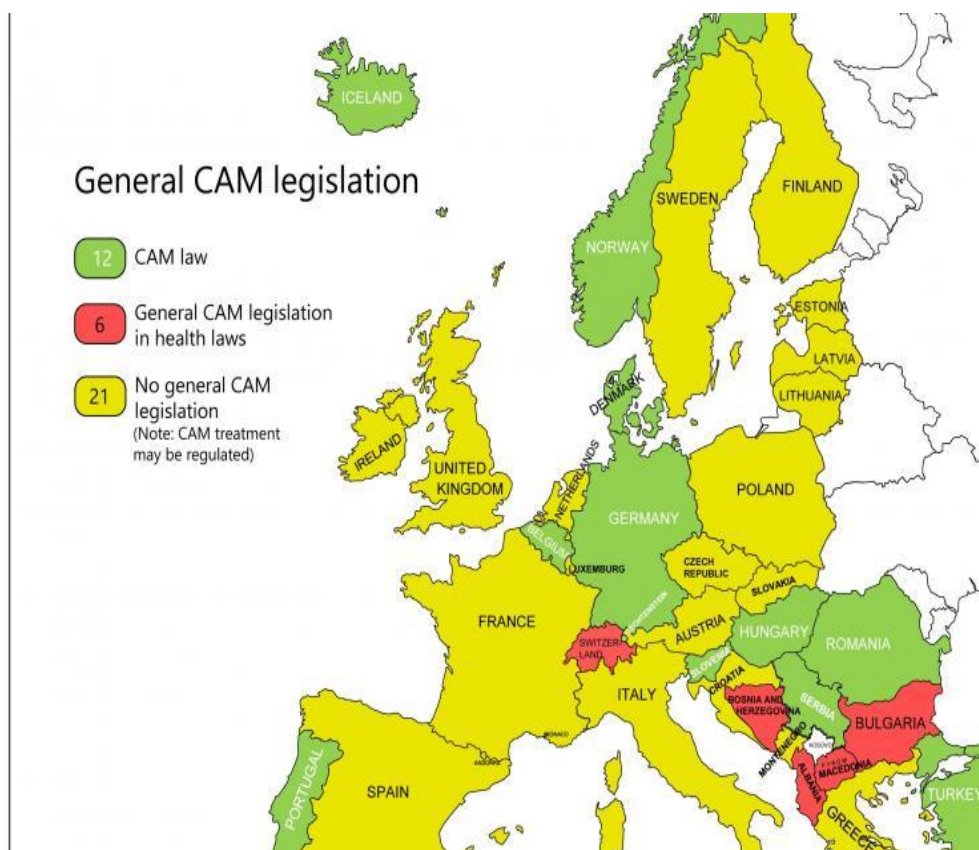


Figure 5. Législation des MCA en Europe

Les pays qui réglementent le plus de pratiques complémentaires sont majoritairement regroupés dans le sud-est de l'Europe, avec pour exception le Portugal et la Belgique (Figure 6).

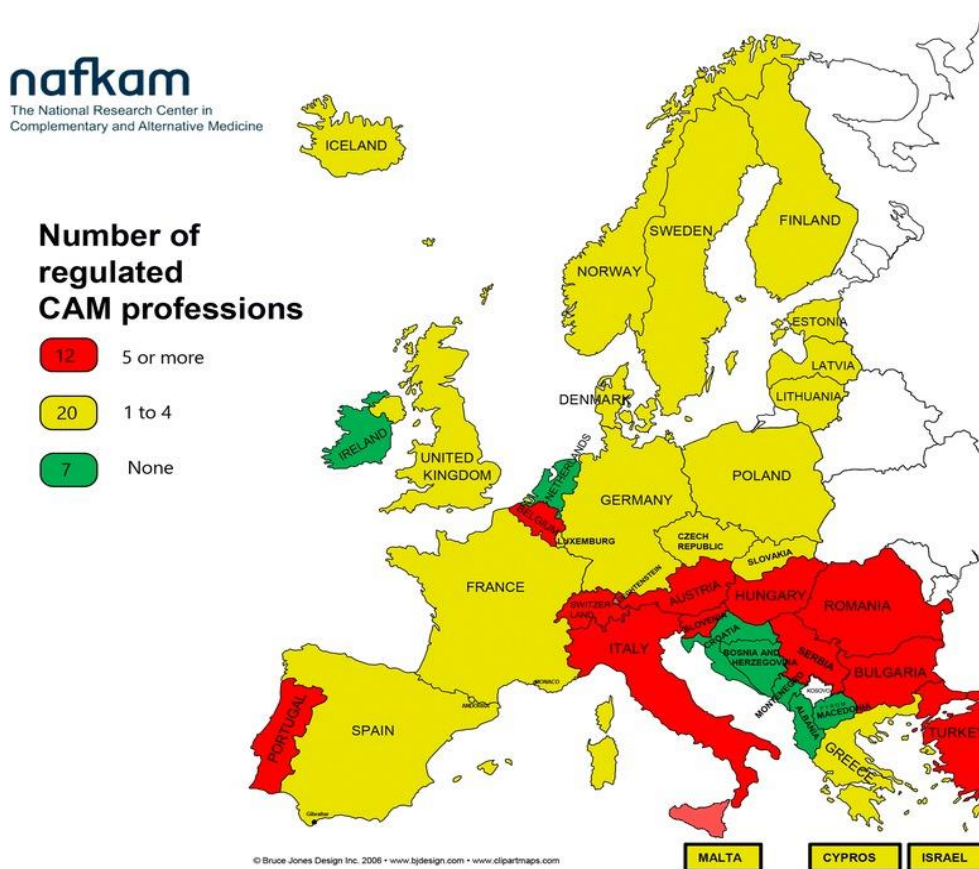


Figure 6. Nombre de pratiques complémentaires réglementées en Europe

18 des 29 pays européens inclus font mention d'une législation des MCA, avec néanmoins une grande disparité dans la forme. Dans certains pays, le gouvernement prend part à cette réglementation, alors que dans d'autres, il délègue la mission à des associations médicales. En Belgique, en Allemagne, en Angleterre et au Portugal, les gouvernements s'investissent dans la réglementation des pratiques complémentaires. A contrario en France, le gouvernement s'affranchit de cette tâche.

Le tableau suivant a été réalisé dans le cadre de l'étude *Cambrella* et est donc représentatif de la situation en 2011 (

Tableau 3) :

PAYS	Réglementation statutaire des MCA par le gouvernement (G), par le gouvernement pour les médecins uniquement (GMD), ou bien par les associations médicales (MA)					
	Acupuncture	Médecine Anthro- posophique	Homéopathie	Naturopathie	Chiropraxie	Ostéopathie
Autriche	GMD	MA	MA		GMD	
Belgique	1999 G		1999 G		1999 G	1999 G
Bulgarie	2005 GMD		2005 GMD			2005 G
Chypre						
République Tchèque	GMD					
Danemark	G				1992 G	
Estonie						
Finlande					1994 G	1993 G
France	MA	MA	MA			2002 G
Allemagne	G + MA	G + MA	G + MA	G + MA	G + MA	MA
Grèce	GMD					
Hongrie	1997 GMD	1997 GMD	1997 GMD		1997 GMD	1997 GMD
Islande					1990 G	2005 G
Ireland						
Italie	MA	MA	MA		oui	oui
Lettonie	GMD	MA	1998 GMD			
Liechtenstein					1985	
Lituanie			G			
Luxembourg					2003 G	
Malta	2003 G				2003 G	2003 G
Pays Bas					1988 G	

Norvège					1988	
Pologne						
Portugal	2003 GMD		2003 GMD	2003 G	2003 G	2003 G
Roumanie	1981 G	MA	1981 G			
Slovaquie						
Slovénie	1979 GMD		2007 GMD		2007 GMD	2007 GMD
Espagne	GMD		MA			
Suède					1989 G	
Angleterre	G		1950 GMD		1994 G	1993 G

Tableau 3. Modèles de réglementation des MCA en Europe

4. Exemple historique suisse

a) Du déremboursement à la ré-inclusion des pratiques complémentaires

En 1994 en Suisse, la loi sur l'assurance maladie obligatoire inscrit quatre médecines complémentaires dans la liste des prestations remboursées : l'acupuncture et médecine traditionnelle chinoise, la médecine anthroposophique, l'homéopathie et la thérapie neurale. Elles sont acceptées dans la mesure où elles sont le fait de médecins détenteurs d'attestations de formation complémentaire de la Fédération des Médecins Suisses (FMH) dans l'une ou l'autre de ces spécialités. Le système de santé reconnaît alors implicitement leur efficacité.

Comme pour les autres prestations médicales, l'évaluation des médecines complémentaires est soumise à des examens périodiques.

En 2005, la position officielle change radicalement ; le conseiller fédéral en charge de la santé, Pascal Couchepin, décide d'exclure les thérapies complémentaires de l'assurance de base. La psychothérapie et les soins de réhabilitation après accident/maladie sont également visés par ces mesures. La raison invoquée est qu'elles ne répondent pas aux critères d'efficacité, d'adéquation et d'économicité requis par la loi. Seule l'acupuncture pratiquée par un médecin et divers médicaments restent remboursés.

Le vice-directeur de l'Office Fédéral de la Santé Publique, Hans Heinrich Brunner, dans le journal *Sonntags-Zeitung*, déclare : « la loi sur l'assurance maladie porte sur la maladie, et non sur le bien-être », remettant en perspective la définition de la santé par l'OMS.

Le 15 septembre 2005, une Initiative Populaire « Oui aux médecines complémentaires » est entreprise. L'Initiative Populaire est un des piliers de la démocratie directe suisse, qui donne aux citoyens la possibilité de modifier une décision gouvernementale.

L'Initiative Populaire réclame la prise en compte « complète » des médecines complémentaires dans le système de santé, qui sous-entend le remboursement de toutes les prestations et leur intégration dans toutes les professions et tous les domaines (prévention, soins ambulatoires et stationnaires, assurances sociales, médicaments, formation, enseignement et recherche). L'Initiative est rejetée par le Conseil fédéral et le Parlement qui craignent les conséquences financières de l'entrée de toutes les médecines complémentaires dans l'assurance de base. En revanche, le Conseil des Etats estime qu'un nouvel article constitutionnel est nécessaire pour que les médecines complémentaires ne soient pas marginalisées.

En 2009, son contre-projet éliminant le terme « complet » est un succès. Les médecines complémentaires sont plébiscitées par 67% des voix au niveau national, et, condition nécessaire à leur validation, par la totalité des 26 cantons. Les Vaudois votent oui à 78,4 %, les Genevois à 77,9 % et les Jurassiens à 77,1 %. Un nouvel article entre dans la constitution stipulant « la Confédération et les cantons pourvoient, dans la limite de leurs compétences respectives, à la prise en compte des médecines complémentaires ».

S'ensuit alors une période probatoire de six ans pendant lesquelles la médecine anthroposophique, la médecine traditionnelle chinoise/acupuncture, l'homéopathie et la phytothérapie seront remboursées.

Il faut attendre le 1^e aout 2017 pour que les médecines complémentaires soient définitivement inscrites dans l'assurance obligatoire des soins. La médecine anthroposophique, la médecine traditionnelle chinoise/acupuncture, l'homéopathie et la phytothérapie sont désormais remboursées, à condition qu'elles soient pratiquées par des médecins ayant reçu une formation complémentaire reconnue par la fédération des médecins suisses. Ces pratiques sont dorénavant considérées au même niveau que les autres disciplines médicales, en conformité avec les exigences de qualité, d'efficacité et de sécurité définies par la loi de l'assurance maladie. Cette décision renverse la charge de la preuve : les médecines complémentaires n'ont plus à démontrer leur efficacité, c'est désormais à un éventuel plaignant de prouver leur inefficacité (34).

b) Les instances de médecine complémentaire et intégrative en Suisse

Toutes les pratiques sont soumises au principe de confiance, qui suppose que les médecins ne fournissent que des prestations qui remplissent les obligations d'efficacité, d'adéquation et d'économicité. Elles doivent aussi satisfaire les critères de recherche et d'application, de preuve scientifique, d'expérience médicale et de formation. C'est là qu'interviennent les différents centres et instituts de médecine complémentaire et intégrative.

Dès 1991, la Fondation suisse pour les médecines complémentaires (ASCA) a cherché à définir les critères de qualité des thérapies complémentaires, en collaboration avec les écoles de formation et les associations professionnelles. En 2019, elle regroupait 15 000 thérapeutes et reconnaissait plus de 130 pratiques.

En 1999, une deuxième instance nationale est créée : le Registre de médecine empirique. Il délivre un label de qualité et offre aux thérapeutes certifiés la possibilité de figurer dans un annuaire en ligne. En 2009, une association nationale se crée sous le nom de Fédération de la médecine complémentaire, dont le but est de promouvoir la médecine intégrative et de veiller à l'application des mesures dans les cantons.

En 2012, le premier Centre de médecine intégrative hospitalier suisse est créé à St-Gall à l'initiative du Dr Marc Schlaeppli, oncologue et médecin anthroposophe.

L'Institut pour la médecine complémentaire et intégrative de l'Hôpital universitaire de Zürich offre une douzaine de thérapies complémentaires dans les services d'oncologie et de maladies chroniques. L'université de Berne compte un Institut de médecine complémentaire qui propose des soins en médecine anthroposopique, homéopathie, thérapie neurale, médecine chinoise et acupuncture.

En 2011, le Centre hospitalier universitaire vaudois de Lausanne a créé une Unité d'enseignement et de recherche sur les médecines complémentaires constituée de modules de cours obligatoires pour les étudiants en médecine.

En 2015, un Centre de Médecine Intégrative et Complémentaire (CEMIC) voit le jour. En plus des missions d'enseignement et de recherche, il comprend des services d'information et de coordination des soins. Depuis fin 2017, il offre une prise en charge intégrative en oncologie incluant art thérapie, acupuncture, hypnose et massage thérapeutique.

En 2015, l'Hôpital cantonal de Fribourg met en place un Centre de pédiatrie intégrative fondé sur les apports de la médecine anthroposopique. Les premiers retours ont été prometteurs, aussi bien économiquement que du point de vue des patients (plus calmes, meilleur sommeil, moins anxieux) et parents satisfaits à 96 %.

Aujourd'hui, l'offre de médecine intégrative est établie dans cinq cliniques privées de Suisse alémanique, ainsi que dans les hôpitaux universitaires et cantonaux de plusieurs cantons (34).

IV. Les enjeux d'une harmonisation du cadre réglementaire

1. Sécurité et compréhension du risque dans les soins de santé transfrontaliers

La Directive européenne de 2011 respecte les différences établies entre les systèmes de soins de santé des pays de l'Union européenne. Sur les droits des patients dans les systèmes de santé transfrontaliers, elle établit que ceux-ci doivent être en mesure de pouvoir faire des choix de traitement éclairés. Le but de cette directive était de permettre aux patients de surmonter les obstacles à leur droit fondamental de choisir ce qu'il y a de mieux pour leur santé. Et ce choix peut tout à fait concerner la médecine intégrative et les thérapies non conventionnelles dans les états incluant certaines pratiques dans leur système de santé.

Mais les disparités concernant leur définition et réglementation pose le problème des soins de santé transfrontaliers et de la sécurité des patients. Des pratiques strictement encadrées dans certains pays sont non réglementées dans d'autres. En l'absence d'unification des pratiques, des professions, de l'offre de soin, il est impossible d'établir un consensus, que ce soit pour les praticiens circulants ou les patients européens. Cela soulève des préoccupations sur la fiabilité, la qualité et la sécurité de l'offre de soins pour les citoyens européens.

D'après l'article *FoKoM* et le rapport de conférence de Birmingham, les patients européens rencontrent des différences majeures dans des pratiques ayant la même dénomination, que ce soit entre états ou au sein d'un même pays. Les patients n'ayant pas de source d'information de référence, il en va des croyances de chacun, avec toujours la perception d'un manque d'information à la fois sur les indications, les modalités et les risques des pratiques (35).

Le manque de réglementation peut laisser à penser les médecines complémentaires comme inoffensives, ceci étant notamment l'une des raisons de leur succès auprès du public. Mais il serait inepte et dangereux de laisser les usagers dans cette confusion, de les laisser penser que le « naturel » est inoffensif. Pour ne prendre qu'un exemple, la médecine des plantes peut engendrer de graves conséquences, en provoquant des interactions avec un traitement prescrit ou une pathologie existante. De plus, la pratique des MCA non encadrée exposerait les patients à des risques de dérives thérapeutiques, à des mésusages et à l'abandon de traitements médicamenteux, engageant leur pronostic vital dans des pathologies à risque.

Le manque d'encadrement fait aussi craindre l'automédication, pouvant retarder les consultations médicales. D'où la nécessité de mettre en place des moyens de contrôle pour une utilisation sécurisée.

C. Simpson affirme que des patients informés font de meilleurs choix. Il affirme également que les médecines complémentaires et intégratives ne sont pas sans risque, mais possèdent une réputation d'innocuité. Selon Renn, la perception publique du risque tient de l'importance des réglementations gouvernementales pour le contrer (35).

La sécurité des patients est pourtant une priorité des systèmes de santé, à la fois à l'échelle européenne et des états. Elle est définie par Runciman et al. comme la réduction à un minimum acceptable des risques de nuisances non nécessaires associées aux soins de santé (36).

Si l'on se penche sur les différences de réglementation en Europe, des théories évoquent leur éventuel reflet des différences dans la façon dont le risque associé à l'utilisation des médecines complémentaires est perçu (*Tableau 4*). Selon l'étude de Wiesener de 2018, 12 des 39 pays inclus les considèrent comme globalement « à haut risque », 20 comme « à faible risque » et les 7 restants comme comportant « très peu voire pas de risque ». Les pays qui attribuent les risques les plus forts sont majoritairement concentrés dans la région du sud-est de l'Europe (excepté le Portugal et la Belgique) et correspondent aux pays qui réglementent le plus les pratiques. Les modalités considérées comme comportant un risque suffisamment élevé pour justifier une réglementation professionnelle dans le plus grand nombre de pays sont la chiropratique, l'acupuncture, l'homéopathie et l'ostéopathie (37).

