

**Soins intégratifs :**

**Repenser la santé  
au XXI<sup>e</sup> siècle**

**De la phytothérapie à l'hypnose  
Perspectives pour une médecine intégrative**

**Professeure Laurence VERNEUIL, PUPH**

Université Paris Cité

GHU Paris Psychiatrie & Neurosciences `

UMR-1153, INSERM

Vice-présidente – Collège Universitaire Médecines Intégrative et  
Complémentaires

# Collège Universitaire de Médecines Intégrative et Complémentaires (CUMIC)

Présentation générale

**Vision de médecine intégrative**

Association thérapies conventionnelles et complémentaires (TC)

Approche scientifique validée et centrée sur le patient

Vision pluridisciplinaire et globale de la santé

Évaluation adaptée des TC

**Missions**

Éducation : promouvoir, encadrer la formation des étudiants en santé

Information : offrir une information scientifique de qualité

Recherche : favoriser des travaux de recherche rigoureux

Interface avec les pouvoirs publics

**Défis et enjeux**

Évaluation scientifique des TC

Risques de polarisation conventionnelle vs complémentaires

Besoin de formation rigoureuse pour les professionnels

Reconnaissance institutionnelle et financement de la recherche

# 1. Pourquoi parler de médecine intégrative aujourd'hui ? (Contexte & enjeux)

## 1.1. Une demande sociétale

Explosion des maladies chroniques Attentes d'une approche plus globale Usage massif des thérapies complémentaires :

## 1.2. Un paysage conceptuel confus

Multiplication des termes : douce / alternative / complémentaire / intégrative / INM / PSNC Confusion entretenue par

## 1.3. Pourquoi l'intégration

Insatisfaction face à une médecine hyper-spécialisée Recherche de sens, de cohérence, de continuité Besoin

## 1.1. Une demande sociétale forte

- Explosion des maladies chroniques
- Attentes des patient.es d'une approche plus globale : de nombreux patients se plaignent d'une médecine conventionnelle perçue comme cloisonnée ou comme une « médecine d'organe »
- Usage massif des thérapies complémentaires : près de 60 % population générale, 85 % en oncologie en 2023 (Odoxa)

L'ostéopathie	46%
L'homéopathie	42%
Les huiles essentielles	37%
L'acupuncture	21%
Le magnétisme	16%
La sophrologie	15%
L'hypnose	15%
La méditation	14%
Les Fleurs de Bach	13%
Le yoga	13%
La naturopathie	11%
La phytothérapie	11%
La réflexologie	10%
La kinésiologie	10%

Pourquoi cet usage ?

Mieux gérer les effets secondaires,  
combler les insuffisances des soins classiques  
optimiser leurs chances

Déserts médicaux

## 1.2. Un paysage conceptuel confus

- Le champ de la santé est marqué par une confusion sémantique, impliquant des termes variés
- tels que : douce / alternative / **complémentaire/ intégrative** /INM (interventions non médicamenteuses)  
**PSNC** (**pratiques de soins non conventionnelles** -Ministère de la Santé et Ordre national médecins )
- Confusion entretenue par absence d'architecture claire

## 1.3. Pourquoi l'intégration ?

- Insatisfaction face à une médecine hyper-spécialisée
- Recherche de sens, de cohérence, de continuité
- Besoin d'accompagnement dans les effets secondaires, la souffrance, la qualité de vie

➡ **Pour comprendre ce que la MI apporte, il faut d'abord déconstruire les catégories existantes.**

## 2. Déconstruire les catégories : d'où vient la confusion ?

### 2.1. Les PSNC : une catégorie fourre-tout et incohérente

Définition par la négative Paradoxes : acupuncture et homéopathie → PSNC mais réservées aux médecins Hypnose /

### 2.2. Le statut politique de la médecine

Non définie scientifiquement En réalité : le système médical politiquement dominant Preuve scientifique appliquée de

## 2.1. Les PSNC : une catégorie fourre-tout et incohérente

**Définition par la négative** : pratiques définies par *ce qu'elles ne sont pas*, en référence implicite à la médecine conventionnelle ; ces pratiques sont *non conventionnelles*)

**Paradoxes conceptuels** :

- Acupuncture / homéopathie → classées dans PSNC mais usage réservée aux médecins
- Hypnose / méditation : PSNC mais enseignées en faculté de médecine

## 2.2. Qu'est ce que la médecine conventionnelle, statut ?

**Le concept de médecine conventionnelle** n'a pas de définition précise réglementaire ou juridique en France. En réalité : la médecine dite conventionnelle est ***le système médical politiquement dominant à une époque donnée***. Il s'agit d'une convention.

