



Société Nationale Française  
de Gastro-Entérologie

**SNFGE**

## **Symposium** **Thérapies complémentaires** **Dimanche 26 mars 2017**

### ***Thérapies Complémentaires en Hépato-gastro-entérologie***

**Modérateurs : Dr Fernand Vicari et JL Payen**

- 11H00 – 11H05** Introduction : Dr Fernand Vicari (Nancy)  
Reconnaissance des médecines complémentaires en France et dans le monde
- 11H05 – 11H20** Pr Jacques Kopferschmitt (Strasbourg)  
Médecines complémentaires mode ou nécessité
- 11H25 – 11h40** Pr Régine Brissot (Rennes)  
Les médecines complémentaires à l'épreuve de l'EBM. Exemple de l'acupuncture.
- 11H45 – 12H00** Pr Laurent Degos (Paris)  
Les médecines occidentale et traditionnelle chinoise sont-elles complémentaires ?
- 12H05 – 12H20** Pr Julien NIZARD (Nantes)  
État des lieux de la Formation, de l'enseignement des médecines complémentaires en France.
- 12H25 – 13H00** Dr Audrey Vanhauzenhuyse (Liège)  
Intérêt de l'hypnose dans la pratique de l'hépatogastro-entérologie



# Reconnaissance des médecines complémentaires en France et dans le monde

**Fernand Vicari**

Secrétaire général du Groupe d'Évaluation des Thérapies Complémentaires Personnalisées (GETCOP)  
127, Rue Saint-Dizier – 54000 Nancy  
[fernand.vicari@gmail.com](mailto:fernand.vicari@gmail.com)

*Il y a plus de choses sur terre et dans le ciel, Horatio,  
que toute ta philosophie ne peut imaginer.  
William Shakespeare*

## Avant de les reconnaître, encore faut-il les connaître et ensuite les nommer

► **Leur connaissance** varie selon les régions et correspond aux cultures des lieux concernés. La Miviludes en dénombre 400, peut-être plus<sup>1</sup>, justifiant ainsi la tirade d'Hamlet. Cette connaissance est loin d'être l'apanage des professionnels de santé et là où elles existent, les associations de malades<sup>2</sup> jouent un rôle important.

► **Les nommer** est souhaitable mais difficile tant les situations sont intriquées<sup>3</sup>. Les deux dénominations les plus souvent retenues par le Conseil de l'Ordre des médecins et l'OMS sont les MAC (Médecines Alternatives et Complémentaires) alors que l'Académie Nationale de Médecine (ANM) préfère le terme de « Thérapies complémentaires ».

**Leur reconnaissance** passe par leur évaluation, avec toutes les nuances que cela comporte.

### En France

► le CAS (Centre d'Analyse Stratégique) dans sa note 290 en 2012 dit : « de s'assurer de l'innocuité de ces nouvelles pratiques à défaut de leur efficacité et d'encadrer leur formation »... « Après avoir évalué leur bénéfice, de les intégrer progressivement au système de santé, en complément des soins conventionnels, lorsqu'elles peuvent contribuer à une prise en charge plus complète du patient ».

► En mars 2013, l'ANM, dans son rapport, retient l'acupuncture, les médecines manuelles (ostéopathie et chiropraxie), l'hypnose et le taïchi (+ qi gong)<sup>4</sup>. A des degrés divers, tous les hôpitaux et en particulier les centres de la douleur, les services d'oncologie les pratiquent. Mais comme le disait récemment le Pr Alain Bamelou, néphrologue, responsable du centre intégré de médecine chinoise à la Pitié Salpêtrière, « nous sommes tolérés ». De plus en plus de congrès leur sont consacrés : Montpellier, Tours, Nice, Nancy etc. Leur évaluation par des approches différentes de l'EBM où le rôle et l'expérience du thérapeute sont pris en compte, est la préoccupation majeure : ICEPS à Montpellier ; OMCNC à Nice, GETCOP à Nancy, IIMI à Nantes, AFRATAPEM à Tours.