European country specific regulation of 12 CAM modalities- risk understanding

	Chiro	Acu	Massa	Homeo	Oste	TCM	Anthrop	Herbal	Naturo	Ayurved	Neural	Napra
Hungary												
Romania												
Portugal												
Austria												
Liechtenstein												
Switzerland												
Bulgaria												
Serbia												
Slovenia												
Turkey												
Belgium												
Italy												
France												
Latvia												
Czech republic												
Finland												
Iceland												
Lithuania												
Malta												
Spain												
Sweden												
Germany												
UK												
Estonia												
Slovakia												
Luxembourg												
Cyprus												
Denmark												
Greece												
Poland												
Israel												
Norway												
Albania												
Croatia												
Macedonia												
Bosnia&Herzegovina												
Ireland												
Montenegro												
The Netherlands												
		Treatment is limited to health professions										
		Treatment is regulated, but not limited to health professions										
		Countries limiting 5 or more modalities to regulated professions										
		Countries limiting 1-4 modalities to regulated professions										
		Countries limiting none modalities to regulated professions										
Acu = Acupuncture, Anthropol = Anthroposophic medicine, Ayurved = Ayurvedic medicine, Chiro = Chiropractic. Herbal = Herbal medicine/Phytotherapy, Homeo = Homeopathy, Massa = Massage, Napra = Naprapathy, Naturo = Naturopathy, Neural = Neural therapy, Oste = Osteopathy, TCM = Traditional Chinese Medicine												

Tableau 4. Réglementation des MCA par pays et compréhension du risque

2. Désir d'harmonisation à l'échelle globale

A l'échelle mondiale, l'OMS réclame une harmonisation qui permettrait l'intégration des pratiques non conventionnelles dans le système de soin des états. Elle réclame également un soutien dans l'amélioration de leur sécurité et de leur qualité ainsi que l'instauration d'un système de qualification, d'accréditation ou de licence des praticiens, dans un désir d'augmenter l'offre des soins complémentaires et leur accessibilité (38).

Cette quête d'harmonisation ne pouvant se matérialiser qu'au travers d'une collaboration régionale entre les différents prestataires, l'étude de Wiesener assure que les similitudes historiques et culturelles entre pays voisins auraient de plus grandes chances de faciliter cette entente que les décisions/directives/réglementations européennes (39).

En principe, il y aurait deux options pour parvenir à un degré supérieur d'harmonisation selon l'OMS : l'une passant par la réglementation/législation européenne, la seconde serait l'harmonisation volontaire.

La première solution semble peu envisageable, car l'Union Européenne s'est, de nombreuses fois, positionnée comme désireuse de laisser cette régulation aux mains des Etats. L'harmonisation volontaire semble plus envisageable. L'exemple de la profession de kinésithérapeute en est un bon exemple. En Europe, elle est désormais reconnue comme une profession réglementée de médecine conventionnelle. Grace à cette harmonisation - via la reconnaissance mutuelle des qualifications professionnelles, conformément aux directives professionnelles avec collaboration du WCPT (*World Confederation of Physical Therapy*) et EPA (*Europ Physiotherapy Association*) - les kinésithérapeutes ont les mêmes standards professionnels à travers toute l'Europe (35).

Cependant, une étude de 2020 traitant de la question, semble plus favorable à une réglementation européenne : elle prend pour étude de cas le Portugal et ses tentatives récentes de réglementation semées d'embûches. Cela commence en 2013, avec la décision de réglementer 7 professions. Les définitions légales des pratiques ne seront achevées qu'en octobre 2014. En juin 2015, la loi s'attaque aux définitions légales du contenu de leurs enseignements et diplômes respectifs. Mais deux pratiques en seront exclues, trop sujettes à controverse : l'homéopathie et la médecine traditionnelle chinoise. Depuis 2013, des lois successives ont tenté d'établir en vain le cadre d'exercice de ces pratiques. Ainsi, après la loi de 2013, les étudiants en formation ou terminant leur formation n'étaient pas autorisé à exercer, car ils ne possédaient pas la licence en vigueur.

En septembre 2019, une loi permet l'exercice jusqu'à l'obtention du diplôme correspondant, ou à défaut, jusqu'en 2025, avec la délivrance d'une licence provisoire.

Pour obtenir une licence définitive, l'expérience professionnelle entre en jeu. Or, un nombre de ces praticiens étaient un temps interdits d'exercice. La transition à la licence définitive est peu claire et globalement, la législation et les amendements successifs rendent la chose complexe (40).

3. Tentative d'harmonisation à l'échelle européenne

Les traités de Rome et de Lisbonne établissent clairement que les Etats membres ont la responsabilité individuelle de définir leur politique de santé et l'organisation propre de leur système de santé. Cependant, les directives et réglementations européennes impactent directement ou indirectement les systèmes de santé des Etats membres.

M. Atkinson, dans la *résolution du 28 janvier 1994*, évoque la grande disparité des législations et soutient la nécessité d'adopter une convention garantissant l'accès de tous aux médecines non conventionnelles reconnues, et l'importance d'harmoniser autant que possible les législations nationales applicables aux praticiens, avec le souci d'assurer des traitements de qualité à l'ensemble des citoyens des Etats membres (41).

En 1984, une étude est réalisée par le Conseil de l'Europe sur la « Législation et réglementation administrative concernant l'utilisation et les méthodes non classiques de diagnostic et de traitement par le personnel agréé ».

Le 29 mai 1997, le Parlement européen adopte une résolution sur le statut des médecines non conventionnelles, qui demande à l'Union Européenne de s'engager dans un processus de reconnaissance de ces thérapies. Elle réclame l'élaboration d'études sur les différentes disciplines, ainsi qu'une étude comparative entre les modèles juridiques nationaux d'affiliation des praticiens de médecines non conventionnelles. Elle invite également le Conseil à développer les programmes de recherche sur l'innocuité et l'efficacité de ces médecines (39).

Mais ces études doivent faire face à un manque cruel de financement. L'étude *Cambrella* de 2012 le confirme, l'investissement dans la recherche est dérisoire en Europe. L'industrie des médecines complémentaires est faible et l'investissement dans la recherche ne comporte pas de véritable intérêt financier ou industriel. Cela n'empêche cependant pas nos voisins, que ce soit en Amérique du nord, en Asie ou encore en Australie, d'investir largement dans ce domaine de recherche.

Dans le programme européen « Horizon 2020 », la partie III « *Priority Social Challenges* » comportait un objectif spécifique dénommé « santé, changement démographique et bien être » qui laissait espérer un désir d'engagement de la part de l'Union Européenne dans des projets de recherche sur les médecines complémentaires.

La *directive européenne 2005/36/EC* constitue la base légale de la libre mobilité des professionnels de santé au sein de l'UE. Pour pouvoir assurer son application à la médecine non conventionnelle, un travail d'harmonisation sera plus que nécessaire. Les spécialisations du corps médical n'entrent souvent pas dans les critères requis à la reconnaissance transfrontalière, qui exige au minimum 3 années complètes de formation, ainsi que l'existence de la spécialité dans au moins deux cinquièmes des Etats membres.

Actuellement, des associations médicales regroupant médecins, chirurgiens-dentistes et infirmiers travaillent sur cette harmonisation avec le Comité Européen de Normalisation (CEN), dans l'optique d'établir des standards européens pour les professionnels de santé bénéficiant d'une qualification supplémentaire en médecine complémentaire, pour qu'à l'avenir, ces spécialités soient éligibles au système général de reconnaissance des qualifications de la directive.

Les praticiens de médecine complémentaire n'appartenant pas au corps médical, mais exerçant une ou plusieurs de ces pratiques à titre exclusif, ne sont pas reconnus sous la *directive 2005/36/EC*, leur réglementation étant individuellement subordonnée à chaque législation étatique. A l'exception de l'ostéopathie et de la chiropratique, reconnues comme réglementaires dans certains Etats (*article 11d/11e de la directive*). Là encore, des travaux sont en cours avec le CEN et l'ECVET (Système européen de crédits d'apprentissage pour l'enseignement et la formation professionnelle) en matière de définition des professions et de mise en place de standards de qualification, afin qu'elles puissent être reconnues dans l'ensemble des pays membres.

L'étude *Cambrella* recommandait de commencer par créer un centre de recherche des médecines complémentaires, qui serait un équivalent du modèle américain NCCAM, afin de concentrer les recherches et données. Cela permettrait également de servir de référence et de pouvoir informer les populations d'une même voix (42).

L'autre enjeu concernant l'accessibilité pour les patients européens est le facteur financier. Le coût/remboursement est un important facteur décisionnel. En Europe, l'accès aux médecines intégratives est souvent lié au pouvoir d'achat et donc limité à une population pouvant se le permettre. En Angleterre, en 1998, 90% du marché des médecines complémentaires faisaient uniquement état de frais privés (43). Cependant, on oublie trop souvent qu'une utilisation raisonnée de la médecine intégrative pourrait permettre de réduire les coûts imputés aux frais de santé, et pourrait être un atout économique de taille. Cela va de pair avec la considération grandissante de la prévention. L'idée est d'éviter des procédures invasives et/ou onéreuses grâce à l'intégration de modalités moins coûteuses. Elle serait la réponse à des problématiques actuelles comme la surconsommation médicamenteuse, source de frais importants (39).

4. Réticence française

Le principal frein à la pleine intégration de la médecine non conventionnelle est le manque de preuves scientifiques suffisantes attestant de son efficacité. Des études sont en cours, mais le chemin est titanesque pour étudier chacune des modalités, associée à chaque utilisation clinique.

Marisol Touraine à la question écrite de Véronique Louwagie en 2016 : « Ce n'est donc que lorsque leur bénéfice sera scientifiquement démontré, (...) qu'elles pourront justifier d'une inscription dans notre système de santé. » (*JORF* du 07/06/2016 p. 5026)

Agnès Buzyn à la question écrite de Jean-Luc Lagleize : « Les pratiques de soin non conventionnelles en santé (PNCS) ne peuvent être reconnues que lorsque le rapport bénéfice/risque de ces pratiques est démontré grâce à des études cliniques validées. Or ces pratiques non conventionnelles ne bénéficient que rarement d'études de recherches impliquant la personne humaine, ce qui ne permet pas de leur donner une reconnaissance dans notre système de santé. » (*JORF* du 20/03/2018, p. 2367)

Pourtant en 2015, le rapport de l'INSERM évoquait : « En ce qui concerne la sécurité de l'hypnose, les études sont rassurantes. Il faut toutefois être vigilant sur les dérives éthiques que les techniques de suggestions peuvent entraîner. Comme dans de nombreuses autres techniques de soins non conventionnels, une réglementation des pratiques serait ainsi souhaitable. Pour toute pratique complémentaire, une réflexion autour de la mise en place d'un système de surveillance (équivalent à la pharmacovigilance) semble pertinente, afin de pouvoir recueillir des données issues du terrain et constituer une meilleure connaissance des éventuels effets secondaires associés à la pratique. » « De plus, au vu des questions éthico-juridique, une réflexion autour de l'encadrement de la pratique de l'hypnose semble également pertinente » (16).

Dans sa question écrite à l'Assemblée nationale sur les dérives des médecines non conventionnelles, Charlotte Parmentier-Lecocq évoque qu'au cours de l'année 2018, la Direction générale de la Concurrence, de la Consommation et de la Répression des Fraudes (DGCCRF) a procédé à un contrôle de 675 thérapeutes de MCA, et constaté que 68 % d'entre eux étaient en infraction (44).

Le ministère des solidarités et santé aux questions écrites de Charlotte Parmentier-Lecocq et Jean-Michel Mis : « Depuis 2010, la direction générale de la santé finance un programme pluriannuel d'évaluation des Pratiques de soins Non Conventionnelles en Santé (PNCS). Elle a confié ainsi à l'Institut national de la santé et de la recherche médicale et à des sociétés savantes la réalisation d'évaluations à l'aide de revues de la littérature scientifique internationale, visant à repérer les pratiques prometteuses et celles potentiellement dangereuses. Ses services sollicitent, le cas échéant, un avis complémentaire de la Haute autorité de santé ou du Haut conseil de la santé publique. De plus, le directeur général de la santé préside un groupe de réflexion sur les pratiques non conventionnelles en santé. Ce groupe est composé de représentants d'instances nationales concernées par ces pratiques et a pour missions d'exercer une fonction consultative d'aide à la conception, à la mise en œuvre et au suivi de la politique concernant les PNCS et à la bonne information du public. Une PNCS ne peut être reconnue que lorsque son rapport bénéfice/risque est démontré et validé par la communauté scientifique. Ce n'est donc que lorsque le bénéfice des différentes PNCS sera scientifiquement confirmé qu'elles pourront justifier d'une inscription dans notre système de santé. Dans l'objectif de rendre accessibles au grand public les données d'évaluation des PNCS, le ministère chargé de la santé publie sur son site internet des fiches réalisées par un groupe d'appui technique pluri professionnel et synthétisant les données disponibles sur les PNCS issues des travaux de revue de la littérature scientifique internationale susmentionnés. Ces fiches ont pour vocation d'éclairer le grand public sur le contenu de ces pratiques, mais aussi sur les limites voire les dangers de celles-ci. » (*JORF* du 01/09/2020, p. 5838+5819) (44,45).

Le travail du Collège Universitaire de Médecines Intégratives et Complémentaires (CUMIC), en accord avec les pouvoirs publics, traduit une volonté de faire évoluer la situation en France. Il s'est notamment donné pour mission de promouvoir et d'encadrer les enseignements et les formations universitaires sur l'approche intégrative et les thérapies complémentaires, ainsi que de promouvoir la médecine intégrative et les thérapies complémentaires dans le domaine de la santé, de la recherche et de l'innovation. Il souhaite également mettre en place les bases d'un observatoire des pratiques et des événements indésirables. Le CUMIC s'est clairement positionné en faveur d'une harmonisation européenne (9).

V. Disparités de la pratique clinique en Europe

Le choix des pratiques étudiées a été guidé par l'étude *Cambrella*, source d'information principale sur le sujet (3).

1. Acupuncture

Seuls 2 pays, **Malte et la Suisse**, présentent une profession officielle d'acupuncteur, enregistrée dans la base de données européenne des professions réglementées.

24 pays ne réglementent pas la profession mais les traitements, en les impliquant dans la politique de santé de la médecine conventionnelle.

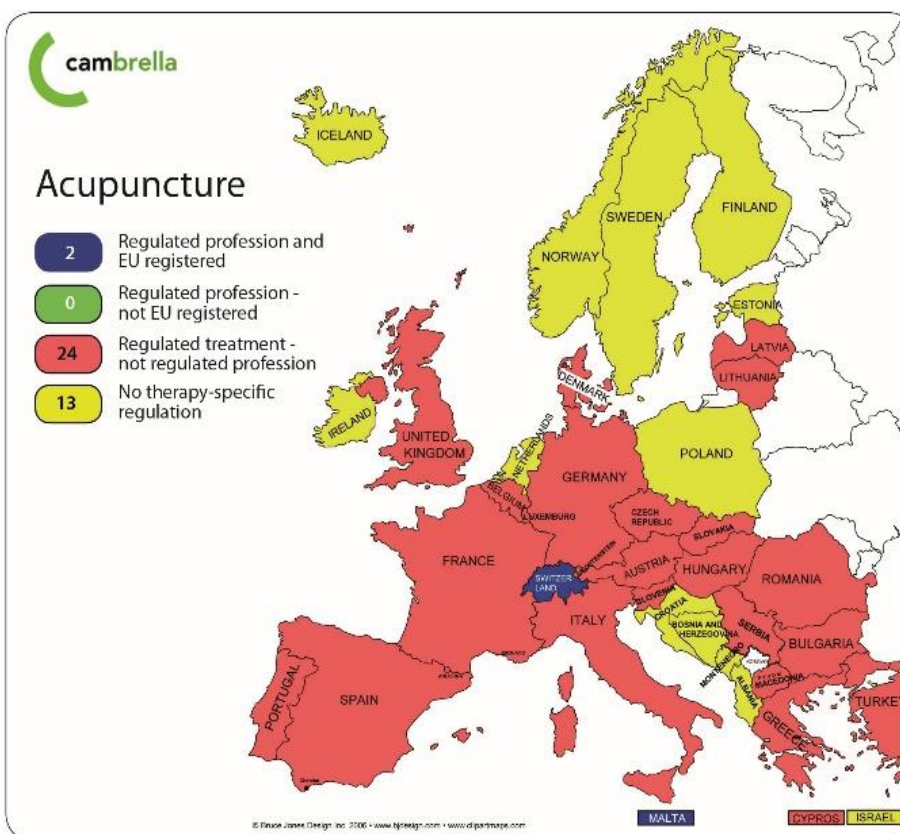


Figure 7. Réglementation de l'acupuncture en Europe

Cependant, le statut des professionnels autorisés ou non à pratiquer l'acupuncture varie grandement d'un pays à l'autre. Dans environ la moitié de ces pays, seuls les médecins y sont aptes (**Espagne, Bulgarie, République Tchèque, Grèce, Hongrie, Slovénie, Lettonie**). Pour l'autre moitié, elle concerne également des praticiens formés à la médecine complémentaire uniquement.

En Belgique, la loi n'exclue pas explicitement les praticiens non médecins.

Au Danemark, la pratique de l'acupuncture est libre. Il n'existe pas de formation accréditée en acupuncture. Elle peut être pratiquée par du personnel non médical et sans réelle autorisation. Seules les injections de médicaments sont réservées au personnel de santé.

En Norvège, tout le monde peut pratiquer l'acupuncture et le titre professionnel d'acupuncteur n'est pas protégé.

L'acupuncture est reconnue comme une qualification médicale additionnelle **en Autriche, en Bulgarie, en République Tchèque, en France, en Allemagne, en Grèce, en Hongrie, en Italie, au Portugal, en Slovénie, en Espagne, en Suisse**.

En Hongrie, 3 à 5 ans de spécialisation sont nécessaire avant de pouvoir exercer. **En Lettonie**, l'acupuncture est une spécialité médicale (3).

En France, l'acupuncture est une procédure médicale dont la pratique est réservée au personnel médical habilité, qui peut être médecin, chirurgien-dentiste, sage-femme ou encore vétérinaire. Pourtant, en 2011, le rapport de la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) faisait état de 3442 médecins acupuncteurs, mais le Syndicat National des Médecins Acupuncteur Français évoquait aussi 4000 à 6000 personnes exerçant l'acupuncture dans l'illégalité (14).

En Allemagne, l'acupuncture est réglementée par la loi en tant que système thérapeutique distinct (*besondere therapierichtung*) dans le code de droit social. L'association médicale délivre une qualification et des diplômes d'acupuncture reconnus. On parle de médecin acupuncteur pour les praticiens ayant bénéficié d'une formation complémentaire. La formation en acupuncture est une partie officielle du programme de formation médicale continue obligatoire pour les médecins inclus dans le système national d'assurance (SHI) (46).

Selon une étude nationale de 2010, déjà plus d'un tiers des médecins généralistes allemands utilisaient l'acupuncture (29). Beaucoup d'hôpitaux allemands ont pleinement intégré l'acupuncture dans leur arsenal thérapeutique. A l'institut cardiologique de Munich, l'électro acupuncture est actuellement adoptée lors d'opération cardiaque dans un but de réduction des doses d'opioïdes des synthèse. A

Hanovre, elle est testée dans le cadre de la prise en charge des douleurs chroniques. Une étude clinique est en cours comparant des groupes traités par méthode occidentale, des groupes traités par acupuncture et des groupes traités par association de l'acupuncture aux méthodes de traitement conventionnelles. Le Dr Gutenbrunner cherche ainsi à confirmer scientifiquement son ressenti clinique qui est que cette dernière méthode offre les meilleurs résultats (15).