**Elle est non définie scientifiquement** :

- L'argument de la preuve sert souvent à écarter certaines TC, mais affecte marginalement les traitements conventionnels d'usage courant.
- **Le critère de la preuve** scientifique est hétérogène, appliquée de manière asymétrique :
  - Ex. paracétamol = inefficace pour lombalgies mais remboursé
  - Certaines TC avec de bonnes preuves scientifiques sont marginalisées

Les critères de démarcation par la science ne permettent pas d'établir une frontière nette, dépeignant plutôt une **large zone grise**



# La question de la « preuve » dans le modèle EBM (evidence based medicine) et en médecine conventionnelle , en question ?

**ce qu'il faut faire** : force de la **recommandation**

**pourquoi on le fait** : solidité des **preuves**

Classe	Signification clinique	Niveau de preuve	Type de données
I	À faire : bénéfice démontré	A	Multiples ECR / méta-analyses
II a	À considérer : bénéfice probable	B -R	Un ECR ou petits ECR
II b	Option : bénéfice incertain	B -NR	Études observationnelles / registres
III	À ne pas faire : inefficace	C -LD	Données limitées / petites études
—	—	C -EO	Opinion d'experts-pas de preuve solide

À faire : bénéfice démontré	Classe I	Niveau A	Multiples ECR / méta-analyses
-----------------------------	----------	----------	-------------------------------

La question de la « preuve » en question,

dans le modèle EBM (evidence based medicine) et en médecine conventionnelle

1. *Most healthcare interventions tested in Cochrane Reviews are not effective according to high quality evidence : a systematic review and meta-analysis. J Clin Epidemiol 2022*
2. *Quality of evidence of the efficacy of therapeutic interventions on patient-important outcomes in Cochrane's systematic reviews' abstracts: A survey. Therapie. 2020*

1. Analyse de 2 428 revues Cochrane  
**Plus de 90 %** des interventions de santé **ne sont pas étayées par des preuves de haute qualité**

Seules **8 à 10 %** des interventions montrent une efficacité solide sur des critères importants pour les patients

2. Une enquête sur 400 revues Cochrane montre que seules **8 % des interventions** présentent une **efficacité sur un critère important pour les patients avec une preuve de haute qualité.**

### Implications :

Le modèle biomédical fondé sur des ECR (essais contrôlés randomisés) est **insuffisant** pour représenter la réalité clinique, y compris en médecine conventionnelle

**La faiblesse des preuves** de haute qualité dans les interventions conventionnelles montre que la **frontière “prouvé / non prouvé”** est largement illusoire

C'est ce qui justifie un **modèle d'évaluation pluraliste**, adapté aux interventions complexes comme les TC

La question de la « preuve » en question ,

dans le modèle EBM (evidence based medicine) et en médecine conventionnelle

*Levels of Evidence Supporting American College of Cardiology/- American Heart Association and European Society of Cardiology Guidelines, 2008-2018.  
JAMA. 2019*

**Les prescriptions en cardiologie ne reposent pas sur des ECR, mais sur consensus d'experts**

L'analyse des recommandations de American College of Cardiology et de Société Européenne de Cardiologie démontre que la majorité des recommandations, s'appuient sur des données non randomisées ou sur avis d'experts,

Plus précisément, **moins de 10%** des recommandations de ACC et **moins de 15 %** des recommandations de ESC sont étayées par un niveau de **preuve A** (plusieurs ECR de haute qualité)

La majorité des recommandations, y compris **un grand nombre de recommandations de classe I**, reposent sur des **niveaux B et surtout C = consensus d'experts / registres / petites études.**

Commentaire éditorial : les recommandations restent “**largely based on expert opinion**” pour beaucoup de situations cliniques

# 3. Que propose la médecine intégrative ?

## 3.1. Définition internationale (OMS, USA, Allemagne, Suisse)

Association coordonnée de médecine conventionnelle + thérapies complémentaires validées dans un parcours structuré, centré sur la personne.

## Les principes structurants

Approche globale (biopsychosociale) Co-construction du soin Pluridisciplinarité Parcours coordonné Évaluation adaptée aux interventions complexes

## 3.3. Fondements cliniques

Répond au modèle de la complexité Vision holistique et personnalisée Patient acteur Approches avec objectif de rétablissement + empowerment

## 3.4. Champs d'application privilégiés

Oncologie (soins de support) Douleur chronique Troubles anxieux / dépressifs Pathologies fonctionnelles ➡ Transition : reste à structurer l'intégration dans les

## 3.2. Pourquoi les thérapies complémentaires nécessitent un autre paradigme

Paradigme biomédical (modèle du médicament) Vision réductionniste : un symptôme = une cause = un traitement Standardisation maximale Causalité linéaire

### 3.1. Définition internationale (OMS, USA, Allemagne, Suisse)

Le développement de la MI s'inscrit dans un mouvement international existant aux États-Unis, en Australie et dans plusieurs pays européens

#### **Selon OMS et autres organisations :**

Association coordonnée de thérapies conventionnelles + TC les plus pertinentes et les mieux soutenues par des preuves scientifiques, dans un parcours structuré, centré sur la personne dans une indication donnée, mise en œuvre par un professionnel qualifié

Le terme « **intégratif** » **est central** : il ne s'agit pas d'additionner des techniques, mais de les articuler intelligemment au sein d'un parcours de soins coordonné.