1. Vicari F. A la découverte des thérapies complémentaires. Hegel 2015;5:345-6.

2. Nahon S, Lahmek P, Olympie A, Buisson A, Poupardin C, Chaussade S, Lesgourgues B, Abitbol V. Impact des médecines complémentaires sur la qualité de vie des patients ayant une maladie inflammatoire de l'intestin : résultats de l'enquête SUMMAC. JFHOD 2013.

3. Vicari F. A propos des médecines dites alternatives, complémentaires, douces, parallèles etc. Hegel 2012;3:59-60.

4. Bontoux D, Couturier D, Menkès CJ. Thérapies complémentaires - Acupuncture, hypnose, ostéopathie, tai-chi - Leur place parmi les ressources de soins. Bull Acad Natl Med 2013;3:717-57.



## Dans le monde

Si les médecines chinoises et ayurvédiques sont exercées dans leur lieu d'origine en dehors de toute complémentarité et la médecine anthroposophique en Europe plus récemment (1920), toutes les autres investissent le domaine de la médecine intégrée. Aux USA, après 20 ans d'expérience dans différentes universités, depuis 2014, le Conseil de l'Ordre des médecins américains reconnaît la médecine intégrative comme spécialité à part entière<sup>5</sup>. A ce terme de « médecine intégrative », Nathalie Babouraj préfère celui de « santé intégrative ».

Globalement, nous pouvons constater qu'en Europe par exemple, les pays latins ont 20 ans de retard sur les autres nations, Allemagne et Suisse alémanique en tête avec une reconnaissance et une prise en charge de ces TC sans commune mesure avec ce qui est pratiqué en France.

En conclusion, nous pensons qu'à condition que soient mis en place évaluation et encadrement, les TC seront incontournables en matière de prévention et de prise en charge des maladies chroniques telles que MICI et TFI dans notre discipline au même titre que pour l'oncologie qui l'utilise déjà en soins de support.

Enfin, cette évolution doit bénéficier également aux soignants si l'on veut que l'humain soit réellement au cœur des systèmes de soins conventionnels et intégrés.

---

5. Geetha Babouraj N. Et si nous nous inspirions du nouveau modèle de santé aux États-Unis ? Hegel 2015;5:349-51.



## Thérapies Complémentaires : mode ou nécessité ?

**Jacques Kopferschmitt**

Chargé de mission sur les TC, Université de Strasbourg  
*Jacques.kopferschmitt@chru-strasbourg.fr*

Pour comprendre la place des Thérapies complémentaires il faut se rapporter à l'évolution de la société moderne. En effet la place centrale de l'homme au centre des préoccupations s'est progressivement retirée au profit des intérêts matériels. Or la notion de santé est indissociable de la notion de bien être, comme la notion de maladie est étroitement associée à celle de mal être que génère la société actuelle.

### Mais les T.C. sont-elles une mode ?

Il est clair que l'engouement croissant des publics le laisserait penser si on n'allait pas plus loin dans la réflexion. Et le développement de médecine dite intégrative comprenant des T.C. ne doit pas être fait par la pression du marché, mais par l'accumulation des preuves scientifiques d'efficacité ! On aurait pu s'attendre à une diminution des T.C. avec les progrès de la biomédecine, or c'est l'inverse : les T.C. seraient-elles des marqueurs de la modernité ? Si c'est une mode serait-elle la résultante d'une insatisfaction des patients vis-à-vis de la médecine, de ses médecins, de ses traitements notamment médicamenteux ? Mais est-ce une mode ou une erreur d'ignorer des recours thérapeutiques qui concernent de nombreux patients, voire une grande partie de notre humanité ? On ne peut plus rétrécir le champ de vision des soins ou même combatte la médecine scientifique, mais il est devenu indispensable de compléter cette médecine, utiliser des adjuvants avec elle qui permettraient de faire des économies de thérapies lourdes, onéreuses ou inefficace. L'effet mode souvent magnifié par les médias dessert les développements : il y a des dérives et des dangers comme pour toutes les activités humaines. Une démarche d'humilité des soignants est indispensable et passe par la connaissance et la prudence en particulier en argumentant sur la guérison ou le caractère alternatif des soins. C'est pourquoi il y a une nécessité d'une *vision contrôlée, validée et sécurisée des T.C. sans aucun a priori ou sectarisme initial.*