En Italie, la Fédération nationale des ordres des médecins et des chirurgiens-dentistes (FNOMCeO) reconnaît l'acupuncture comme un traitement médical additionnel réservé aux médecins et chirurgiens-dentistes (46). La chambre médicale nationale délivre les diplômes d'acupuncteurs médicaux et toute pratique hors de ce cadre est interdite.

Le gouvernement régional d'Emilie-Romagne a même inclus l'acupuncture dans le niveau essentiel de soins du service régional de santé pour deux indications : la prévention des migraines et céphalées de tension et le traitement des lombalgies.

Au Portugal, de nouvelles réglementations se sont mises en place concernant différentes pratiques et notamment l'acupuncture. Les titres professionnels sont protégés depuis 2013 et ne sont autorisés qu'aux titulaires du certificat d'exercice correspondant.

En Espagne, l'acupuncture est réglementée par le gouvernement et c'est le Conseil de l'Association médicale qui délivre les diplômes d'acupuncteurs médicaux. Seuls les médecins sont autorisés à pratiquer dans des centres de santé, publiques ou privés, approuvés par la réglementation régionale.

13 pays ne comportent pas de réglementation spécifique, parmi lesquels **l'Albanie, l'Islande et la Norvège** qui ne mentionnent pas spécifiquement l'acupuncture, mais faisant état d'une réglementation générale des médecines complémentaires, influant directement sur sa pratique. Les autres pays se reposent sur la législation de la médecine conventionnelle.

2. Ostéopathie

Ostéopathe est une profession réglementée dans 9 pays, et enregistrée dans la base de données européenne des professions réglementées pour 6 d'entre eux qui sont **la Finlande, l'Islande, le Lichtenstein, Malte, la Suisse et l'Angleterre**. En France, comme en Hongrie et en Lettonie, la profession d'ostéopathe est réglementée mais n'est pas inscrite dans la base de données européenne.

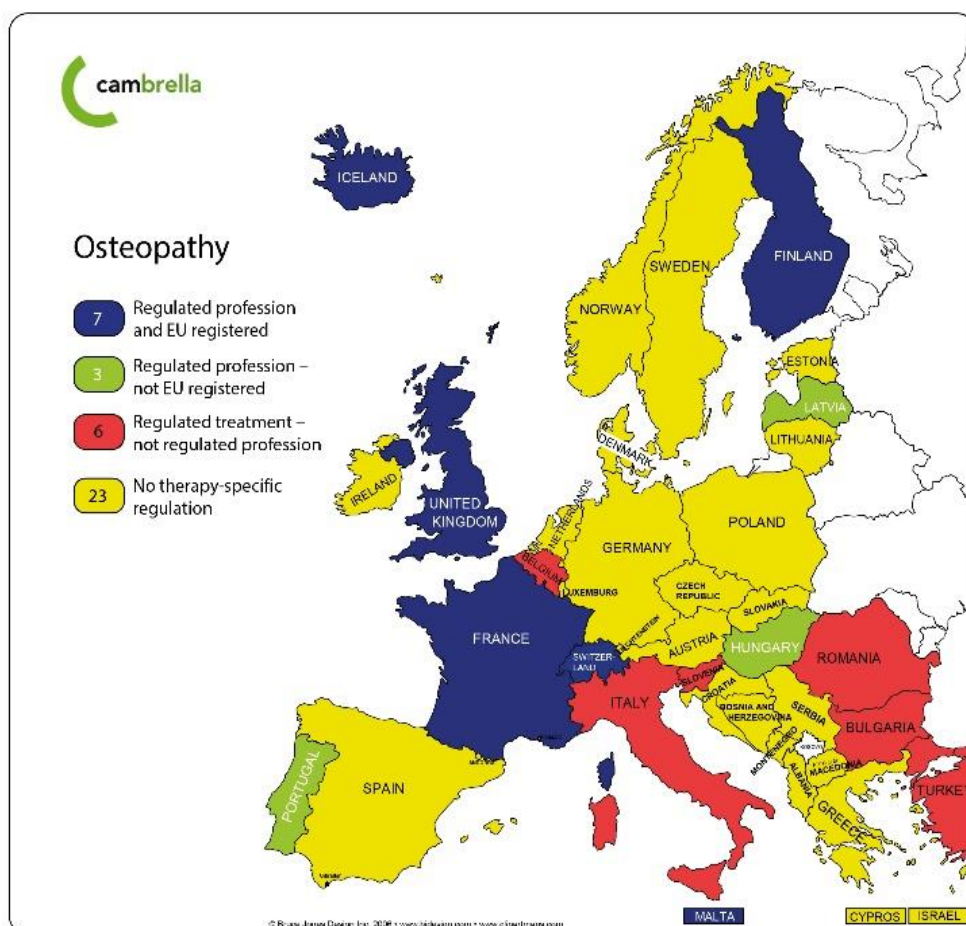


Figure 8. Réglementation de l'ostéopathie en Europe

En France, la profession est réglementée depuis 2002. La majorité des praticiens sont des ostéopathes exclusifs, mais certains travaillent également comme médecins, sages-femmes, infirmiers ou kinésithérapeutes. Les ostéopathes exclusifs n'ont pas de statut établi à ce jour leur permettant d'exercer à l'hôpital en tant que fonction publique hospitalière (25).

En Suisse, l'ostéopathie est reconnue comme une profession primaire de santé depuis 2016 (46).

En Allemagne, il n'y a aucune reconnaissance nationale officielle de la profession d'ostéopathe, malgré l'existence de nombreuses écoles d'ostéopathie. Les professionnels pratiquant l'ostéopathie (autre que médecins et kinésithérapeutes) travaillent officiellement sous la loi non spécifique des Heilpraktikers.

En Italie, la Fédération Nationale des Ordres des Médecins et Dentistes reconnaît le traitement ostéopathique comme relevant de la responsabilité des médecins, chirurgiens-dentistes et autres professionnels de santé réglementés ayant une formation en ostéopathie agréée au niveau international. Cependant en 2011, il semblait que plus de 50 % des thérapeutes en ostéopathie n'étaient pas signalés en Italie (47).

Au Portugal, depuis 2013, le titre d'ostéopathe est protégé et ne peut être utilisé que par un détenteur d'un certificat de formation correspondant.

Au Royaume-Uni, la profession d'ostéopathe est réglementée depuis 1993. Les ostéopathes anglais ont un statut de praticien indépendant consultant de premier rang, au même titre que les médecins et les chirurgiens-dentistes. Le titre d'ostéopathe est protégé et seuls les praticiens enregistrés à l'Ordre des ostéopathes peuvent porter ce titre (46).

En Finlande, la profession est réglementée et le titre est protégé.

Dans les pays de l'Est, l'exercice de l'ostéopathie est associé à la pratique médicale (République Tchèque, Slovaquie, Hongrie, Bulgarie, Macédoine, Croatie, Yougoslavie, Albanie, Bosnie, Slovénie, Ukraine) (46).

En Hongrie, seuls les médecins peuvent pratiquer et l'ostéopathie est réglementée comme de la thérapie manuelle. **En Lettonie**, l'ostéopathie est une spécialité médicale.

La Belgique, la Bulgarie, l'Italie, la Roumanie et la Slovénie pratiquent une réglementation des traitements et non des professions. **En Belgique**, la loi sur les MCA comprend une chambre d'ostéopathie. **En Roumanie**, l'ostéopathie fait simplement partie des techniques dites de thérapie manuelle. **La Slovénie** la classe quant à elle dans les « autres » de la classification des médecines alternatives.

24 pays ne mentionnent pas de réglementation spécifique à l'ostéopathie, parmi lesquels **l'Autriche, la Grèce ou le Danemark**.

3. Chiropratique

Chiropraticien est une profession réglementée dans 16 pays (sur les 39 inclus), parmi lesquels 10 l'ont enregistré dans la base de données européenne.

Dans la plupart de ces 16 pays, la profession de chiropracteur est reconnue en tant que médecine conventionnelle. **En Suisse et dans les pays scandinaves**, elle est tout à fait intégrée aux systèmes de santé. La chiropraxie est très développée en **Grande-Bretagne** où s'est installé le premier Collège européen de chiropratique en 1965 (18).

10 pays réglementent la pratique et non la profession. Enfin 13 pays n'ont aucune réglementation spécifique.

Certains les considèrent au même titre que les thérapies manuelles. D'autres ne les envisagent qu'en pratique additionnelle de kinésithérapeutes.

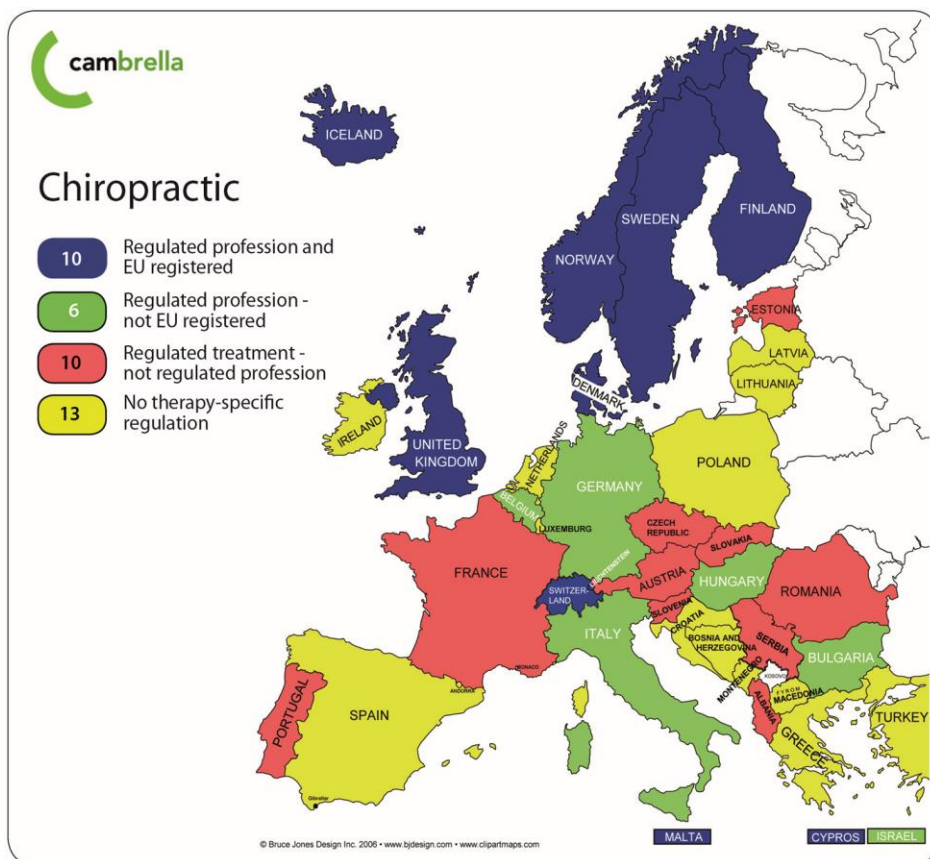


Figure 9. Réglementation de la Chiropratique en Europe

En France, la chiropratique est reconnue depuis 2002. Le *décret ministériel 2011-32 du 7 janvier 2011* permet aux professionnels de santé de pratiquer la chiropratique. En mars 2014, trois décrets gouvernementaux ont établi une accréditation des établissements de formation au titre de chiropraticien. La France va donc vers une réglementation de la profession.

En 2017, pour la première fois, une consultation chiropratique hospitalière ouvre à Toulouse, dans un service de médecine du sport.

En 2018, les décrets et arrêtés relatifs à l'enseignement de la chiropraxie en France parachèvent la reconnaissance des chiropracteurs en définissant les compétences du chiropracteur.

En 2019, une consultation chiropratique ouvre à l'hôpital Bicêtre au sein du service d'algologie (18).

En Allemagne, la chiropratique a été introduite au sein de l'association médicale comme terme supplémentaire pour les « thérapies manuelles » en 2003. Elle peut être pratiquée par les Heilpraktikers au même titre que d'autres pratiques complémentaires, sans réelle preuve de formation spécifique. De l'autre côté, les professions médicales qui désirent obtenir une qualification additionnelle en chiropratique doivent satisfaire 320 heures de séminaire.

En Italie, la chiropratique est reconnue comme un acte relevant de la responsabilité d'un médecin, d'un chirurgien-dentiste ou d'un professionnel de santé ayant une formation en chiropratique agréée au niveau international.

Au Portugal, le titre de chiropraticien est protégé depuis 2013.

Au Danemark, le système public des soins de santé rembourse en partie les soins dispensés par les chiropraticiens. Il n'est pas nécessaire d'être adressé par un médecin généraliste pour bénéficier d'une subvention. Environ 300 chiropraticiens ont un accord avec le régime public de santé.

En Suède, les chiropraticiens sont répertoriés comme des professionnels de santé.

4. Homéopathie

21 pays réglementent l'homéopathie.

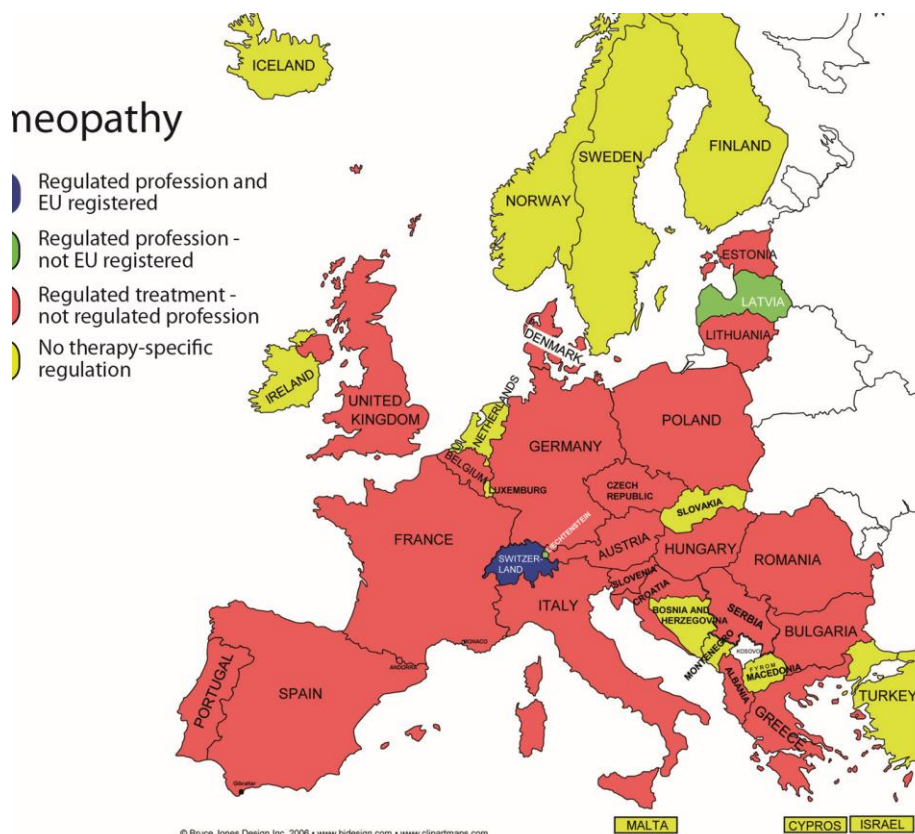


Figure 10. Réglementation de l'homéopathie en Europe

Les traitements homéopathiques ont obtenu le statut de médicament en France et en Europe. Ils sont inscrits dans les pharmacopées françaises et européennes respectivement depuis 1965 et 1995 (*Article L. 5121-1 11° du code de la Santé Publique et au niveau européen par la Directive 92/73/CEE*).

En France, en tant que pratique médicale, l'homéopathie est exclusivement exercée par des médecins, chirurgiens-dentistes ou sages-femmes. 1 médecin généraliste libéral sur 3 déclare prescrire de l'homéopathie quotidiennement d'après une étude menée en mars 2019 (étude Ipsos pour Weleda, Lehning et Boiron auprès de 302 médecins libéraux). 78% des sages-femmes libérales déclarent prescrire régulièrement de l'homéopathie (17).

En Lituanie comme en France, on trouve des médecins homéopathes.

Au Portugal, le titre d'homéopathe est protégé depuis 2013.

En Belgique, l'homéopathie est réservée aux médecins, dentistes et sages-femmes et le titre d'homéopathe est protégé et nécessite un enregistrement.

En Autriche et en Allemagne, un diplôme officiel en homéopathie est décerné aux docteurs qui suivent la formation post universitaire correspondante. L'homéopathie est également prescrite par les Heilpraktikers en Allemagne.

Au Lichtenstein, les Naturheilpraktikers peuvent être spécialisés en homéopathie.

En Suisse, il existe une profession d'homéopathe. Elle est enregistrée dans la base de données européenne sous le nom de « *Natural Health Practitioner* » au même titre que les naturopathes. En 2017, l'homéopathie pratiquée par des médecins a été incluse dans la loi fédérale sur l'assurance maladie.

Au Royaume-Uni, la faculté d'homéopathie est un établissement officiel de formation post universitaire pour les médecins et cette médecine fait partie du « *National Health Service* ». Cependant, elle s'exerce quasi-librement hors de ce cadre.

L'étude *Cambrella* a réalisé un tableau récapitulatif des professionnels aptes à prescrire de l'homéopathie, afin d'illustrer la situation européenne disparate (*Tableau 5*). Ce format n'a pas pu être effectué pour les autres pratiques car les réglementations les encadrant étaient insuffisamment claires. Les points d'interrogations correspondent à une réglementation ou absence de réglementation trop floue. Dans le cas où seuls les médecins possédants une formation complémentaire sont habilités à exercer, un non a été inscrit dans la colonne médecins « *Medical Doctors* ».

Ainsi, on peut voir qu'**en République Tchèque, en Hongrie, en Lituanie ou en Roumanie**, les médecins ne bénéficiant pas d'une formation additionnelle en Homéopathie ne sont pas autorisés à en prescrire.