### 3.2. Les principes structurants de la MI et fondements cliniques

Approche globale du sujet dans toutes ses dimensions

Co-construction du soin

Pluridisciplinarité

Parcours coordonné

Évaluation adaptée aux interventions complexes

Répond au modèle de la complexité

Vision holistique et personnalisée

Patient acteur

Approches avec objectif de rétablissement  
+ empowerment

## 3.5. Champs d'application privilégiés

### **Oncologie (soins de support)**

Une des premières applications historiques. Objectif : améliorer qualité de vie, soulager les symptômes (fatigue, douleurs, nausées) ou effets secondaires des traitements curatifs, lorsque les solutions conventionnelles sont insuffisantes.

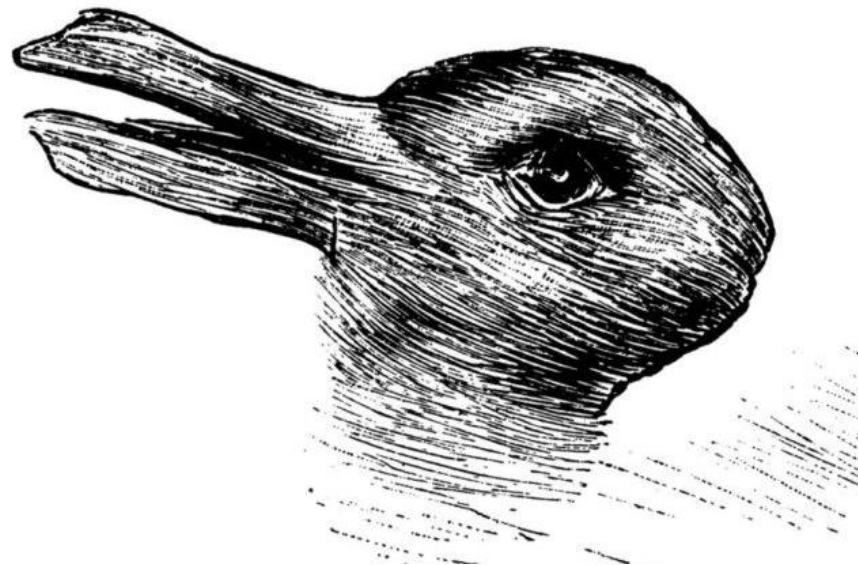
### **Douleur chronique**

Intégration de différentes TC (acupuncture, hypnose, ostéopathie) en complément des approches biologiques.