Homeopathy - Who may practice

Country	Specific homeopathy treatment regulation	Medical Doctors (MDs)	Medical Doctors with CAM training	Conventional practitioners (CPs) PS3 ¹	Conventional health personnel with CAM training	CAM practitioners ²	Other may practice	Other CAM legislation	Notes
Albania	Yes	?	?	?	?	?	?	Yes	
Austria	Yes	Yes	Yes	?	?	?	No	Yes	
Belgium	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	?	No	Yes	
Bosnia and Herz.	No	Yes	Yes	?	?	?	No	No	
Bulgaria	Yes	Yes	Yes	No	No	No	No	Yes	
Croatia	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	No	
Cyprus	No	Yes	Yes	No	No	No	No	Yes	
Czech Republic	Yes	No	Yes	No	No	No	No	Yes	
Denmark	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	
Estonia	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	No	Yes	
Finland	No	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	
France	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	No	No	Yes	
Germany	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Heilpraktiker
Greece	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	?	Yes	
Hungary	Yes	No	Yes	No	No	No	No	Yes	
Iceland	No	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Healer
Ireland	No	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	No	
Israel	No	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	
Italy	Yes	Yes	Yes	No	No	No	No	Yes	
Latvia	Yes	Yes	Yes	No	No	No	No	Yes	
Liechtenstein	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	No	No	Yes	
Lithuania	Yes	No	Yes	No	No	No	No	Yes	
Luxembourg	No	Yes	Yes	?	?	No	No	Yes	
Macedonia	No	Yes	Yes	?	?	?	?	Yes	
Malta	No	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	
Montenegro	No	Yes	Yes	?	?	?	?	No	
Netherlands	No	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	?	Yes	
Norway	No	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	
Poland	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	?	Yes	
Portugal	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	?	Yes	
Romania	Yes	No	Yes	No	No	No	No	Yes	
Serbia	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	No	Yes	
Slovakia	No	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	
Slovenia	Yes	Yes	Yes	?	?	?	No	Yes	
Spain	Yes	Yes	Yes	?	?	?	No	Yes	
Sweden	No	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	
Switzerland	Yes *	Yes	Yes	?	?	?	?	Yes	*Naturopath/homeopath
Turkey	No	Yes	Yes	?	?	?	?	Yes	
United Kingdom	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	

1) Conventional practitioners (CPs) (PS3 post-secondary level 3-4 years)

2) CAM practitioner (CAM trained personnel, medical trained, DSE diploma post-secondary education level)

Tableau 5. Praticiens autorisés à prescrire de l'homéopathie

5. Naturopathie

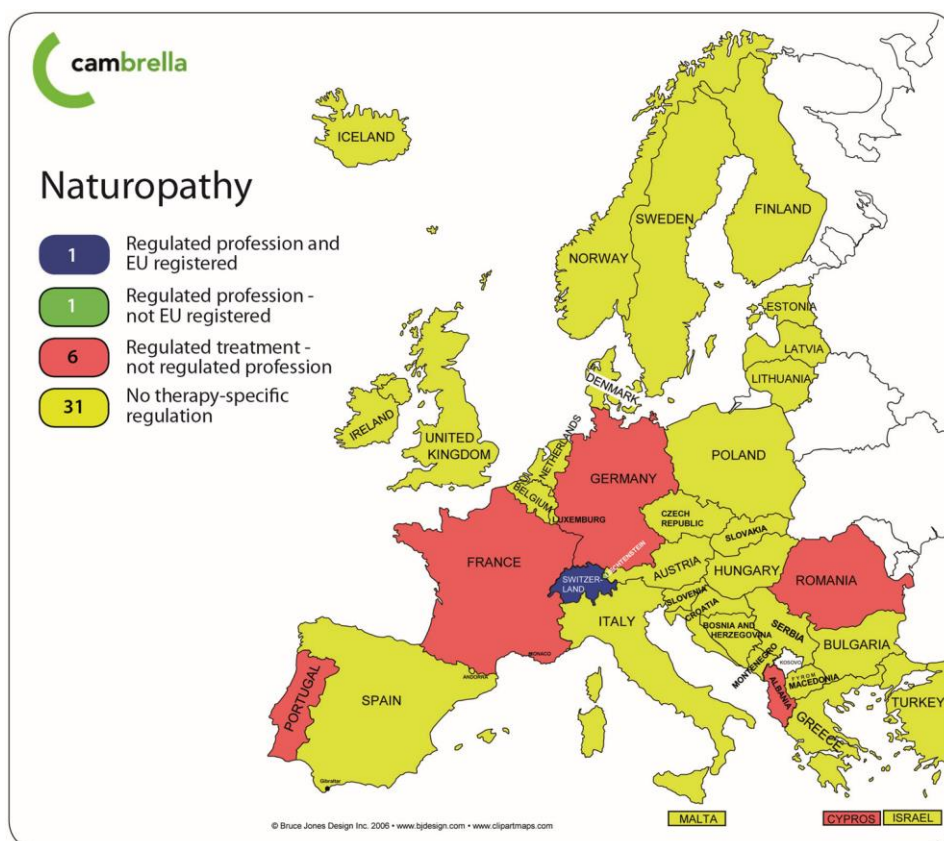


Figure 11. Réglementation de la naturopathie en Europe

Il existe une profession de naturopathe **en Suisse et au Lichtenstein**, mais seule **la Suisse** l'a enregistrée dans la base de données européenne sous deux dénominations professionnelles distinctes : naturopathe et naturopathe/homéopathe. **Au Lichtenstein**, elle est pratiquée par des Naturheilpraktikers spécialisés en naturopathie.

6 pays réglementent les traitements : **la France, l'Allemagne, le Portugal, la Roumanie, l'Albanie et Chypre**.

En France, on trouve des naturopathes non reconnus sous le nom d'auto entrepreneur « *human health activities not elsewhere classified* ».

Le Portugal et la Roumanie reconnaissent la naturopathie comme une médecine complémentaire et depuis 2013 naturopathe est un titre professionnel protégé au Portugal.

Les naturopathes sont libres d'exercer dans des pays comme **la Norvège, la Suède...** et réprimés dans d'autres, comme **l'Italie ou la Grèce**.

Les autres 31 pays n'en font pas mention distinctement.

6. Phytothérapie

La phytothérapie en tant que traitement, est réglementée dans 10 des 39 pays inclus. Cependant, elle est indéniablement incluse dans de nombreuses formes de pratiques telles que la médecine traditionnelle chinoise, la médecine anthroposophique, ...

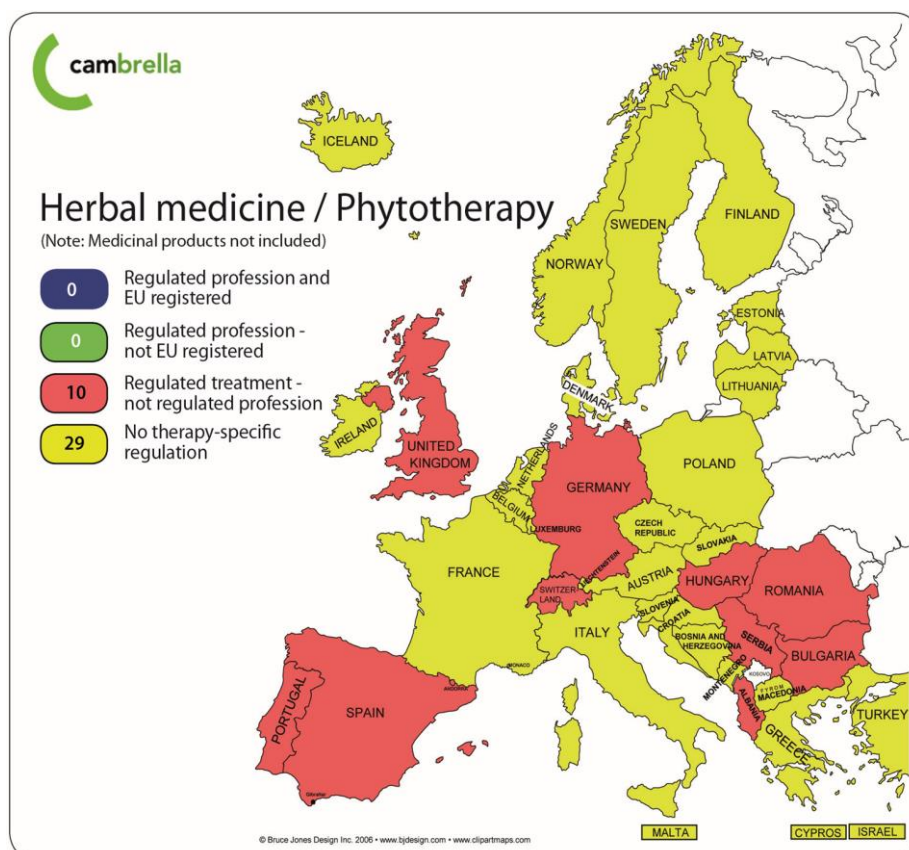


Figure 12. Réglementation de la phytothérapie en Europe

En Allemagne, c'est une pratique courante parmi les médecins et Heilpraktikers.

En Espagne, la phytothérapie est un acte médical autorisé uniquement aux détenteurs d'un doctorat de médecine.

En Italie, la fédération nationale des ordres des médecins et dentistes a reconnu le traitement de phytothérapie comme relevant de la responsabilité d'un dentiste ou d'un médecin.

En Bulgarie, les prestataires de phytothérapie doivent justifier d'une formation.

En Serbie, la loi des médecines complémentaires et alternatives décrit la phytothérapie comme une méthode de traitement efficace. Elle ne peut être pratiquée que par des professionnels de santé (médecins, chirurgiens-dentistes, pharmaciens, infirmiers, kinésithérapeutes).

En Suisse, la médecine des plantes est incluse dans les lois fédérales, mais la réglementation détaillée est déléguée à des associations médicales et non médicales. En 2017, la phytothérapie pratiquée par des médecins a été incluse dans la loi fédérale sur l'assurance maladie.

Au Portugal, le titre de phytothérapeute est protégé depuis 2013.

7. Thérapie neurale

3 pays : l'**Autriche**, la **Hongrie** et la **Suisse**, appliquent une réglementation spécifique à la thérapie neurale.

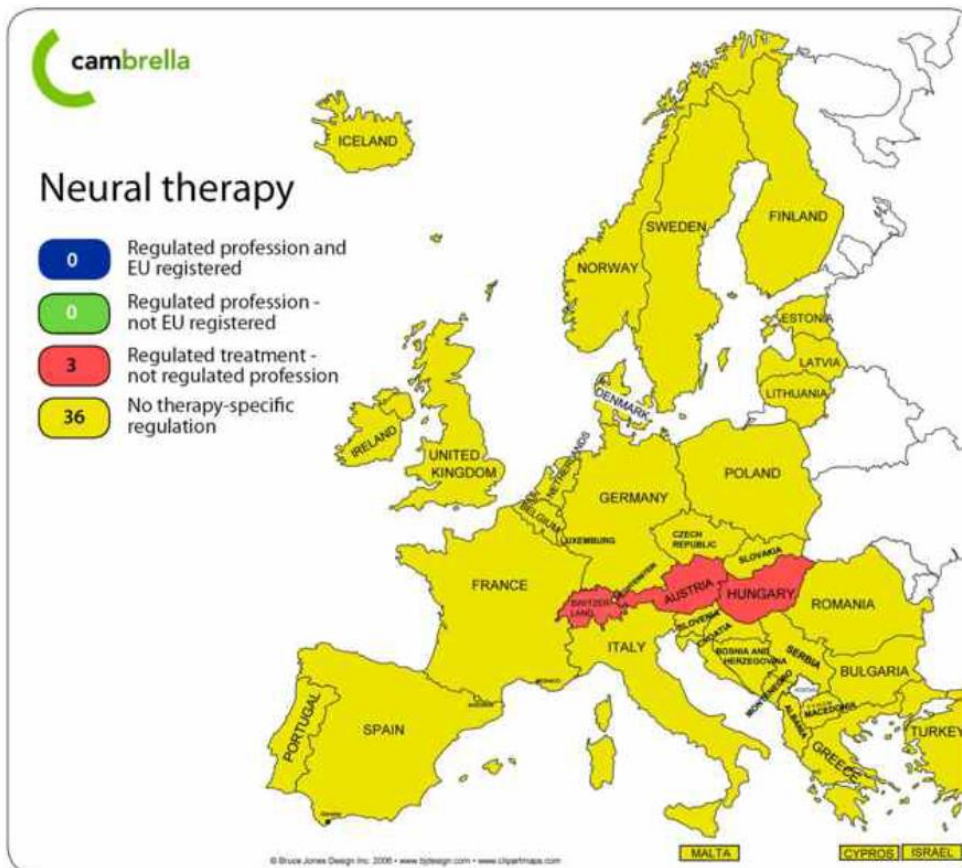


Figure 13. Réglementation de la thérapie neurale en Europe

En Suisse, la thérapie neurale est incluse dans les lois fédérales. Elle est à la frontière entre médecine conventionnelle et non-conventionnelle.

En Autriche, des diplômes délivrés par le Conseil Médical Autrichien spécialisent les médecins en thérapie neurale.

En Hongrie, la législation des médecines alternatives évoque la thérapie neurale. L'université de Pécs propose un cursus de deux ans en thérapie neurale pour les médecins.

En Allemagne, il n'y a pas de réglementation spécifique mais certains aspects de la thérapie neurale sont couramment pratiqués, notamment tout ce qui est traitement par injection, et sont considérés comme de la médecine conventionnelle.

36 pays ne font mention d'aucune réglementation.

8. Médecine Anthroposophique

La médecine anthroposophique est pratiquée exclusivement par des docteurs en médecine ; c'est un courant médical thérapeutique bien établi en Europe (présent dans 22 pays européens).

7 pays appliquent une réglementation spécifique à la médecine anthroposophique : **l'Allemagne, la Suède, la Suisse, l'Autriche, la Hongrie, la Bulgarie et la Lettonie.**

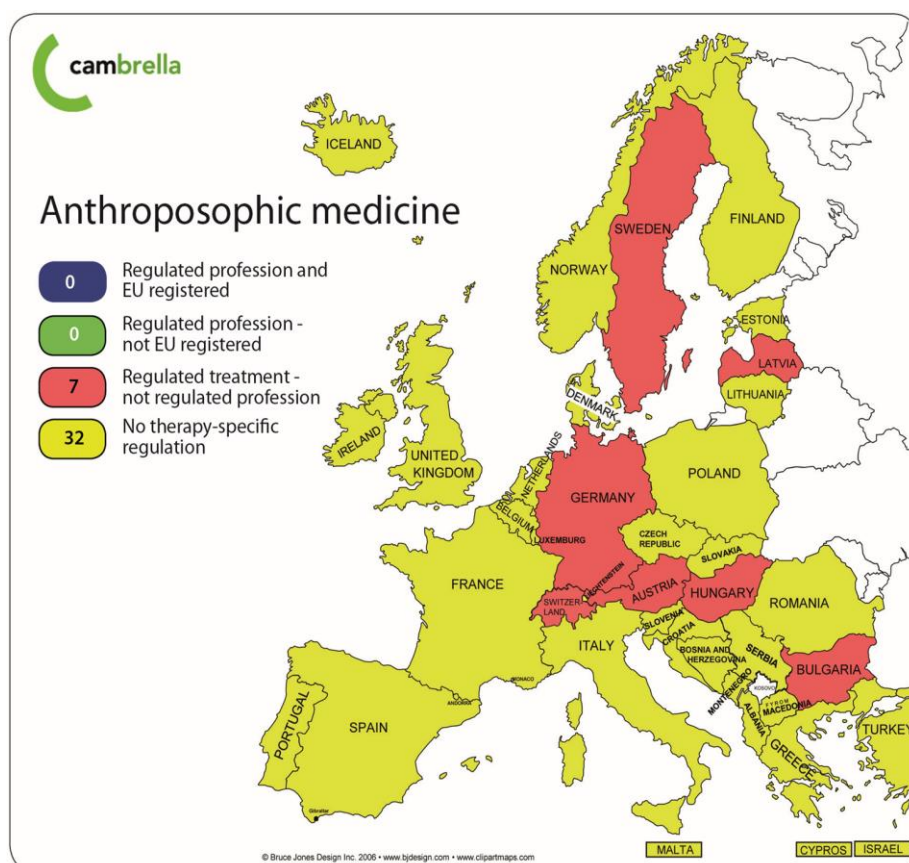


Figure 14. Réglementation de la médecine anthroposophique en Europe

En France, il n'y a pas de réglementation de la médecine anthroposophique.

La Mission interministérielle de vigilance et de lutte contre les dérives sectaires (MIVILUDES) avait inscrit, dans son guide publié le 10 avril 2012, la médecine anthroposophique sur la liste des médecines à dérive sectaire. Suite au jugement rendu le 20 avril 2018 par le Tribunal administratif de Paris, la médecine anthroposophique fait maintenant partie des pratiques médicales intégratives. Cependant, les diplômes de médecine anthroposophique ne sont pas reconnus par l'Ordre des médecins (46).

L'Allemagne reconnaît la médecine anthroposophique comme un « système thérapeutique distinct » par le code social et la loi sur les médicaments, au sein de la législation nationale. Elle est représentée par une structure propre auprès de l'institut fédéral allemand des médicaments et des dispositifs médicaux (BfArM).

Dans ce pays, tout comme **aux Pays-Bas, en Hongrie et en Suède**, les hôpitaux de médecine anthroposophique font partie du service de santé publique. Il existe 12 hôpitaux ou services hospitaliers anthroposophiques en Allemagne. La médecine anthroposophique est exercée dans trois grands hôpitaux anthroposophiques à Herdecke, Berlin et Stuttgart, deux cliniques anthroposophiques de médecine interne à Öschelbronn et Unterlegenhart et une clinique psychiatrique près de Fribourg en Brisgau. L'Allemagne compte aussi un petit groupe de Heilpraktikers anthroposophiques avec leur propre corps professionnel (22).

En Bulgarie et Lituanie, un enseignement complémentaire en médecine anthroposophique est proposé aux docteurs en médecine.

En Autriche, c'est l'*Austrian Medical Board* qui spécialise les professionnels de santé.

En Italie, les diplômes délivrés par les associations de médecins anthroposophes sont reconnus par l'association médicale nationale. La médecine anthroposophique y est dispensée dans certains hôpitaux.

En Suisse, la médecine anthroposophique a été incluse dans la loi fédérale sur l'assurance maladie en 2017. Elle est exercée dans trois cliniques anthroposophiques : Ita Wegman Klinik et Klinik Arlesheim, près de Bâle, ainsi qu'à Paracelsus-Spital à Richterswil, et par 250 médecins libéraux dont plus de 200 membres de l'association suisse des médecins d'orientation anthroposophique (VAOAS). L'association médicale anthroposophique est reconnue et délivre le certificat de compétence en médecine anthroposophique (22).

En 2011, l'Europe comptait environ 4 800 médecins d'orientation anthroposophique faisant partie d'associations nationales de médecine anthroposophique. Mais sur la base du nombre de prescriptions, il a été estimé que les médicaments anthroposophiques étaient prescrits par plus de 30 000 médecins dans 21 des 27 états membres de l'UE, ainsi qu'en Norvège et en Suisse.

En Allemagne, ils étaient environ 3 500 à exercer la médecine anthroposophique en libéral, parmi lesquels 1 100 étaient membres de l'association médicale anthroposophique (46,48).