### **Troubles anxieux / dépressifs**

### **Pathologies fonctionnelles**

## 3.6. Détour par la question du paradigme pour penser la MI



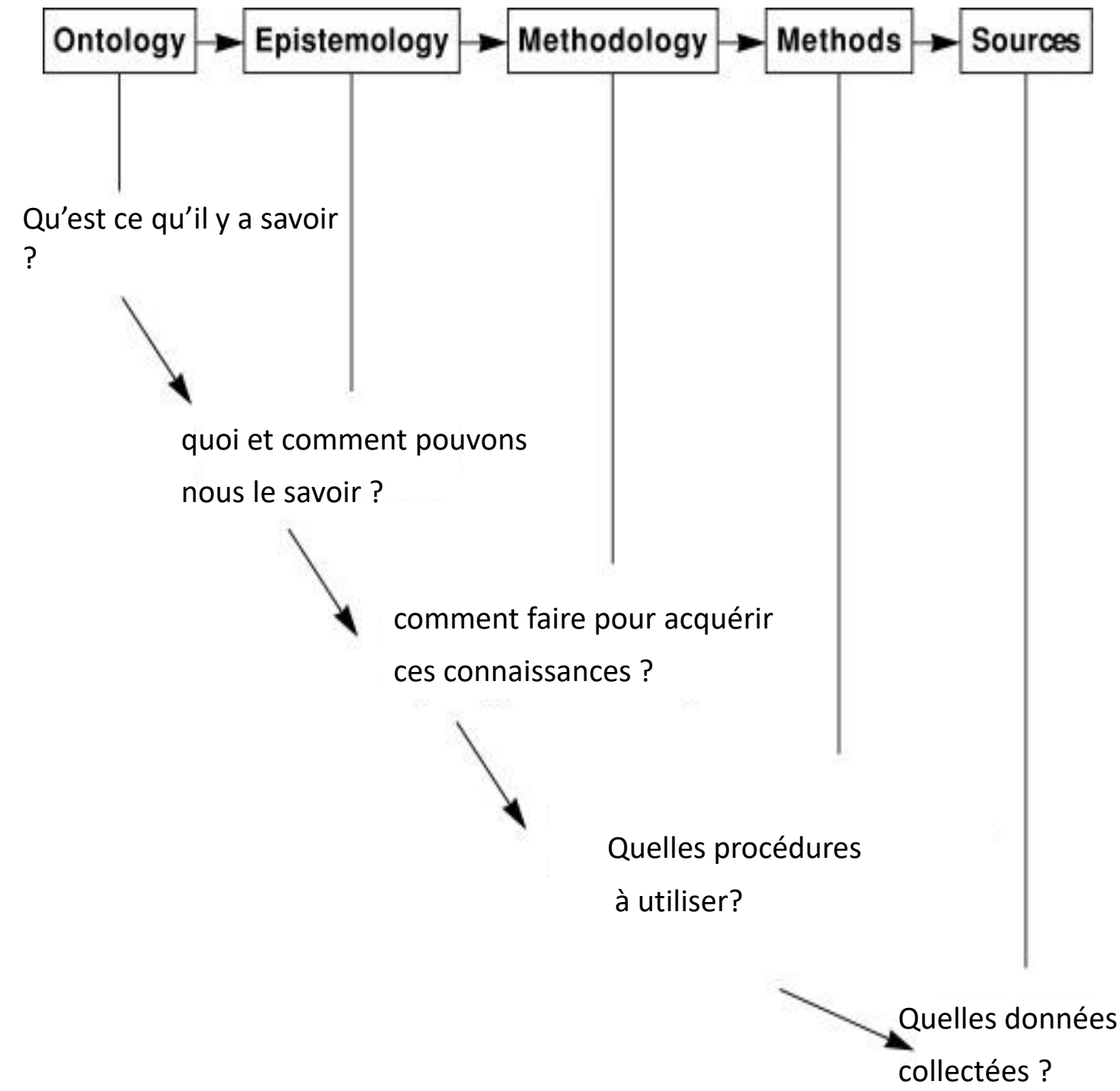


## Quel paradigme pour médecine intégrative ?

thérapies complémentaires (médecine traditionnelle chinoise, acupuncture, etc.)

### Déf. paradigme :

Cadre conceptuel faisant l'objet d'un consensus au sein d'une communauté scientifique qui influence la manière dont les chercheurs comprennent et interprètent les phénomènes



# Les paradigmes en clinique

	Modèle du médicament Paradigme Biomédical	TC Paradigme Biopsychosocial
Concept	<b>Réductionniste</b> : un symptôme = une cause = un traitement	<b>Complexité</b> : symptôme = interaction de facteurs biologiques, psychologiques, sociaux, existentiels
Focus	Cible biologique	Santé globale
Causalité	Linéaire Dysfonctionnement biologique	Multidirectionnelle Déséquilibre biopsychosocial
Nature de l'intervention	Standardisation maximale	Forte variabilité inter-individuelle; Personnalisée
Efficacité	Effet spécifique sur une cible	Combinaison effets spec. + non spécifiques (placebo, relation, sens)
Évaluation	<b>Données quantitatives</b> : objectivation Critères mesurables, biologie, imagerie	<b>Données de recherche qualitative</b> et subjectives
Relation au patient	Impersonnelle, centrée sur l'efficacité	Tient compte de la subjectivité, Importance du vécu, du contexte, de l'alliance thérapeutique
Modèle de soin	Paternaliste ; Savoir « d'expert »	Transversale ; co-construction; intersubjectivité
Idéal pour	Maladies aiguës, infections, physiopathologie simple	Maladies chroniques, douleur, troubles fonctionnels



### 3.5. Quel paradigme alors pour la MI qui associe médicament et TC ?

MI n'appartient ni au paradigme strictement biomédical, ni à celui uniquement biopsychosocial des TC. Elle relève d'un **paradigme hybride**, que l'on peut qualifier de **paradigme pragmatique intégratif**, un modèle hybride qui combine la rigueur biomédicale avec la complexité biopsychosociale, en choisissant les interventions (médicaments + TC) selon ce qui fonctionne le mieux pour la personne dans sa situation.