La médecine anthroposophique est pratiquée dans 25 structures hospitalières réparties entre **l'Allemagne, l'Italie, les Pays-Bas, la Suède, le Royaume-Uni et la Suisse**. Rien qu'en Allemagne, on dénombre douze hôpitaux ou services hospitaliers anthroposophiques. Elle est également utilisée dans plus de 500 établissements pour personnes ayant des difficultés d'apprentissage et des handicaps psychomoteurs dans 19 pays membres de l'Union Européenne, en Norvège et en Suisse (49).

La carte suivante (*Figure 15*) représente la répartition des membres d'associations européennes de médecine anthroposophique en 2011. **L'Allemagne** se distinguait avec plus de 1000 praticiens membres. **La France, la Suisse, l'Italie et les Pays-Bas** en comptait chacun entre 101 et 1000 (50).

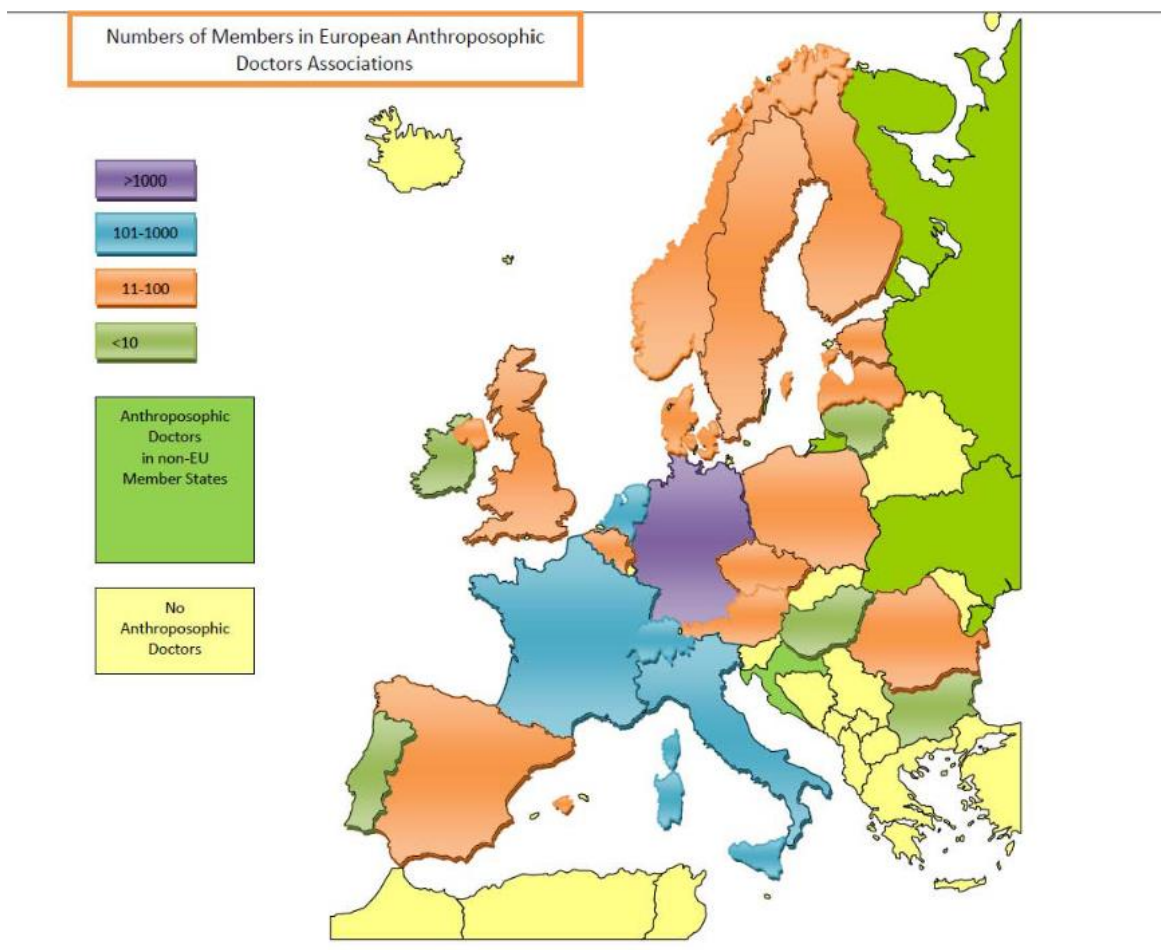


Figure 15. Nombre de membres des associations européennes de médecine anthroposophique

VI. Enseignement

Globalement en France, l'enseignement des médecines complémentaires est hétéroclite et peu documenté. Les formations privées sont nombreuses. Elles ne donnent souvent pas lieu à des diplômes nationaux, et pour l'essentiel des formations, il n'y a aucune reconnaissance par l'Etat. D'autre part, certaines formations font l'objet de diplômes universitaires (DU) ou de diplômes inter-universitaires (DIU). Ce sont des formations complémentaires attestant de connaissances et compétences spécifiques qui, à elles seules, ne donnent pas de droit d'exercice exclusif. Certaines formations sont également dispensées par des organismes privés, sans contrôle des institutions publiques.

Certains titres professionnels sont protégés. C'est le cas des psychothérapeutes, ostéopathes, ou chiropracteurs, qui doivent justifier d'une formation adéquate pour être référencés sous ce titre.

La conjoncture composite européenne vient s'ajouter à ce schéma confus, en multipliant les acteurs et les points de vue.

Pour illustrer ce manque d'harmonisation des formations des pratiques médicales non conventionnelles, nous avons choisi de parler du cas particulier de l'Allemagne, ainsi que d'évoquer la question de l'apprentissage de l'hypnose en France.

Nous mettrons également en lumière le contraste des enseignements entre la France et l'Europe, concernant l'acupuncture, l'ostéopathie et la médecine anthroposophique.

1. Le cas de l'Allemagne avec le diplôme de Heilpraktikers

En Allemagne, les Heilpraktikers font partie intégrante du paysage des soins de santé. Ce sont des professionnels de santé non médecin. Leur formation se réalise en 3 ans (3500 heures) en école privée, au bout desquelles un diplôme est délivré devant une commission composée de Heilpraktikers et de médecins. La formation est pluridisciplinaire, combinant un enseignement théorique fondamental (anatomie, physiologie, histologie, pathologie, biochimie...) avec l'apprentissage de techniques de soins naturels complémentaires.

Le diplôme de Heilpraktiker permet de former des praticiens qui sont à la fois biothérapeutes, hygiénistes, nutritionnistes, et qui peuvent également faire le choix d'exercer les professions plus spécifiques d'homéopathe, d'acupuncteur, de naturopathe, de chiropraticien... Le diplôme de Heilpraktiker correspond à un niveau d'étude demandé pour pouvoir exercer l'ensemble de ces thérapies non conventionnelles. Ainsi, l'Allemagne encadre ces praticiens de santé non médecins et réglemente les autorisations d'exercice (51).

2. Hypnose en France

Les **formations privées** en hypnose pullulent sur le marché. Elles sont de durées très variables, avec des contenus inhomogènes, parfois même en e-learning, et dont le sérieux et la validité sont sujets à caution pour certaines d'entre-elles. Selon les formations, l'apprentissage de l'hypnose n'est pas toujours réservé aux professionnels de santé et peut être ouvert à tous. Parfois labellisées « hypnose thérapeutique », elles jouent sur l'idée de soins par l'hypnose et posent des questions d'ordre éthique. La dispense de ces formations à des non professionnels de santé est légale car aucun texte officiel ne l'interdit. Cependant, la pratique de l'hypnose à visée thérapeutique est réservée au corps médical, sous peine de condamnation pour exercice illégal de la médecine. Seule la reconnaissance de l'hypnose clinique, thérapeutique et médicale en France peut faire face aux dérives potentielles.

Le statut d'hypnothérapeute, non réglementé, concerne ainsi des praticiens aux qualifications très différentes. En 2015, le rapport INSERM évoquait que « certains organismes se positionnent de manière très claire pour que la pratique de l'hypnose à visée thérapeutique soit réservée à des professionnels de santé », suivant les recommandations de la Confédération Francophone d'Hypnose et des Thérapies Brèves (CFHTB), de la Société européenne d'hypnose (ESH) et de la Société Internationale d'Hypnose (ISH). Ces organismes réservent donc leurs formations exclusivement aux professionnels de santé.

La Confédération Francophone d'Hypnose et des Thérapies Brèves (CFHTB) propose une régulation et un contrôle des pratiques pour les professionnels de santé (médecins, psychologues, chirurgiens-dentistes et autres professionnels de santé diplômés d'État [bac+3]). Elle regroupe des Instituts de formation en hypnose et des associations de praticiens travaillant dans le champ de l'hypnose et des psychothérapies brèves. Elle représente environ 3000 professionnels en France, Belgique, Luxembourg, Suisse, Québec... Son but est de définir un cadre pour harmoniser les formations.

Le Certificat d'Hypnose Clinique et Thérapeutique (CHCT) s'inscrit dans cette même dynamique. Il requiert 300 heures de formation (120 h de programme commun + 180 h de spécialisation) et permet la participation à des colloques, congrès, forums, l'accès à des bases de données bibliographiques...

L'hypnose est également le fait d'un **enseignement public universitaire**, proposé principalement en 2ème et 3ème cycle dans les facultés de Médecine, mais aussi dans certaines facultés de Psychologie ou d'Odontologie. En 2nd cycle, il prend la forme d'enseignements optionnels de durées variables (environ 20 h). Les étudiants sont demandeurs et on tend peu à peu vers un enseignement obligatoire. Les étudiants de 3ème cycle accèdent à des formations en hypnose sous la forme de Diplômes Universitaires (DU), de Diplômes Inter-Universitaires (DIU) regroupant plusieurs universités et de Diplôme d'Etudes Supérieures Universitaires (DESU).

Actuellement en France, on recense 1 DESU, 5 DIU et 16 DU.

Ces enseignements sont soumis à l'agrément du Conseil d'Administration (CA) propre à chaque université.

L'inscription à ces diplômes requiert la détention d'un diplôme d'état (médecin, chirurgien-dentiste, infirmier, psychologue, orthophoniste, kinésithérapeute...) et parfois un certain nombre d'années d'exercice ou un niveau de troisième cycle pour les étudiants (52).

Enseignements universitaires de l'hypnose :

DESU

1. Hypnose médicale - Université d'Aix-Marseille - Dr Flavie Derynck-Godchaux

DIU

1. Hypnose médicale - Université de Bordeaux - Dr Sylvie Colombani
2. Hypnose médicale et clinique - Dijon, Université de Bourgogne - Pr Antoine Bioy
3. Hypnose médicale - Université de Montpellier-Nîmes - Dr Isabelle Nickles
4. Hypnose médicale et des techniques d'activation et d'orientation de l'attention et de la conscience - Université Paris 11 - Dr Jean Becchio
5. Hypnose médicale et clinique - Rennes Université de Bretagne Occidentale et de Bourgogne - Dr Lolita Mercadié

DU

1. Hypnose - Université Clermont Auvergne Clermont-Ferrand - Pr Pierre-Michel Llorca
2. Hypnothérapie - Dijon, Université de Bourgogne - Pr Antoine Bioy
3. Hypnose thérapeutique et médicale pour les professionnels de la santé - Grenoble Université Grenoble Alpes - Pr Bruno Bonaz, Dr Cécile Sabourdy
4. Hypnose clinique - Université de LILLE - Pr Olivier Cottencin
5. Hypnose médicale - Université de Lyon - Pr Frédéric Aubrun
6. Hypnose et thérapies brèves stratégiques et solutionnistes - Université de Limoges - Pr Jean-Pierre Clément, Dr Eric Charles, Dr Hervé Fischer
7. Hypnose et communications thérapeutiques - Université de Nantes - Pr Julien Nizard
8. Hypnose médicale et formation à la pratique de l'hypnose thérapeutique - Université de Nice Sophia Antipolis - Dr Nadine Memran
9. Hypnose médicale - Université Paris 6 - Dr Jean-Marc Benhaïem
10. Hypnose en anesthésie - Université Paris 11 - Dr Pascale Arnoud, Pr Laurent Rigal
11. Hypnose médicale et clinique - Université de la Réunion - Dr Marceline Ducrocq-Grondin
12. Hypnose médicale - Université de Toulouse - Pr Laurent Schmitt
13. Hypnose et prise en charge de la douleur - Université de Strasbourg - Pr Jacques Kopferschmitt, Dr Eric Salvat, Dr Patrick Bellet
14. Hypnoanalgésie et utilisation de techniques non pharmacologiques dans le traitement de la douleur - Université de Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines - Pr Dominique Fletcher
15. Hypnose médicale - Université de Tours - Pr Pierre Castelnau
16. Hypnose et anesthésie - faculté de médecine Paris XI.
17. Hypnose Clinique - Paris XI, Bicêtre – Orsay

3. Acupuncture

a) En France

Comme pour l'hypnose, les formations privées se sont emparées du marché de la formation à l'acupuncture. **Des centres de formation « ouverts à tous »** proposent des formations en 3 à 5 ans ouvertes aux non professionnels de santé ; car bien que l'acupuncture soit un acte médical et donc réservé aux professions de santé, aucun texte n'en interdit son enseignement. Et bien que ces centres de formation ne délivrent donc pas de diplôme reconnu par l'Etat français, ni n'octroient d'équivalence universitaire, le rapport INSERM de 2014 évoquait malgré tout leur multiplication.

A côté de des formations privées, il existe un **enseignement universitaire** de l'acupuncture ; il est dispensé dans les facultés de médecine sous la forme de Diplôme Inter Universitaire (DIU) en 3 ans et depuis 2007, d'une Capacité de médecine (diplôme d'Etat). L'enseignement de l'acupuncture dépend des universités. Il est coordonné par les différentes associations pour harmoniser le contenu de la formation d'une université à l'autre et permettre une évolution de l'enseignement (23).

- Le diplôme national de Capacité d'acupuncture est mis en place par le décret du 26 avril 2007. La Capacité est délivrée dans les facultés de Paris XIII-Bobigny, Nantes, Strasbourg et Nîmes et s'adresse uniquement aux titulaires de la Thèse de Médecine. La formation s'étend sur 2 ans, après un an de DIU d'initiation à l'acupuncture médicale (délivré dans les facultés de Paris XIII-Bobigny, Nantes, Strasbourg, Nîmes et Rouen). L'enseignement théorique sur les deux années de capacité totalise 260 heures et la formation pratique au moins 190 heures. Le contenu de la formation nécessaire à l'obtention de la Capacité fait l'objet d'un texte de loi, ainsi que de recommandations de l'OMS. L'enseignement regroupe à la fois les bases de la médecine traditionnelle chinoise, les nosologies de l'acupuncture traditionnelle orientale ainsi que des notions de neurophysiologie scientifique.

Les associations de professionnels encadrant la pratique de l'acupuncture sont nombreuses :

- **La Fédération des Acupuncteurs pour leur Formation Médicale Continue (FAFORMEC)** appartient au Conseil National Professionnel de l'Acupuncture, réunissant les instances de la profession, avec le Collège Français d'Acupuncture et de Médecine Traditionnelle Chinoise (CFA-MTC), le Syndicat National des Médecins Acupuncteurs de France (SNMAF) et le Collège des Enseignants Francophone d'Acupuncture Médicale (CEFAM) pour l'enseignement universitaire et les maîtres de stage. Elle est constituée de 19 associations de Médecins Acupuncteurs en France, à la fois nationales et régionales. Elle a une fonction de représentation de la formation médicale en acupuncture en France, et de la formation continue. Elle a pour objectif d'aider les associations dans leurs actions de formation, en organisant notamment des formations de formateurs. Elle joue également un rôle dans l'accréditation des associations et organise un congrès national annuel (53).

b) En Europe

En Allemagne, en Italie, au Portugal, en Espagne, en Autriche, en Bulgarie et en Suisse, les diplômes d'acupuncture sont délivrés par l'association médicale nationale, lorsque dans la plupart des autres pays, les diplômes sont délivrés par l'association d'acupuncture.

En Lettonie, bien que délivré par l'association d'acupuncture, le diplôme est officiellement approuvé par le gouvernement. Il est également reconnu **en Italie et en République Tchèque**.

Les cours de familiarisation à l'acupuncture dans le cursus médical sont traités majoritairement comme un sujet à part **en France, en Allemagne, en Espagne, en Autriche et en Bulgarie**. **En Allemagne, en Hongrie, en République Tchèque et aux Pays Bas**, on les retrouve inclus au sein d'enseignements de médecines complémentaires. Enfin, **en Lettonie et en Allemagne**, on retrouve également ces cours dans le cadre d'un enseignement à la MTC.

L'enseignement universitaire (s'apparentant aux DU/DIU) est retrouvé de façon similaire chez nos voisins européens (**en Allemagne, en Hongrie, au Portugal, en Espagne, en République Tchèque, ...**).

L'acupuncture fait partie de la formation continue obligatoire des médecins **en Allemagne, en Grèce, en Hongrie et en Lettonie** (50).

4. Ostéopathie

a) En France

Les établissements de formation à l'ostéopathie sont des **organismes privés**, mais le gouvernement français accrédite les écoles d'ostéopathie et réglemente la formation conduisant au titre d'ostéopathe. Le *décret n° 2014-1043 du 12 septembre 2014* est relatif à l'agrémentation des établissements de formation en ostéopathie. Le *décret n° 2014-1505 du 12 décembre 2014* est relatif à la formation en ostéopathie et définit les critères requis de formation. Le gouvernement vise ainsi une homogénéisation de la formation. Une nouvelle loi incluant la chiropratique est en discussion.

L'agrément d'un établissement dure 5 ans et doit faire l'objet d'une demande de renouvellement auprès du ministère de la santé. 31 établissements agréés sont mentionnés sur le site de l'Association Française d'Ostéopathie (AFO) et du ministère des solidarités et de la santé (*décret n° 2014-1043*).

La formation requise est une formation en 5 ans, comptabilisant au moins 3360 heures de formation théorique et pratique, et 1500 heures de formation pratique clinique incluant 150 consultations complètes et validées (*décret n° 2014-1505*). Cette formation peut être indiquée sur la plaque du professionnel par la mention « DO », signifiant diplômé(e) en ostéopathie.

En plus de cela, des établissements sont agréés pour dispenser une formation en ostéopathie, réservée aux professionnels de santé, qui débouche sur un DIU de Médecine Manuelle Ostéopathie. L'Ordre des médecins en autorise la mention sur les plaques et ordonnances.

En 2011, les facultés de médecine habilitées à délivrer ce titre étaient au nombre de 16 : Aix-Marseille, Bobigny-Paris XIII, Bordeaux, Caen, Dijon, Grenoble, Lille, Lyon, Paris V, Paris VI, Reims, Rennes, Saint-Etienne, Strasbourg, Toulouse et Tours (25).

b) En Europe

En Finlande, en Islande, au Liechtenstein et à Malte, l'exercice de l'ostéopathie requiert une qualification en 3 à 5 ans post baccalauréat.