**1. Les mécanismes d'action sont multi-niveaux**

biologiques, psychologiques, relationnels, contextuels

**2. Les méthodes d'évaluation sont pragmatiques**

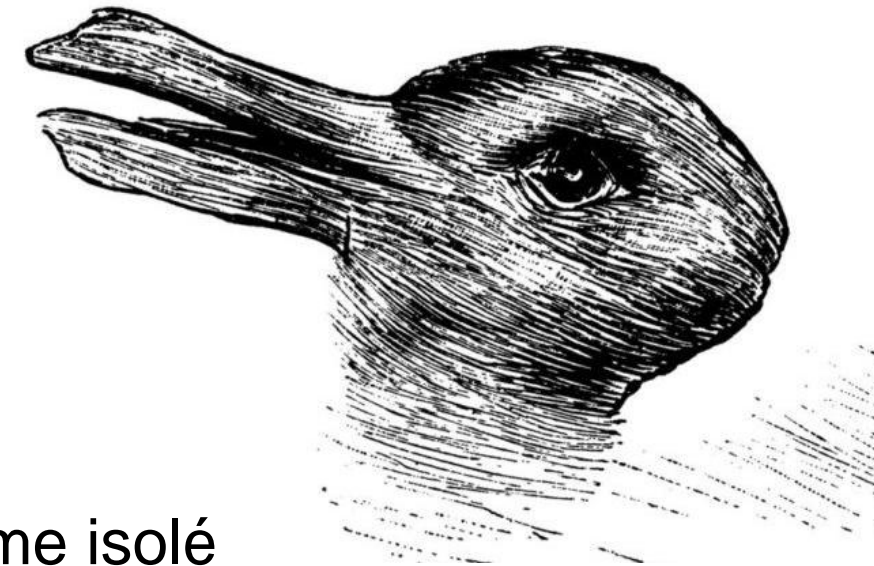
mixtes (QUANTITATIF + QUALITATIF)

centrées sur les résultats importants pour les patients  
adaptées à l'intervention

**3. Le choix thérapeutique est situé**

*Ce traitement, pour cette personne, dans ce contexte.*

**4. Le critère ultime est le bénéfice global pour le patient, pas le mécanisme isolé**



**Paradigme pragmatique intégratif : soigner la maladie *et* la personne**

# 4. Comment structurer l'intégration ? (Modèles & conditions)

## 4.1. Le modèle CUMIC (France)

Niveau 1 : hôpitaux généraux Niveau 2 : CHU avec recherche et enseignement Critères : Parcours coordonné Traçabilité dans le dossier Formation validée Concertation pluripro

## 4.2. Gestion des risques

3 types de TC intégrables : Validées scientifiquement Bénéfice/risque favorable Bénéfiques rapportées + faible risque Importance du risk reduction Danger = pratiques parallèles non

## 4.3. Rôle central des soignants (en particulier des infirmiers)

Acteurs clés du soutien, de l'alliance et de l'efficacité perçue Approche centrée sur la personne Les TC renforcent la cohérence du rôle soignant Peut réduire souffrance éthique →

## 4.4. Le changement de paradigme pour l'évaluation

Limites du modèle EBM pour interventions complexes Nécessité d'abandonner l'hierarchie rigide des preuves Modèle mixte (quantitatif + qualitatif) Paradigme pragmatique :

## 4.5. Biomédical vs. Intégratif : quelles méthodes d'évaluation ?

Paradigme biomédical → Essai randomisé (ECR) Standardisation stricte Aveugle possible Critères objectivables Réduction maximale des contextes Pertinent pour : effet

## 4.1. Le modèle de structuration CUMIC (France)

### Gradation de l'offre de soins intégrés

- Niveau 1 : hôpitaux généraux
- Niveau 2 : CHU avec recherche et enseignement
- Critères:
  - Parcours coordonné
  - Traçabilité dans le dossier
  - Formation validée
  - Concertation pluriprofessionnelle
  - Espaces dédiés (consultation / hôpital de jour)

Les opposants à la MI craignent qu'elle soit un « cheval de Troie » des pseudo-médecines et ouvre la porte aux dérives thérapeutiques et sectaires.

Les partisans répondent à ce risque par la **rigueur et l'encadrement**.

## 4.2. Gestion des risques

- Trois types de TC intégrables :
  1. Validées scientifiquement
  2. Bénéfice/risque favorable
  3. Bénéfices rapportés par patients + faible risque
- Importance de l'émarche de réduction des risques et des dommages.
- Danger = pratiques parallèles non déclarées

### 4.3. Rôle central des soignants (en particulier des infirmiers)

- Acteurs clés du soutien, de l'alliance et de l'efficacité perçue
- Approche centrée sur la personne
- Les TC renforcent la cohérence du rôle soignant
- Peut réduire souffrance éthique → enjeu d'attractivité

### 4.4. Le changement de paradigme pour l'évaluation

- Limites du modèle EBM pour interventions complexes
- Nécessité d'abandonner l'hierarchie rigide des preuves
- Modèle mixte (quantitatif + qualitatif)
- Paradigme pragmatique : "méthode adaptée à la question"
- Besoin de mieux intégrer le vécu du patient

## 4.5. Biomédical versus. Intégratif : quelles méthodes d'évaluation pour la MI ?

### Paradigme biomédical → Essai contrôle randomisé (ECR)

- Standardisation stricte
- En aveugle
- Critères objectivables
- Réduction maximale des contextes
- Pertinent pour effet pharmacologique pur

### Paradigme TC / complexité → Approche mixte & contextualisée

- Combiner QUANTI + QUALITATIF (modèle pragmatique)
- Évaluer :
  - relation
  - expérience vécue
  - adhésion
  - contexte thérapeutique réel
- Capturer les processus et non seulement les résultats
- Pertinent pour : interventions complexes, soins personnalisés

# Limites et contradictions du modèle EBM dans ce contexte intégratif et personnalisé

1

## **Les critères de validité de ECR :**

standardisation, randomisation, double aveugle, critères de jugements  
**en contradiction avec une approche personnalisée et globale**

**ECR ne peuvent capturer la complexité des soins intégratifs**

2

## **Négligence de la subjectivité**

**Les expériences vécues et les perceptions des patients sont sous-estimées**

A coté du modèle  
hierarchique d'évaluation  
EBM,

## Le modèle intégratif

- *Process evaluation of complex interventions: Medical Research Council guidance. **BMJ** 2015 ; 2021*
- *Circular instead of hierarchical: methodological principles for the evaluation of complex interventions. BMC Medical Research Methodology 2006*

- Postule que seule **une multiplicité de méthodes, utilisées de manière complémentaire**, donnera une estimation réaliste de l'efficacité et de la sécurité d'une intervention
- L'important n'est pas de savoir si une étude est randomisée ou non, mais si elle utilise **une méthode adaptée pour répondre à 1 question** avec respect d'une rigueur scientifique
- **Méthode mixte-paradigm pragmatique-QUAL/QUAN**
- La combinaison approches *quantitatives* et *qualitatives* répond de manière plus performante à la complexité, meilleure compréhension du problème



# Un changement de paradigme pour l'évaluation de la MI : Perspective des méthodologies mixtes

écosystème **SIMPLIFIÉ** santé  
maladies aiguës, infections ++, médicament,  
quantification)  
Paradigme réaliste (rationalisation médecine) : ECR

écosystème **COMPLEXE** santé :  
mal chroniques, processus de soin, TC, savoir  
expérientiel  
Paradigme pragmatique : design MIXTE  
(quali/quant )

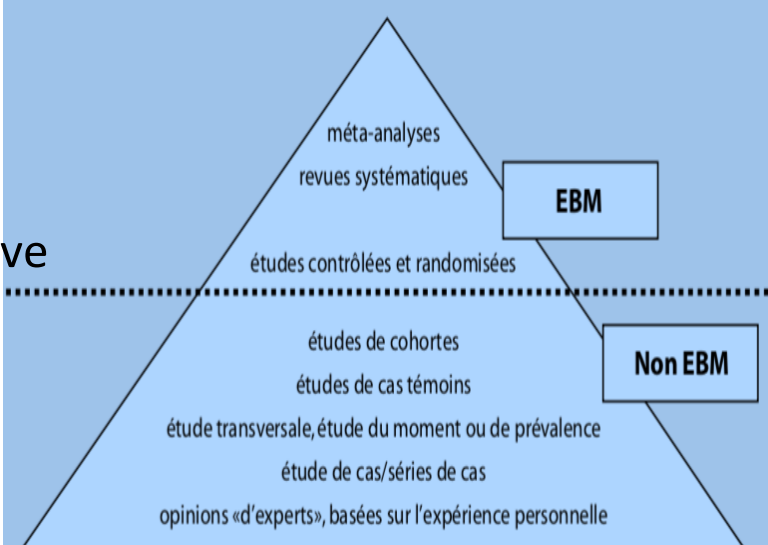
1948

**Medical Research Council**  
**1<sup>er</sup> ECR** : strepto/tuberculose  
essai **étalon or** de recherche clinique

1980

**EBM / ECR**

hiérarchisation de la force de la preuve  
en fonction de la nature  
de l'étude clinique



2016

**Medical Research Council**  
**Process evaluation of complex interventions: BMJ**  
**Combinaison quanti/quali : paradigme pragmatique**



# 5. Conclusion : Repenser la santé au XXI<sup>e</sup> siècle

## 5.1. Une question politique, culturelle et clinique

Dépasse la seule question de preuve Redéfinit les frontières du soin Pluralisme thérapeutique raisonné

## 5.2. La question centrale n'est plus :

conventionnel vs alternatif Mais : Quelle combinaison, pour ce patient, dans cette situation, avec ses valeurs, maximise les bénéfices et

## 5.4. Conditions de réussite

Formations Cadre réglementaire Recherche mixte Pilotage institutionnel Participation des patients

# 5. Conclusion : Repenser la santé au XXI<sup>e</sup> siècle

## 5.1. Une question politique, culturelle et sociologique

- Dépasse la seule question de la preuve scientifique
- Redéfinit les frontières du soin
- Pluralisme thérapeutique raisonné
- Esprit critique et lutter contre la désinformation qui peut cibler tout autant les fausses promesses que les condamnations de principe dogmatiques des PSNC.