En Suède, en Norvège et en Finlande, les étudiants suivent d'abord un tronc commun d'études médicales, avant d'avoir la possibilité de choisir un cursus dans une médecine non conventionnelle, comme par exemple l'ostéopathie.

En Suisse, la qualification prend la forme d'un diplôme intercantonal d'ostéopathie (diplôme d'Etat). La formation dure 5 ans (études à plein temps) plus deux années de stage (assistanat).

En Angleterre, l'ostéopathie requiert une qualification en 4 ans post baccalauréat. L'Angleterre est le premier pays à avoir instauré une formation à temps plein à l'ostéopathie. La formation continue pour les praticiens est une obligation.

En Lettonie, les médecins peuvent obtenir un doctorat d'ostéopathie, après une formation à la spécialité en 3 ans (54).

5. Médecine anthroposophique

a) En France

L'enseignement en médecine anthroposophique est dispensé dans des centres d'enseignement privés, essentiellement sous forme de cours de formation médicale post universitaires. Les certifications de médecine anthroposophique ne sont pas reconnus par l'Ordre des médecins (46).

Les formations en médecine anthroposophique sont assurées par plusieurs structures privées constituées en associations, ainsi que par l'université de Strasbourg. L'Association pour la Recherche et l'Enseignement en Médecine Anthroposophique (AREMA), ou encore l'Institut de Formation en Médecine Anthroposophique (IFEMA) dispensent une formation de base et une formation continue. Et depuis 2013, des formations en médecine anthroposophique sont organisées dans le cadre du Service de Formation Continue de l'Université de Strasbourg (UNISTRA). Elles correspondent à 10 journées de formation annuelle (49).

Les standards de formation en médecine anthroposophique sont des standards internationaux, définis par l'Association Internationale de Médecine Anthroposophique (IVAA). La formation totalise 1000 heures, réparties sur 3 années. Le suivi de ce cursus est sanctionné par l'obtention d'un Certificat International en Médecine Anthroposophique. Celui-ci est délivré par la Section Médicale du Goetheanum, siège international de l'Ecole supérieure de science de l'esprit et de la Société anthroposophique situé à Arlesheim (Suisse) (49).

Un colloque national de médecine anthroposophique est organisé tous les 2 ans et un congrès inter-associatif tous les 3 ans. En 2012, ils étaient 120 médecins à avoir obtenu la certification en médecine anthroposophique en France (46).

b) En Europe

En Allemagne, un enseignement universitaire est assuré dans deux hôpitaux d'enseignement académique : l'Université Humboldt Charité à Berlin et l'Université de Witten Herdecke. Cette dernière possède une chaire de médecine intégrative et anthroposophique ; elle dispense un cursus complet d'études médicales intégrant l'enseignement de la médecine anthroposophique. Des conférences sur la médecine anthroposophique font partie du programme d'enseignement de nombreuses universités. Et un enseignement privé consistant en une formation post universitaire est accessible aux médecins.

En Hollande, à l'*University of Applied Sciences* de Leiden, il existe une chaire de « soins de santé anthroposophiques » (*Anthroposophic Healthcare*).

En Italie (Florence et Bologne) et **en Suisse** (Berne), des chaires professorales joignent la médecine anthroposophique aux thérapies complémentaires.

En Autriche, aux Pays-Bas, en Espagne, en Suède et en Suisse, des cours optionnels d'introduction à la médecine anthroposophique sont proposés en premier cycle des études de Médecine.

En Autriche, au Danemark, en Finlande, en Allemagne, en Hongrie, en Italie, aux Pays-Bas, en Pologne, en Roumanie, en Espagne, en Suisse et au Royaume Uni, des cours de troisième cycle sont proposés par des centres de formation privés, généralement sous l'égide des associations nationales de médecine anthroposophique.

En Allemagne, en Roumanie et en Suède, la médecine anthroposophique est une partie officielle du programme de formation continue pour les médecins.

Les diplômes pour les médecins pratiquant la médecine anthroposophique sont délivrés par les associations nationales de médecine anthroposophique. Ces diplômes sont reconnus par les structures ordinales nationales **en Autriche, en Suisse, en Bulgarie, en Allemagne, en Italie** (Bologne, Terni et Palerme), **en Lettonie et en Espagne**.

En Autriche, en Bulgarie, en Allemagne, en Lettonie et en Suisse, les médecins qui souhaitent exercer la médecine anthroposophique doivent nécessairement obtenir la qualification adéquate (46).

VII. Le chirurgien-dentiste et la médecine intégrative

1. Cadre réglementaire du Chirurgien-Dentiste

Il n'existe actuellement aucune réglementation propre à la pratique des MCA au cabinet dentaire. Tout chirurgien-dentiste peut donc les intégrer à son exercice, sous réserve de ne pas outrepasser la capacité professionnelle que lui confère le Diplôme d'Etat de docteur en chirurgie dentaire, comme le stipule *l'article L.4141-1 du Code de la Santé Publique* : « La pratique de l'art dentaire comporte la prévention, le diagnostic et le traitement des maladies congénitales ou acquises, réelles ou supposées, de la bouche, des dents, des maxillaires et des tissus attenants, dans le respect des modalités fixées par le code de déontologie de la profession mentionné à *l'article L.4127-1*. ». En effet, la directive européenne 2005/36/EC autorise les professionnels de santé, parmi lesquels chirurgiens-dentistes, à intégrer la médecine complémentaire à leur exercice, avec l'assurance qu'ils aient « une connaissance suffisante des structures, des fonctionnements physiologiques et pathologiques, et de la relation entre l'état de santé et l'environnement physique et social » (39). Ainsi, le chirurgien-dentiste ne peut donc traiter par des thérapies complémentaires des pathologies en dehors de son domaine de compétence.

La formation initiale peut donner accès, dans certaines facultés, aux médecines complémentaires, mais n'accorde pas pour autant la compétence pour les pratiquer. Dans le cadre de ces pratiques, le chirurgien-dentiste a une obligation de formation : « Sauf circonstances exceptionnelles, il ne doit pas effectuer des actes, donner des soins ou formuler des prescriptions dans les domaines qui dépassent sa compétence professionnelle ou les possibilités matérielles dont il dispose », *article R.4127-204 du code de déontologie des chirurgiens-dentistes*. S'il n'est pas compétent, il doit alors adresser son patient à un confrère qui le sera : « Les chirurgiens-dentistes peuvent prescrire tous les actes, produits et prestations nécessaires à l'exercice de l'art dentaire. » *article L.4141-2 du Code de la Santé Publique*.

Enfin, ces qualifications n'étant pas reconnues par le conseil de l'Ordre des chirurgiens-dentistes, elles ne pourront pas être mentionnées sur les plaques et ordonnances (ONCD).

2. Quelles pratiques complémentaires et alternatives pour le chirurgien-dentiste en France ?

Le chirurgien-dentiste a accès à de nombreuses formations, à la fois universitaires et privées, et peut se former en hypnose, en acupuncture, en homéopathie, en ostéopathie, en phytothérapie/aromathérapie. Par ailleurs, certaines pratiques complémentaires peuvent être intégrées dans l'arsenal thérapeutique du chirurgien-dentiste de manière déguisée, sans que l'on prête réellement attention à leur caractère de MCA. Par exemple, les applications de l'ozonothérapie au cabinet constituent une forme de MCA.

L'association ODENTH (Odontologie Energétique et Thérapeutique) regroupe des chirurgiens-dentistes faisant appel à différentes médecines complémentaires dans leur pratique. Son but est de partager des connaissances et de promouvoir la recherche dans ce domaine. Cette association propose des congrès et des formations en acupuncture, aromathérapie, homéopathie, ostéopathie, thérapie neurale... (55)

a) Hypnose

Les chirurgiens-dentistes ont accès aux DU d'hypnose médicale proposés par les facultés de Toulouse, Montpellier I, Paris VI ou encore Bordeaux II. Le volume des enseignements est de 64h pour Toulouse, 96h pour celui de Montpellier, 72h pour celui de Paris et 90h pour celui de Bordeaux (56) (57) (58). L'université Paris Saclay propose un DIU « Hypnose médicale et de techniques d'activation et d'orientation de l'attention et de la conscience » en 124 heures (59).

A Nantes, le DU « Hypnose et de communication thérapeutiques » compte 107h de formation (60). La Confédération Francophone d'Hypnose et de Thérapies Brèves (CFHTB) regroupe les Instituts Milton Erickson et des associations de praticiens qui proposent des formations privées en hypnose ouvertes aux chirurgiens-dentistes. L'AREPTA-Institut Milton Erickson de Nantes propose une formation d'hypnose spécifique aux chirurgiens-dentistes (61).

L'association Emergences (Institut de formation et de recherche en communication thérapeutique de Rennes) propose également des formations spécifiques d'hypnose et d'autohypnose au cabinet dentaire (62).

L'Institut Français d'Hypnose (IFH) propose un enseignement sur l'utilisation de l'hypnoanalgésie et de l'hypnosédation en médecine bucco-dentaire et l'articulation avec d'autres approches antalgiques et anxiolytiques (63).

b) Acupuncture

De nombreuses formations d'acupuncture sont ouvertes aux chirurgiens-dentistes, comme le DIU de la faculté de médecine de Paris V Descartes « Acupuncture et douleur » ou le DU « Acupuncture scientifique : médecine factuelle et pratique » de la faculté de médecine de Paris Saclay (14) (64).

c) Phytothérapie et Aromathérapie

La faculté de Paris XIII propose un DU « Pratiques médicales en phytothérapie clinique » qui s'adresse aux médecins, pharmaciens, chirurgiens-dentistes, sages-femmes et vétérinaires. La formation s'étend sur deux ans (65).

Il existe également un DIU accessible aux chirurgiens-dentistes et autres professionnels de santé proposé par la faculté Paris Saclay : le DIU « Phytothérapie, Aromathérapie : données actuelles, limites » (66). La faculté de Nantes propose un DIU « Phytothérapie » de 108 heures (67). Les laboratoires proposent aussi de nombreuses formations dans le domaine.

d) Homéopathie

De nombreuses facultés proposent des formations en homéopathie, dont certaines sont accessibles aux chirurgiens-dentistes.

Le DIU « Thérapeutique homéopathique » de la faculté de Poitiers comprend 110 heures, dont 76 heures de cours hors stage en une année (68). Le DU « Homéopathie » de la faculté de Paris XIII dure deux ans (65), celui d'Aix-Marseille en dure trois (69).

Le chirurgien-dentiste a aussi accès à des formations privées ouvertes aux différents professionnels de santé, comme plus spécifiques, sous l'égide d'associations. L'Association Nationale Pour l'Homéopathie Odonto-Stomatologique (ANPHOS) est agréée par le Conseil National de la Formation Continue Odontologique (CNFCO).

e) Ostéopathie

Contrairement aux médecines développées précédemment, l'ostéopathie ne propose pas de thérapeutiques applicables par le chirurgien-dentiste seul. Elle nécessite une prise en charge du patient reposant sur la coopération.

Néanmoins, les formations proposées simultanément aux ostéopathes et aux chirurgiens-dentistes sont intéressantes pour son exercice, car elles permettent de comprendre le rôle de chacun dans la prise en charge du patient et notamment le rôle de l'ostéopathie dans le traitement des pathologies de la sphère buccale.

A Lille, un DU « Clinique d'Occlusodontie et d'Equilibre corporel » a vu le jour grâce à une collaboration de la faculté d'odontologie et de l'école supérieure d'ostéopathie. Cette formation est ouverte aux docteurs en chirurgie dentaire, médecins en chirurgie orale ou chirurgiens maxillo-facial et ostéopathes. Cet enseignement vise à permettre une meilleure prise en charge globale des patients souffrant de dysfonctions cranio-mandibulaires (70).

Le Conseil National de la Formation Continue Odontologique (CNFCO) a retenu deux organismes dispensant des formations en ostéopathie : le Collège Interdisciplinaire Pour une Approche Globale de l'Odontologie (CIPAGO) et la Société Odontologique et Ostéopathique de Formation (SOOF). Le CIPAGO propose des séminaires et conférences sur l'ostéopathie et l'occlusion, la SOOF des formations en orthoposturodentologie.

3. Quels sont les intérêts recherchés de ces pratiques en odontologie et médecine bucco-dentaire ?

Une étude allemande, datant de 2017, a essayé de dresser un tableau des pratiques les plus intégrées à la routine clinique des chirurgiens-dentistes allemands. L'étude a porté sur un ensemble de 31 modalités, parmi lesquelles, celles qui sont le plus revenues ont été ; l'utilisation d'extrait de plantes d'*Arnica montana* (64%), de camomille (64%), de girofle (63%), de *Salvia officinalis* (54%) (et donc la phytothérapie), mais aussi les thérapies de relaxation (62%), l'homéopathie (57%), l'ostéopathie (50%) et la diététique (50%) (32).

a) Intérêts généraux d'une médecine intégrative

- Améliorer la relation avec le patient : Parce que le patient se retrouve acteur de sa prise en charge, et que celle-ci est adaptée à ses particularités, il y a augmentation de la compliance de celui-ci et renforcement de l'alliance thérapeutique. Les thérapies individualisées s'intègrent dans une prise en charge médicale holistique (holisme, du grec *holos*, qui signifie « la totalité » « l'entièreté ») et prennent en compte les dires des patients qui nous relatent que telle ou telle technique les a soulagés. Les patients se sentent écoutés dans leurs besoins et leurs singularités. L'accent est mis sur l'importance du rôle que joue le patient dans sa maladie ou dans sa santé et l'importance des systèmes d'autorégulation du corps humain.
- Dans la préparation et la gestion d'interventions médicales et chirurgicales : Prise en charge de l'anxiété et des phobies, notamment vis-à-vis des soins buccodentaires, afin de proposer une alternative non médicamenteuse à la prise de traitements tels que l'hydroxyzine. Certaines pratiques psychocorporelles, basées sur la relaxation et/ou la transe, permettent au praticien de faciliter le geste technique par une diminution des contractures musculaires chez le patient, la facilitation de l'ouverture buccale (par exemple lors d'une prise d'empreinte), la diminution du réflexe nauséeux, la maîtrise des manifestations liées à l'anxiété telles que l'hypersalivation, l'hyposialie, les tremblements, ...Elles permettent d'éviter des procédures trop invasives et coûteuses (anesthésie générale, chirurgie). L'hypnose a montré son efficacité à diminuer certains risques de complications, en contrôlant le saignement (régulation de la tension artérielle), en réduisant les œdèmes et les douleurs post-opératoires (71,72).

- Diminuer le risque iatrogénique lié à la prise médicamenteuse : Certaines de ces approches pourraient réduire la consommation chronique d'antalgique et/ou d'antibiotique et leurs effets indésirables associés ; résistances aux antibiotiques, effets systémiques, surconsommation médicamenteuse, pollution, ...
La vision holistique du patient permet au praticien d'appréhender les différentes thérapeutiques possibles en matière de choix de matériaux en fonction d'effets tels que les intolérances, allergies, interactions, galvanismes, intoxications ...(73)
- Améliorer le vécu et la perception du patient lors de l'intervention : L'implication du patient dans la gestion de sa douleur améliore la perception et la tonalité affective de la douleur pendant et après l'intervention, associée à une moindre fatigue post opératoire.
- Prise en charge des douleurs chroniques (74) (75), des dysfonctions de l'appareil manducateur, du bruxisme (76). La médecine intégrative trouve particulièrement sa place dans tout ce qui est gestion de troubles chronicisés et manifestations cliniques invoquant un aspect psychologique.
- Prise en charge des maladies multifactorielles par un spectre de techniques multiples.
Exemple du lichen plan oral : affection chronique à médiation immunitaire, inflammatoire et psychosomatique dont la genèse, la progression et l'exacerbation reflètent étroitement la dynamique des troubles émotionnels. La gestion du stress chez ces patients doit avoir une place dans la stratégie thérapeutique (77) (78) (79).
La parodontite est un autre exemple de maladie influencée par le stress et l'hygiène de vie (80).
Pour la prise en charge des syndromes, il est recommandé que « les dentistes adoptent une approche holistique incluant les problèmes comportementaux, oraux et systémiques » (81).
- Intégration à la prise en charge médicale globale : Les thérapies complémentaires peuvent être des outils intéressants dans la prise en charge des facteurs de risque ou d'aggravation de l'état bucco-dentaire (aide à l'arrêt du tabac avant une pose d'implant, aide à la gestion du stress/de l'anxiété dans un contexte de parodontite ou de lichen plan buccal, aide à la déglutition et à la respiration lors d'un plan de traitement d'orthodontie fonctionnelle, aide au traitement de troubles du comportement alimentaire tel que la boulimie, ainsi que tout autre trouble tels que l'onychophagie, la succion du pouce...) (82) (83).

- b) Exemples d'intérêts particuliers, d'indications et de pistes d'utilisation évoquées en odontologie pour les différentes pratiques

➤ Hypnose

La Société Française d'Hypnose (SFH) répertorie les indications suivantes dans les champs nous concernant : gestion du stress, anxiété, phobie, angoisse, addictologie (tabac, alcool, drogue, troubles des conduites alimentaires, boulimie ...), hypertension artérielle, sinusite, anesthésie, contrôle du saignement, contrôle de la salivation, adaptation des prothèses (16).

Les articles retrouvés dans le champ bucco-dentaire évoquent l'utilité de l'hypnose dans différentes indications :

- L'hypnose aiderait à réduire l'anxiété, les hémorragies et le ressenti douloureux lors d'avulsion des dents de sagesse. Elle permettrait également de réduire la consommation d'antalgique, entraînant ainsi une diminution des effets secondaires systémiques associés (72).
- L'hypnose serait une alternative à la sédation pharmacologique dans un contexte d'anxiété et pourrait être envisagée en traitement de la phobie dentaire. Elle permettrait également de contrôler les réflexes nauséeux sévères chez certains patients (84).
- L'hypnose permettrait de réduire l'anxiété lors des extractions dentaires (71).

Dans le rapport sur l'hypnose de 2015, l'INSERM affirme qu'il existe suffisamment d'éléments dans les études pour pouvoir affirmer que l'hypnose a un intérêt en anesthésie per-opératoire. Cependant, dans d'autres indications comme le sevrage tabagique, l'INSERM qualifie les données d'insuffisantes, voire de décevantes. Les bénéfices de l'hypnose tels qu'ils sont rapportés par les patients ont du mal à être retranscrits et évalués à l'aide d'outils standardisés et validés qui soient capables de permettre une évaluation objective dans les études cliniques (16).

➤ Acupuncture

Le site du Syndicat National des Médecins Acupuncteurs évoque les indications suivantes pour l'acupuncture : sinusite, rhinite, zona, névralgie faciale, névralgie d'Arnold, syndrome du canal carpien, nausées, vomissements, paralysie faciale, états anxieux, douleurs (14).

Les articles retrouvés dans le champ bucco-dentaire évoquent l'utilité de l'acupuncture dans différentes indications :

- L'acupuncture au laser serait efficace dans le traitement des dysfonctionnements temporo-mandibulaires, des douleurs myo-fasciales, des réflexes nauséeux et des nausées et vomissements post opératoires (85).
- L'acupuncture auriculaire permettrait de réduire l'anxiété avant un geste dentaire (86) (87).
- L'acupuncture serait efficace dans le traitement des réflexes nauséeux sévères, des troubles temporo mandibulaires, des douleurs myo-fasciales, de l'anxiété/phobie dentaire, des douleurs post-opératoires, des spasmes et contractures musculaires, des sinusites et des xérostomies (88) (89).
- L'acupuncture serait efficace dans le traitement des douleurs myo-fasciales et neuropathiques, des paresthésies, des troubles temporaires mandibulaires, de la xérostomie, des douleurs dentaires et des réflexes nauséeux (90). Elle est notamment envisagée lors de la réalisation d'empreintes maxillaires à l'alginat, chez des patients sujets aux réflexes nauséeux (91). On peut évoquer la simplicité d'application et d'intégration de la technique d'acupression contre le réflexe nauséeux dans la pratique quotidienne du chirurgien-dentiste. Elle consiste en une pression digitale au milieu du sillon labio-mentonnier, au niveau du point VC 24 (*Chengjiang*). Cette acupression doit commencer 5 à 20 minutes avant l'introduction du corps étranger en bouche et se prolonger jusqu'à la fin de l'acte thérapeutique (91).
- L'acupuncture serait intéressante dans le traitement des neuropathies trigéminales et des douleurs myo-fasciales associées (92).
- L'acupuncture serait efficace dans le traitement symptomatique des douleurs aiguës dentaires et notamment des douleurs de pulpite, des douleurs oro-faciales, des paralysies et paresthésies faciales ainsi que des nausées causées par les soins dentaires (93) (94).

➤ Ostéopathie/Chiropratique

Les indications revendiquées par les ostéopathes exclusifs sont larges et ne sont pas restreintes au domaine ostéo-articulaire. Elles incluent majoritairement le traitement de la douleur. Cependant, le spectre de ces indications semble plus ou moins large selon les écoles de pensée (25).

Sur le site de l'Association Française d'Ostéopathie (AFO), on trouve comme indication : les névralgies d'Arnold, les tendinites métaboliques de la sphère orl, les sinusites, ainsi que les réflexes gastro-œsophagiens et problèmes de succion chez l'enfant (95).

Sur le site de l'Institut Franco-Européen de Chiropratique (IFEC), on trouve les indications suivantes : douleurs projetées de la face d'origines cervicales, problèmes au niveau de l'articulation temporo-mandibulaire (19).

Les articles retrouvés dans le champ bucco-dentaire évoquent l'utilité de l'ostéopathie et/ou de la chiropratique dans différentes indications :

- La chiropratique et l'ostéopathie seraient efficaces dans le traitement des troubles temporo-mandibulaires (96) (97).
- L'ostéopathie permettrait de traiter certains troubles de l'articulé dentaire, mais serait également un outil efficace face à la douleur, à l'anxiété ou au stress. L'ostéopathie est aussi mentionnée dans le traitement des névralgies d'Arnold (97).

➤ Mésothérapie

La mésothérapie peut être proposée lors de douleurs, de stress, de sevrage tabagique, d'infections ORL à répétition, de SADAM, de zona, de vieillissement cutané ou de cicatrice fibreuse.

Cependant, malgré l'implantation de cette pratique, les études manquent. Le rapport de l'INSERM sur la mésothérapie de 2010 déplorait le fracassant manque d'études sur cette pratique, et concluait qu'il était « infiniment regrettable qu'une pratique aussi répandue soit si mal étudiée » (20).

➤ Thérapie neurale

La thérapie neurale est proposée dans le traitement des sinusites, des céphalées, des névralgies, des trismus et du bruxisme centré ou « clenching » (myo-résolution locale), des douleurs post-opératoires après une extraction dentaire, des ostéites, des cicatrices et fibroses (dilacération des tissus pour permettre une néovascularisation) ou en traitement d'appoint dans la prise en charge de la douleur. La thérapie neurale relève également d'un intérêt diagnostique particulier en odontologie (98).

Il existe schématiquement deux types de neural-thérapie dentaire (99) :

- Une neural-thérapie de diagnostic : injection de notre anesthésique habituel, sans vasoconstricteur, dans le vestibule en regard d'une dent suspecte afin d'observer l'annihilation, ou non, d'une douleur à distance.
- Une neural-thérapie de traitement : injection de notre anesthésique habituel, sans vasoconstricteur, sur une cicatrice, des points, ou une alvéole d'une dent extraite.

➤ Ozonothérapie

L'Ozonothérapie, pratique complémentaire relativement ancienne, est au cœur de multiples applications à l'étude en chirurgie dentaire (100) :

- En odontologie conservatrice : action préventive ou curative par élimination des bactéries cariogène. Le Healozone, commercialisé par la société Kavo, utilise l'ozone afin de stériliser les cavités carieuses et de favoriser la reminéralisation des tissus cariés par son effet oxydant. L'ozone détruit les bactéries en rendant leur membrane cytoplasmique poreuse, la différence de pression osmotique entre intérieur et extérieur fait alors exploser les bactéries. De plus, ce type de traitement est atraumatique.
- En prothèse : désinfection des surfaces dentaires avant pose de couronne.
- En ODF : désinfection des surfaces dentaires avant collage de brackets.
- En endodontie : désinfection endodontique.
- En pathologies buccales : aphtes, lichen, désinfection après avulsion afin de favoriser la cicatrisation.
- En parodontologie : désinfection des poches parodontales.

➤ Phytothérapie/Aromathérapie

De multiples plantes sont dotées de propriétés qui intéressent notre domaine, parmi lesquelles on retrouve par exemple :

- La camomille, utilisée en infusion comme calmant et contre les inflammations muqueuses. Elle soulage également des douleurs aphteuses grâce à ses propriétés analgésiques. L'huile essentielle de camomille est employée comme anti-inflammatoire, antalgique, pré-anesthésique, calmant (50).
- Le clou de girofle, dont le composé aromatique, l'eugénol, est très utilisé en dentisterie. L'huile essentielle de clou de girofle a des propriétés anesthésiantes, anti-infectieuses et antibactériennes à large spectre d'action, antivirales, antifongiques et peut être utilisée comme cautérisant pulpaire et cutané (51). Les applications de ce produit dans la pratique sont nombreuses : pansement sédatif pulpaire, mèche désinfectante, ...
- La guimauve, qui possède des propriétés émollientes et anti-inflammatoires pour les muqueuses. Elle entre dans la composition d'un gel contre les douleurs d'éruption dentaire (51).
- La lavande, qui possède quant à elle un effet sialagogue, permettant l'élévation du pouvoir tampon salivaire (50). L'huile essentielle de lavande fine peut permettre de lutter contre l'anxiété au cabinet dentaire. Une diffusion par aérosol en salle d'attente, par exemple, est une solution simple à mettre en place (101).
- La menthe, qui possède, en usage externe, des propriétés anesthésiques et analgésiques. Elle est également décongestionnante, antiprurigineuse, anti-inflammatoire et anti-nauséuse. Le menthol, tiré de la menthe, entre dans la composition de plusieurs médicaments, qui sont proposés en traitement adjuvant ou local d'appoint pour les parodontopathies, stomatites, aphtes, douleurs dentaires, blessures sous prothèses, ou en bains de bouche, après extractions dentaires (51).
- Le millepertuis, pourvu de propriétés calmantes, antiseptiques et cicatrisantes (49).

VIII. Conclusion

Le statut réglementaire des médecines complémentaires en Europe reflète la diversité du niveau d'acceptation des diverses pratiques dans les différents pays ; celle-ci découle d'une grande variété culturelle, notamment dans les champs de la médecine et des traditions. La nécessité d'une harmonisation est évoquée depuis de nombreuses années et fait toujours l'objet de différents travaux portés par nombre d'instances, de collègues et de groupes de réflexions.

La médecine intégrative s'inscrit dans un courant actuel né de l'évolution des modes de vie et des besoins en santé des patients. Face à leur demande grandissante d'être accompagnés dans une vision plus globale de leurs pathologies et de leur santé, elle nous conduit à repenser notre système de santé existant pour le rendre plus inclusif. Il s'agit d'offrir de nouvelles formes de traitement, afin de répondre aux problématiques sanitaires actuelles et de participer à rendre les systèmes de santé plus responsables (traitements moins coûteux, moins invasifs, moins risqués, pouvant être utilisés en conjonction avec les pratiques actuelles).

Mais avant d'en arriver à sa large acceptation, certaines problématiques devront être démêlées. Tout d'abord, sur le plan de la terminologie ; face au manque d'uniformité concernant leur définition, seul un langage commun peut permettre une meilleure collaboration au sein d'un même Etat et entre les Etats.

Ensuite vient l'enjeu de la recherche ; afin de légitimer leur utilisation, des études d'efficacité et d'innocuité dans un rapport bénéfice/risque doivent être menées, en comparaison avec les moyens mis en œuvre actuellement. Les preuves scientifiques de l'intérêt d'intégrer ces pratiques jouent un rôle notamment auprès des autorités, dans l'espoir de les inciter à mieux réglementer des pratiques qui sont dans les faits déjà utilisées, et de plus en plus fréquemment. En effet, l'établissement d'une réglementation commune au niveau de l'accréditation des praticiens, des standards de formation et de la délivrance des soins, est la seule solution pour contrer les dérives, véritable défi pour notre démocratie sanitaire. De plus, la réglementation renforce la reconnaissance et l'adoption de ces pratiques par les patients et les professionnels de santé. La prise de conscience qu'il est primordial de fournir un cadre sécurisé avec une information éclairée concernant ces pratiques médicales est telle qu'en 2018, l'Université de Montpellier a élaboré un moteur de recherche dédié à ces « interventions non médicamenteuses » (INM), baptisé *Motrial*, destiné aux chercheurs et médecins.

Aujourd'hui, l'OMS se félicite de l'évolution des médecines complémentaires, ces dernières années, et plus particulièrement au niveau de l'enseignement. En 2018, en ce qui concerne l'Europe, le Portugal et la Hongrie ont intégré de nouveaux standards de formation pour certaines pratiques (OMS, 2019). Mais du chemin reste à parcourir. En 2021 en France, une tribune du « Monde » signée par un collectif de parlementaires, d'anciens ministres, d'universitaires et de médecins lance encore l'alerte sur « l'urgence de structurer les médecines complémentaires et alternatives ».

Par ailleurs, la réglementation de ces pratiques ne doit pas concerner les seuls médecins, car elles sont autant de promesses pour faire évoluer la pratique des chirurgiens-dentistes. Leurs champs d'application et leurs indications leur donnent un intérêt tout particulier en odontologie. Et la dentisterie intégrative n'est autre que le reflet de l'indissociabilité entre santé bucco-dentaire et santé globale.

IX. Bibliographie

1. Commission Européenne, Cordis. La médecine complémentaire partout en Europe [Internet]. [cité 21 nov 2020]. Disponible sur: <https://cordis.europa.eu/article/id/35388-complementary-medicine-popular-across-europe/fr>
2. Eardley S, Bishop FL, Prescott P, Cardini F, Brinkhaus B, Santos-Rey K, et al. A systematic literature review of complementary and alternative medicine prevalence in EU. *Forsch Komplementarmed* 2006. 2012;19 (Suppl 2):18-28.
3. Von Ammon K, Cardini F, Daig U, Dragan S, Frei-, Erb M, Hegyi G, Roberti di Sarsina P, Sørensen J, Ursoniu S, Weidenhammer W, Lewith G. CAMBRELLA : A pan-European research network for Complementary and Alternative Medicine (CAM) [Internet]. 2013. Disponible sur: <https://services.phaidra.univie.ac.at/api/object/o:300096/diss/Content/get>
4. Asher GN, Gerkin J, Gaynes BN. Complementary therapies for mental health disorders. *Med Clin North Am.* sept 2017;101(5):847-64.
5. Berna F, Göritz AS, Mengin A, Evrard R, Kopferschmitt J, Moritz S. Alternative or complementary attitudes toward alternative and complementary medicines. *BMC Complement Altern Med.* avr 2019;19(1):83.
6. World Health Organization. Traditional, complementary and integrative medicine [Internet]. [cité 21 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.who.int/westernpacific/health-topics/traditional-complementary-and-integrative-medicine>
7. National Center for Complementary and Integrative Health (NCCIH). Introduction. [Internet]. NCCIH. [cité 21 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.nccih.nih.gov/about/strategic-plans/introduction>
8. Brinkhaus et al. 12th European Congress of Integrative Medicine - Book of abstracts - Overall situation and future of integrative medicine in Germany [Internet]. Publicacions URV. [cité 22 nov 2020]. Disponible sur: <http://llibres.urv.cat/index.php/purv/catalog/book/399>
9. Nizard J, Kopferschmitt J. Collège universitaire interdisciplinaire de médecine intégrative et thérapies complémentaires (CUMIC). *Hegel.* 2017;7:4.

10. Ninot G, Agier S, Bacon S, Berr C, Boulze I, Bourrel G, et al. La Plateforme CEPS : une structure universitaire de réflexion sur l'évaluation des interventions non médicamenteuses (INM). *Hegel*. 2017;1(1):53.
11. Elsevier. Place des pratiques psychocorporelles et définitions [Internet]. Elsevier Connect. [cité 18 févr 2021]. Disponible sur: <https://www.elsevier.com/fr-fr/connect/ifsiiinfirmier/place-des-pratiques-psychocorporelles-et-definitions>
12. Suissa V, Guérin S, Denormandie P, Castillo M-C, Bioy A. Médecines Complémentaires ou Alternatives (MCA) : Proposition d'une définition et d'une catégorisation de références. *Hegel*. janv 2020;2.
13. Association francophone des soins oncologiques de support. Place des thérapies complémentaires dans les soins oncologiques de support. *Réf Inter Régionaux Soins Oncol Support*. 2012;23.
14. Barry C, Seegers V, Gueguen J, Hassler C, Ali A, Falissard B. Evaluation de l'efficacité et de la sécurité de l'acupuncture. *Rapp Insem* Janvier 2014. janv 2014;
15. L'acupuncture est-elle efficace ? ARTE TV; 2020.
16. Gueguen J, Barry C, Hassler C, Falissard B. Evaluation de l'efficacité de la pratique de l'hypnose. *Rapp Inserm*. juin 2015;213.
17. Associations d'Homéopathie de France. Livre blanc de l'Homéopathie. 2019;28.
18. IFEC Unique école de Chiropraxie en France [Internet]. IFEC. [cité 9 juin 2021]. Disponible sur: <https://www.ifec.net/>
19. Barry C, Dufaure I, Falissard B. Evaluation de l'efficacité de la pratique de la chiropratique. *Rapp Inser*. juin 2011;
20. Barry C, Falissard B. Evaluation de l'efficacité de la pratique de la mésothérapie à visée thérapeutique. *Rapp Inser*. juin 2010;
21. Schweizerische Ärztgesellschaft für Neuraltherapie nach Huneke, SANTH . Willkommen bei der SANTH [Internet]. [cité 7 juin 2021]. Disponible sur: <https://www.santh.ch/>
22. Association pour la recherche et l'enseigneenet de la médecin anthroposophique. AREMA. Présentation de la médecine anthroposophique [Internet]. [cité 3 juin 2021].

Disponible sur: <https://www.arema-anthropomed.fr/presentation-medecine-anthroposophique/>

23. Collège des enseignants francophones d'acupuncture médicale. CEFAM - Site FAFORMEC [Internet]. [cité 8 juin 2021]. Disponible sur: <https://acupuncture-medic.fr/college-des-enseignants/>
24. Chabridon G, Nekrouf N, Bioy A. État des lieux des pratiques actuelles de l'hypnose au sein des centres hospitaliers universitaires français. *Encéphale*. oct 2017;43(5):498-501.
25. Barry C, Falissard B. Evaluation de l'efficacité de la pratique de l'ostéopathie. *Rapp Inser*. avr 2012;
26. Gouvernement.fr. Déremboursement des médicaments homéopathiques [Internet]. [cité 22 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.gouvernement.fr/deremboursement-des-medicaments-homeopathiques>
27. Klein SD, Torchetti L, Frei-Erb M, Wolf U. Usage of complementary medicine in Switzerland: results of the Swiss health survey 2012 and development since 2007. *PloS One*. 2015;10(10):e0141985.
28. Schneiders A. Complementary and alternative therapies for patients today and tomorrow. *Eur Parliam Think Tank*. 2017;59.
29. Joos S, Musselmann B, Szecsenyi J. Integration of complementary and alternative medicine into family practices in Germany: results of a national survey. *Evid-Based Complement Altern Med ECAM*. 2011;2011:495813.
30. Dubois J, Bill A-S, Pasquier J, Keberle S, Burnand B, Rodondi P-Y. Characteristics of complementary medicine therapists in Switzerland: a cross-sectional study. *PloS One*. 2019;14(10):e0224098.
31. Salomonsen LJ, Skovgaard L, la Cour S, Nyborg L, Launsø L, Fønnebø V. Use of complementary and alternative medicine at Norwegian and Danish hospitals. *BMC Complement Altern Med*. janv 2011;11:4.
32. Baatsch B, Zimmer S, Rodrigues Recchia D, Büssing A. Complementary and alternative therapies in dentistry and characteristics of dentists who recommend them. *Complement Ther Med*. déc 2017;35:64-9.

33. Dun PLS van, Nicolaie MA, Messem AV. State of affairs of osteopathy in the Benelux: Benelux osteosurvey 2013. *Int J Osteopath Med.* juin 2016;20:3-17.
34. Lassonde DL. Les thérapies complémentaires dans le système de santé suisse Exemple à suivre ou cas unique. *Hegel.* 2019;1(1):19-25.
35. Wiesener S. Disharmonized regulation of complementary and alternative medicine (CAM) in Europe - implications for patient safety [Thèse]. 2013.
36. Runciman W, Hibbert P, Thomson R, Van Der Schaaf T, Sherman H, Lewalle P. Towards an International Classification for Patient Safety: key concepts and terms. *Int J Qual Health Care J Int Soc Qual Health Care.* févr 2009;21(1):18-26.
37. Wiesener S, Salomonsen A, Fønnebø V. Which risk understandings can be derived from the current disharmonized regulation of complementary and alternative medicine in Europe? *BMC Complement Altern Med.* janv 2018;18(1):11.
38. Organisation mondiale de la santé. Stratégie de l’OMS pour la médecine traditionnelle pour 2014-2023. Genève: Organisation mondiale de la santé; 2013.
39. Wiesener S, Falkenberg T, Hegyi G, Hök J, Roberti di Sarsina P, Fønnebø V. Legal status and regulation of complementary and alternative medicine in Europe. *Forsch Komplementarmed.* 2012;19 (Suppl 2):29-36.
40. Rodrigues dos Santos M, Mendes CSN. Traditional and complementary medicine legislation in Portugal—Progress, challenges and flaws. *Eur J Integr Med.* avr 2020;35:101104.
41. Commission des questions sociales, de la santé et de la famille. Une approche européenne des médecines non conventionnelles [Internet]. [cité 18 janv 2021]. Disponible sur: <http://www.assembly.coe.int/nw/xml/XRef/X2H-Xref-ViewHTML.asp?FileID=8014&lang=fr>
42. EUROCAM. CAM 2020 [Internet]. [cité 23 nov 2020]. Disponible sur: <http://www.camdoc.eu/Pdf/CAM%202020%20final.pdf>
43. Thomas KJ, Nicholl JP, Coleman P. Use and expenditure on complementary medicine in England: a population based survey. *Complement Ther Med.* mars 2001;9(1):2-11.