## 5.2. Le paradigme de demain : la question centrale n'est plus :

- Conventionnel vs complémentaire
- Mais : *Quelle combinaison de traitements, pour ce patient, dans cette situation, avec ses valeurs, maximise les bénéfices et minimise les risques ? en s'appuyant sur le meilleur faisceau de preuves disponible*

## 5.3. Conditions de réussite

- Formations
- Recherche mixte
- Cadre réglementaire
- Pilotage institutionnel
- Participation des patients

# 5. Perspectives : La santé intégrative, une stratégie d'intelligence collective

**A l'international**, nombreuses analyses économiques et revues systématiques montrent que:

Les programmes de MI bien conçus dans plusieurs systèmes de santé montrent des **économies de 4 à 20 %** selon les contextes / médecine conventionnelle, notamment dans la prise en charge de la douleur et des maladies chroniques

**En réduisant hospitalisations, durée de séjour, consultations aux urgences, consommation de médicaments et, de manière générale, le recours aux soins de santé.**

Pathologie	Pratiques intégrées	Bénéfices mesurés	Réduction des coûts
Cancer	Acupuncture, hypnose, méditation	-40 % nausées, -30 % fatigue, -25 % dépression	-20 % coûts indirects (arrêts maladie)
Diabète type 2	Nutrition, yoga, tai-chi	-0,5 à -1 point HbA1c, +mobilité	-15 % complications
Douleurs chroniques	Acupuncture, ostéopathie, sophrologie	-40 % consommation d'opioïdes, +qualité de vie	-30 % hospitalisations

## 5. Perspectives : La santé intégrative, une stratégie d'intelligence collective

### Are Complementary Therapies and Integrative Care Cost-Effective? A Systematic Review of Economic Evaluations. BMJ Open. 2012

Analyse 338 études médico-économiques 2001–2010, avec très bonne qualité méthodologique

Résultats :

**29 % des études montrent des économies** *avec amélioration de la santé* .

**Domaines les plus étudiés**

Douleurs musculo-squelettiques

Santé mentale légère/modéré

- Obstétrique (acupuncture pour présentation en siège)

- Maladies chroniques (cardiovasculaires, diabète)

- Prévention (chutes, cataractes)

- En milieu **hospitalier adulte**, les interventions de MI sont associées à une réduction des coûts hospitaliers totaux **d'environ 4 %**, soit une économie moyenne de 898 dollars par admission.

- 90 % des études portent sur **une seule thérapie complémentaire**. Une seule étude évaluait un modèle réellement intégratif, combinant plusieurs praticiens.

## 5. Perspectives : La santé intégrative, une stratégie d'intelligence collective

### En France, PLFSS & Santé intégrative

#### Un système de santé à bout de souffle :

*Dépenses de santé très élevées (11,5 % du PIB) ; ONDAM sous forte tension (> 266 Mds €) ; Déficit social structurel (> 22 Mds €) ; Charge croissante des **maladies chroniques**, poly-pathologies, douleur, santé mentale ; Soignants en souffrance, difficulté à attirer et fidéliser*

**Ce modèle centré quasi exclusivement sur acte médical, la prescription et soins techniques n'est plus soutenable**, ni humainement ni financièrement.

L'avenir appartient aux **modèles de soins qui créent de la valeur clinique ET de la soutenabilité**. La **santé intégrative** est l'un de ces modèles

Pas d'estimation globale "la santé intégrative coûte X et fait économiser Y à la Sécu". Surtout des **données locales et par pathologie**, et un corpus de rapports (HAS, Inserm) qui plaident pour un développement encadré et évalué.

**La santé intégrative peut agir comme un levier de réduction des dépenses évitables**, en particulier dans les domaines très coûteux pour l'ONDAM (douleur chronique, anxiété, long-COVID, cancers, gériatrie)

**Nécessité d'évaluations de "parcours intégratifs", crucial pour des politiques PLFSS** : mise en place de projets pilotes intégrés dans l'ONDAM (douleur, oncologie, gériatrie, santé mentale).

## **5. Perspectives : La santé intégrative, une stratégie d'intelligence collective**

**Pour améliorer la santé des patients tout en maîtrisant les dépenses publiques**



Palais du Luxembourg Nov 2025

# Cadre réglementaire pour les PSNC

Sénatrice Laurence Muller-Bronn

Député Sandrine Josso



# Back up



# 3.5. Dans quels corpus théoriques s'inscrit la MI ?

La médecine intégrative s'inscrit dans un corpus théorique robuste - biopsychosocial, systémique, pragmatique et centré sur la personne- qui correspond à la réalité des interventions complexes.

## 1. Le paradigme biopsychosocial (Engel, 1977), fondement incontournable.

C'est le **cadre théorique principal** pour situer la médecine intégrative. Il articule **biologie, psychologie et contexte social**, reconnaît l'importance du **sens**, du **vécu**, de la **relation**, Il justifie l'usage **conjugué** de médicaments + TC comme interventions agissant à plusieurs niveaux. La médecine intégrative est aujourd'hui la *continuation appliquée* du modèle d'Engel.