44. Question n°26462 - Assemblée nationale [Internet]. [cité 7 juin 2021]. Disponible sur: <https://questions.assemblee-nationale.fr/q15/15-26462QE.htm>
45. Question n°10258 - Assemblée nationale [Internet]. [cité 7 juin 2021]. Disponible sur: <https://questions.assemblee-nationale.fr/q15/15-10258QE.htm>
46. CAMDOC Alliance. The regulatory status of Complementary and Alternative Medicine for medical doctors in Europe [Internet]. [cité 22 mars 2021]. Disponible sur: http://www.camdoc.eu/Pdf/CAMDOCRegulatoryStatus8_10.pdf
47. Petracca M. Osteopathic medicine in Italy: a descriptive study. 2012; 9th International Congress on Advances in Osteopathic Research ICAOR London.
48. Conseil National Professionnel des Médecins à Expertise Particulière - Section, Médecine Anthroposophique. IFEMA. La médecine anthroposophique [Internet]. [cité 23 nov 2020]. Disponible sur: <http://www.ifema.fr/wp-content/uploads/Pr%C3%A9sentation-de-la-M%C3%A9decine-Anthroposophique-Nov-2012-1.pdf>
49. Les associations médicales anthroposophiques en France G. Livre Blanc de la Médecine Anthroposophique. 2020; Disponible sur: <https://www.arena-anthropomed.fr/livre-blanc-de-la-medecine-anthroposophique/>
50. University of Vienna Phaidra [Internet]. [cité 22 nov 2020]. Disponible sur: https://phaidra.univie.ac.at/detail_object/o:300096
51. Le Heilpraktiker [Internet]. APH - Heilpraktiker. 2018 [cité 7 juin 2021]. Disponible sur: <https://www.aph-heilpraktiker.fr/le-heilpraktiker/>
52. Confédération francophone d'hypnose et thérapies brèves, CFHTB. Livre blanc de l'hypnose clinique et thérapeutique [Internet]. [cité 11 juin 2021]. Disponible sur: <https://booking.agence-mo.com/uploads/File/CFHTB/LIVRE%20BLC%20CFHTB%20%20Version%20Web%202.pdf>
53. Fédération des acupuncteurs pour la formation médicale continue. [cité 8 juin 2021]. Disponible sur: <https://acupuncture-medic.fr/faformec/>

54. Registre des Ostéopathes de France ROF - Association ostéopathie. L'ostéopathie dans le monde [Internet]. [cité 29 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.osteopathie.org/100-l-osteopathie-dans-le-reste-du-monde.html>
55. Odenth. ODENTH, médecine dentaire holistique [Internet]. [cité 2 juin 2021]. Disponible sur: <https://odenth.com/>
56. Faculté de Médecine de Montpellier-Nîmes. DIU Hypnose médicale clinique et thérapeutique [Internet]. [cité 2 juin 2021]. Disponible sur: <https://du-diu-facmedecine.umontpellier.fr/diplome-hypnose-medicale-clinique-et-therapeutique-58>
57. Association française pour l'étude de l'hypnose médicale AFEHM. Diplôme universitaire d'hypnose médicale Paris VI [Internet]. [cité 2 juin 2021]. Disponible sur: <https://www.hypnose-medicale.com/formation/diplome-universitaire-dhypnose-medicale/>
58. Université de Bordeaux. Diplôme inter universitaire Hypnose médicale clinique et thérapeutique [Internet]. [cité 2 juin 2021]. Disponible sur: http://www.u-bordeaux.fr/formation/PRSVH02_511/diplome-inter-universitaire-hypnose-medicale-clinique-et-therapeutique
59. Université Paris-Saclay Faculté de médecine. Diplôme inter universitaires Hypnose médicale et techniques d'activation et d'orientation d l'attention et de la conscience [Internet]. 2020 [cité 2 juin 2021]. Disponible sur: <https://www.medecine.universite-paris-saclay.fr/formations/formation-continue/les-diplomes-duniversite-du-et-diu/diu-hypnose-medicale-et-de-techniques-dactivation-et-dorientation-de-lattention-et-de-la-conscience>
60. Robert M, Université de Nantes, UFR de Médecine. Diplôme Universitaire Hypnose et de communication thérapeutiques [Internet]. [cité 2 juin 2021]. Disponible sur: <https://medecine.univ-nantes.fr/formation-continue/du-hypnose-et-de-communication-therapeutiques>
61. Arepta Formations [Internet]. [cité 2 juin 2021]. Disponible sur: <https://arepta.fr/formations.html>
62. Emergence. Hypnose et auto-hypnose au cabinet dentaire, Paris, septembre 2021 [Internet]. [cité 2 juin 2021]. Disponible sur: <https://www.hypnoses.com/formations/je-souhaite-me-former/hypnose-et-auto-hypnose-au-cabinet-dentaire/Paris/23-septembre-2021/S-00733>

63. Institut Français d'Hypnose IFH. Formation Hypnose au cabinet dentaire - Utilisation de l'hypnoanalgésie et de l'hypnosédation en médecine bucco-dentaire et articulation avec d'autres approches antalgiques et anxiolytiques. [Internet]. [cité 2 juin 2021]. Disponible sur: <https://www.hypnose.fr/nos-formations/formation-hypnose-dentiste/>
64. Université Paris-Saclay. Faculté de médecine. Diplôme Inter-Universitaire Acupuncture scientifique : médecine factuelle et pratique [Internet]. 2020 [cité 2 juin 2021]. Disponible sur: <https://www.medecine.universite-paris-saclay.fr/formations/formation-continue/les-diplomes-duniversite-du-et-diu/diu-acupuncture-scientifique-medecine-factuelle-et-pratique>
65. Université Sorbonne Paris Nord. UFR santé, médecine et biologie humaine. Formations : Soins complémentaires [Internet]. [cité 2 juin 2021]. Disponible sur: <https://smbh.univ-paris13.fr/fr/formations/autres-formations/du-diu/itemlist/category/102-soins-compl%C3%A9mentaires.html>
66. Université de Paris. Faculté de santé. Diplôme Inter-Universitaire Phytothérapie, aromathérapie : données actuelles, limites [Internet]. 2020 [cité 2 juin 2021]. Disponible sur: https://odf.u-paris.fr/fr/offre-de-formation/diplome-d-universite-du-diu-1/sciences-technologies-sante-STS/diu-phytotherapie-aromatherapie-donnees-actuelles-limites-FU51_91.html
67. Robert M. Diplôme Inter-Universitaire Phytothérapie [Internet]. Université de Nantes. UFR pharmacie. [cité 2 juin 2021]. Disponible sur: <https://pharmacie.univ-nantes.fr/les-formations/formation-continue/diu-phytotherapie>
68. Université de Poitiers. UFR médecine et pharmacie. Diplôme Inter Universitaire Thérapeutique homéopathique [Internet]. 2021 [cité 2 juin 2021]. Disponible sur: <http://formations.univ-poitiers.fr/fr/index/diplome-d-universite-du-niveau-licence-DL/diplome-d-universite-du-niveau-licence-DL/diplome-inter-universite-therapeutique-homeopathique-JQXG58MB.html>
69. Université Aix-Marseille. Unité mixte de formation continue en santé. Homéopathie et thérapeutique homéopathique [Internet]. [cité 2 juin 2021]. Disponible sur: <https://umfcs.univ-amu.fr/notre-catalogue/par-type-de-formation/formations-diplomantes/homeopathie-et-therapeutique>

70. Université de Lille. Diplôme Universitaire clinique d'occlusodontie et d'équilibre corporel [Internet]. [cité 8 juin 2021]. Disponible sur: <https://www.univ-lille.fr/formations/fr-ODUEC216.html>
71. Glaesmer H, Geupel H, Haak R. A controlled trial on the effect of hypnosis on dental anxiety in tooth removal patients. *Patient Educ Couns*. sept 2015;98(9):1112-5.
72. Abdeslahi SK, Hashemipour MA, Mesgarzadeh V, Shahidi Payam A, Halaj Monfared A. Effect of hypnosis on induction of local anaesthesia, pain perception, control of haemorrhage and anxiety during extraction of third molars: a case-control study. *J Craniomaxillofac Surg*. juin 2013;41(4):310-5.
73. El Khayati S, El Yamani A. [Holistic dentistry enhancing overall health]. *Pan Afr Med J*. 2018;30:102.
74. Lin Y-C, Wan L, Jamison RN. Using integrative medicine in pain management: an evaluation of current evidence. *Anesth Analg*. 2017;125(6):2081-93.
75. Chen L, Michalsen A. Management of chronic pain using complementary and integrative medicine. *BMJ*. 24 avr 2017;357:j1284.
76. Ahmed KE. Management of tooth wear: a holistic, dental, medical, and mental healthcare approach. *Prim Dent J*. 1 août 2016;5(3):35-7.
77. Jin X, Xie L, Zhao X, Li J, Zeng X, Chen QM. [Holistic integrative medicine: application in prevention and treatment of oral mucosal diseases]. *Chin J Stomatol*. août 2017;52(8):476-9.
78. Hasan S, Ahmed S, Kiran R, Panigrahi R, Thachil JM, Saeed S. Oral lichen planus and associated comorbidities: an approach to holistic health. *J Fam Med Prim Care*. nov 2019;8(11):3504-17.
79. Panta P, Andhavarapu A, Patil S. A Holistic intervention for oral lichen planus. *J Contemp Dent Pract*. juill 2019;20(7):765-7.
80. Luan QX. Periodontology from the perspective of holistic integrative medicine. *Chin J Stomatol*. août 2017;52(8):473-5.

81. Mubayrik AB. The dental needs and treatment of patients with Down syndrome. *Dent Clin North Am.* 2016;60(3):613-26.
82. Wolever RQ, Caldwell KL, McKernan LC, Hillinger MG. Integrative medicine strategies for changing health behaviors: support for primary care. *Prim Care.* juin 2017;44(2):229-45.
83. Ring M, Mahadevan R. Introduction to integrative medicine in the primary care setting. *Prim Care.* juin 2017;44(2):203-15.
84. Facco E, Zanette G, Casiglia E. The role of hypnotherapy in dentistry. *SAAD Dig.* janv 2014;30:3-6.
85. de Oliveira RF, da Silva CV, Cersosimo MCP, Borsatto MC, de Freitas PM. Laser therapy on points of acupuncture: are there benefits in dentistry? *J Photochem Photobiol B.* oct 2015;151:76-82.
86. Michalek-Sauberer A, Gusenleitner E, Gleiss A, Tepper G, Deusch E. Auricular acupuncture effectively reduces state anxiety before dental treatment--a randomised controlled trial. *Clin Oral Investig.* déc 2012;16(6):1517-22.
87. Sampaio-Filho H, Sotto-Ramos J, Pinto EH, Cabral MR, Longo PL, Tortamano IP, et al. Evaluation of low-level laser at auriculotherapy points to reduce postoperative pain in inferior third molar surgery: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials.* 02 2016;17(1):432.
88. The British Dental Acupuncture Society - How can acupuncture help? [Internet]. [cité 21 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.dental-acupuncture.org/how-can-acupuncture-help/>
89. Vickers AJ, Cronin AM, Maschino AC, Lewith G, MacPherson H, Foster NE, et al. Acupuncture for chronic pain: individual patient data meta-analysis. *Arch Intern Med.* oct 2012;172(19):1444-53.
90. Naik PN, Kiran RA, Yalamanchal S, Kumar VA, Goli S, Vashist N. Acupuncture: an alternative therapy in dentistry and its possible applications. *Med Acupunct.* 2014;26(6):308-14.

91. Rosted P, Bundgaard M, Fiske J, Pedersen AML. The use of acupuncture in controlling the gag reflex in patients requiring an upper alginate impression: an audit. *Br Dent J.* déc 2006;201(11):721-5; discussion 715.
92. Ichida MC, Zemuner M, Hosomi J, Pai HJ, Teixeira MJ, de Siqueira JTT, et al. Acupuncture treatment for idiopathic trigeminal neuralgia: a longitudinal case-control double blinded study. *Chin J Integr Med.* nov 2017;23(11):829-36.
93. de Almeida TB, Zotelli VLR, Wada RS, Sousa MLR. Comparative analgesia between acupuncture and dipyrone in odontalgia. *J Acupunct Meridian Stud.* déc 2019;12(6):182-91.
94. Murugesan H, Venkatappan S, Renganathan SK, Narasimhan S, Sekar M. Comparison of acupuncture with ibuprofen for pain management in patients with symptomatic irreversible pulpitis: a randomized double-blind clinical trial. *J Acupunct Meridian Stud.* déc 2017;10(6):396-401.
95. Association Française d'Ostéopathie AFOSTEO. Indications thérapeutiques - Que traite l'ostéopathie ? [Internet]. [cité 9 juin 2021]. Disponible sur: <https://www.afosteo.org/espace-patients/indications-therapeutiques/>
96. Rubis LM, Rubis D, Winchester B. A collaborative approach between chiropractic and dentistry to address temporomandibular dysfunction: a case report. *J Chiropr Med.* mars 2014;13(1):55-61.
97. Monaco A, Cozzolino V, Cattaneo R, Cutilli T, Spadaro A. Osteopathic manipulative treatment (OMT) effects on mandibular kinetics: kinesiographic study. *Eur J Paediatr Dent.* mars 2008;9(1):37-42.
98. Jornet C. De l'intérêt de la neuralthérapie en odontologie [Internet] [Thèse d'exercice]. Université Toulouse III - Paul Sabatier - Unité de Formation et de Recherche d'odontologie; 2016 [cité 21 nov 2020]. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/1228/>
99. Moreau M. Traité de neuralthérapie odonto-stomatologique et bucco-dentaire. Embourg: M. Pietteur; 2004.
100. Timon A. L'ozoneothérapie en odontologie. *Sci Vivant.* 2016;111.
101. Franchomme P. L'aromathérapie exactement. In: Encyclopédie utile thérapeutique des huiles essentielles. Limoges: R Jollois; 1990.

X. LISTE DES ILLUSTRATIONS

<i>Figure 1. Objectifs et activités de la Plateforme universitaire collaborative CEPS.....</i>	<i>21</i>
<i>Figure 2. Classification proposée par Suissa et al. (2020)</i>	<i>27</i>
<i>Figure 3. Classification des INM (Plateforme CEPS, 2020)</i>	<i>28</i>
<i>Figure 4. Type de praticien autorisé à exercer les médecines non-conventionnelles en Europe</i>	<i>40</i>
<i>Figure 5. Législation des MCA en Europe</i>	<i>42</i>
<i>Figure 6. Nombre de pratiques complémentaires réglementées en Europe.....</i>	<i>43</i>
<i>Figure 7. Réglementation de l'acupuncture en Europe.....</i>	<i>58</i>
<i>Figure 8. Réglementation de l'ostéopathie en Europe</i>	<i>61</i>
<i>Figure 9. Réglementation de la Chiropratique en Europe</i>	<i>63</i>
<i>Figure 10. Réglementation de l'homéopathie en Europe</i>	<i>65</i>
<i>Figure 11. Réglementation de la naturopathie en Europe</i>	<i>68</i>
<i>Figure 12. Réglementation de la phytothérapie en Europe.....</i>	<i>69</i>
<i>Figure 13. Réglementation de la thérapie neurale en Europe</i>	<i>71</i>
<i>Figure 14. Réglementation de la médecine anthroposophique en Europe.....</i>	<i>73</i>
<i>Figure 15. Nombre de membres des associations européennes de médecine anthroposophique</i>	<i>75</i>

XI. LISTE DES TABLEAUX

<i>Tableau 1. Liste des études et des classifications sélectionnées dans l'article Médecines Complémentaires et Alternatives (MCA) : Proposition d'une définition et d'une catégorisation de références. 2020.....</i>	<i>25</i>
<i>Tableau 2. Réglementation des MCA en Europe</i>	<i>41</i>
<i>Tableau 3. Modèles de réglementation des MCA en Europe</i>	<i>45</i>
<i>Tableau 4. Réglementation des MCA par pays et compréhension du risque</i>	<i>51</i>
<i>Tableau 5. Praticiens autorisés à prescrire de l'homéopathie</i>	<i>67</i>

UNIVERSITE DE NANTES
UNITE DE FORMATION ET DE RECHERCHE D'ODONTOLOGIE

.....

Vu le Président du Jury,

Vu et permis d'imprimer

Vu le Doyen,

FAVOT (Marie-Laure). – Médecines intégratives : réglementations, pratiques et enseignement en Europe. Intérêts en Odontologie et médecine bucco-dentaire. – 108 f. ; ill. ; tabl. ; 101 ref. (Thèse : Chir. Dent. ; Nantes ; 2021)

RESUME

L'évolution de nos sociétés contemporaines entraîne un regain d'intérêt pour une médecine plus centrée sur la personne. C'est ce que promet la médecine intégrative en incluant, entre autres, les thérapies complémentaires dans l'arsenal thérapeutique des médecins et chirurgiens-dentistes de demain. Ce manuscrit présente le cadre réglementaire, les usages et l'enseignement contemporains de ces pratiques en Europe.

RUBRIQUE DE CLASSEMENT : Odontologie

MOTS CLES MESH

Médecine intégrative / Integrative medicine
Thérapies complémentaires / Complementary therapies
Europe / Europe
Réglementation / Government regulation
Enseignement / Teaching

JURY

Président : Professeur Laurent LE GUEHENNEC
Directeur : Docteur Bénédicte ENKEL
Assesseur : Professeur Julien NIZARD
Assesseur : Docteur Fabienne JORDANA
Assesseur : Docteur Gilles AMADOR DEL VALLE

ADRESSE DE L'AUTEUR

26 rue Jean Jaurès – 44000 Nantes
marie-laure.favot@etu.univ-nantes.fr