## 2. Le cadre théorique des “interventions complexes” du Medical Research Council, UK, 2000–2021

Pourquoi c'est un corpus théorique central ? Parce que les TC (et la combinaison médicament + TC) relèvent de : mécanismes **multiples**, interactions **non linéaires**, importance du **contexte**, variations inter-individuelles => **impossible à évaluer comme un médicament**.

La MRC propose un cadre épistémologique pour conceptualiser, implémenter et évaluer ces interventions

## 3. Le pragmatisme (James, Dewey, C.S. Peirce), le socle épistémologique réel de la médecine intégrative

La médecine intégrative correspond parfaitement au **pragmatisme**, car : elle choisit ce qui **marche**, pas ce qui entre dans un dogme ; elle reconnaît que la valeur d'une intervention dépend du **contexte** ; elle articule les **effets spécifiques** et **non spécifiques** comme éléments actifs ; elle accepte que la vérité clinique soit **provisoire**, évolutive et située. La médecine intégrative est plus proche du pragmatisme que du positivisme biomédical classique

## 4. L'approche systémique et la théorie de la complexité

Pourquoi pertinente ? Elle conçoit la santé comme un **système dynamique**. Elle permet de penser l'évolution d'un patient via **boucles de rétroaction**. Elle valide l'existence d'**effets émergents**, non réductibles à un mécanisme simple. Ce paradigme explique pourquoi les TC fonctionnent différemment des médicaments.

## 5. Le modèle centré sur la personne (Carl Rogers, Mead)

La médecine intégrative fonctionne toujours dans : l'alliance thérapeutique, l'écoute active, la reconnaissance du vécu, la co-construction du soin, l'empowerment du patient

## 6. La médecine narrative et les humanités médicales

Avec : Rita Charon Narrative Based Medicine (Greenhalgh & Hurwitz)

Pourquoi essentiel ? Parce que les TC mobilisent le **sens**, le **récit**, l'**identité**, et que la médecine intégrative écoute l'**expérience vécue de la maladie**, et donne une place centrale à la **subjectivité**. Ce corpus légitime l'analyse qualitative, la phénoménologie, et les approches à forte composante relationnelle.

## 7. La théorie du “whole person care” (Canada, US, Australie)

Cadre intégré utilisé en académique : Soigner la **personne entière**, pas seulement la maladie ; Articulation : biomédical + psychosocial + spirituel + existentiel ; Très utilisé dans les universités nord-américaines pour formaliser l'intégratif.

## 8. L'épistémologie pragmatique du pluralisme thérapeutique (Kleinman, Baer, Helman)

Issue de l'anthropologie médicale : Les patients mobilisent **plusieurs registres de soin** simultanément; Le système biomédical n'est **qu'un** registre ; La médecine intégrative reconnaît ce pluralisme, mais le **sécurise** et le **coordonne** ; Ce corpus est très pertinent pour donner une légitimité universitaire solide.

## 3.5.. Pourquoi les thérapies complémentaires relèvent d'un paradigme différent de celui du médicament

Approche globale du sujet dans toutes ses dimensions (biopsychosociale)

Co-construction du soin

Pluridisciplinarité

Parcours coordonné

Évaluation adaptée aux interventions complexes

Les thérapies complémentaires ne peuvent pas être évaluées comme des médicaments : elles mobilisent un **autre cadre conceptuel**.

## Complementary therapy in palliative care: A synthesis of qualitative and quantitative systematic reviews

2020

- 22 ECR (8 aromathérapie, 8 massage, 6 réflexologie)
- 5 études qualitatives (3 massage, 1 aromathérapie, 1 réflexologie)
- **Objectif** : exploration des points de vue des patients sur avantages/inconvénients de la TC administrée

Les TC dispensées dans ECR reflètent-elles la manière dont les participants aux études qualitatives déclarent qu'elles sont dispensées dans contextes réels ?

Revue qualitative: 4 éléments clés du vécu des TC:

- établir une **relation** et **interagir** avec le thérapeute
- être traité dans un **environnement confortable** et familial
- avoir des **choix** permettant un sentiment de contrôle (des huiles, etc)
- avoir un **nombre acceptable** de séances

Revue 22 ECR : Analyse du vécu des TC avec échelles de qualité de vie

- aucun n'incluait l'ensemble de 4 composantes clés
- Pas de capture des bénéfices perçus des TC et bon nombre d'entre elles incluaient éléments inappropriés ou redondants

Cette étude souligne les limites de la standardisation (référence dans les ECR) appliquée aux TC

Le Medical Research Council pointe inadéquation d'une standardisation stricte pour les interventions complexes