### Il y a bien une nécessité !

S'intéresser à un phénomène que l'on ne peut expliquer, est déjà une démarche scientifique. En effet on n'imagine pas une immobilité de la médecine. C'est pourquoi le bien être doit être intégré aux soins. Les T.C. ne sont pas en opposition avec notre médecine. La médecine conventionnelle est-elle victime de son succès, car en réalité il y a nécessité d'une médecine globale ? Si les maladies aiguës ont considérablement progressé avec la modernité des soins curatifs, les maladies chroniques et le vieillissement sont dans un axe prioritaire différent de la qualité de la vie, très souvent envisagée au second plan alors que le flux de ces patients est croissant. Voilà une place privilégiée pour les T.C., qui représentent une réelle plus value. Or cela est trop souvent ignoré dans la démarche actuelle. La médecine conventionnelle moderne sous traite hélas ce qu'elle devrait prendre en charge ! Il y a bien nécessité d'une vision élargie du soin qui prend en compte les changements de paradigmes, les exigences et les évolutions de la population. Regardons de plus près les vides de nos pratiques et les apports transculturels d'autres civilisations.

C'est un véritable plaidoyer pour une alliance de médecines croisées avec une évaluation innovante du service rendu au plus grand nombre.

### Références

- Bertrand Graz, Les Médecines complémentaires, dépasser les clivages, Presse polytechniques et universitaires romandes, 2012.  
Edzard Ernst, Médecines alternatives, le guide critique, Elsevier ed. 2005.  
Thierry Janssen, La solution intérieure, vers une nouvelle médecine du corps et de l'esprit, Fayard ed. 2006.  
Nicola K. Gale, Jean V. McHale, Routledge Handbook of Commentary on Alternative Medicine, Routledge New York edit 2015.  
Jean -Jacques Wunenburger, Imaginaires et rationalité des médecines alternatives, Médecines et Sciences Humains / Les Belles Lettres ed. 2008.



# Les thérapies complémentaires à l'épreuve de l'EBM. Exemple de l'Acupuncture

**Régine Brissot**

Médecine physique et réadaptation - 1, Square René Cassin, 35700 Rennes

Le développement de la recherche clinique en acupuncture dans le cadre de la Médecine basée sur les preuves, ou « evidence based-medicine » (EBM), a permis d'évaluer l'efficacité de l'acupuncture dans bon nombre de pathologies, tout en améliorant en même temps la qualité de la recherche dans ce domaine.

En effet, l'EBM est maintenant bien documentée en acupuncture. Le nombre de publications sur l'acupuncture, toutes pathologies confondues, est de 17 654 dont 4 363 essais randomisés contrôlés (RCT) et 390 méta-analyses (Medline, Cochrane, Acudoc). Le nombre des publications de RCT et méta-analyses a décuplé entre 2000 et 2016. Les pathologies étudiées sont actuellement au nombre de 134. En gastroentérologie et hépatologie, ces publications représentent 13 % de tous les RCT et portent sur un total de 8 pathologies dont 5 en gastroentérologie et 3 en hépatologie. La répartition des RCT pour les autres pathologies est: rhumatologie et douleur 37 %, psychiatrie 26 %, neurologie 11 %, gynécologie-obstétrique 9, 3 %. D'autres domaines méritent d'être mentionnés, hors pathologie de spécialité d'organe, en raison du nombre important de RCT dont ils font l'objet. C'est le cas des soins d'anesthésie et analgésie en chirurgie (13 % des RCT) et du traitement des effets indésirables des traitements en oncologie (13 % des RCT).

Les domaines dans lesquels l'efficacité de l'acupuncture est validée avec un haut niveau de preuve sont les migraines et céphalées dites de « tension », diverses affections rhumatologiques mécaniques, les nausées et vomissements post-chimiothérapiques et post-opératoires, certaines situations gynéco-obstétricales (douleurs, aide à la PMA, version céphalique pour présentation de siège), la dépression et le sevrage tabagique.

En gastro-entérologie et hépatologie, les pathologies pour lesquelles l'efficacité de l'acupuncture a été démontrée sont les suivants :

## Haut niveau de preuve

- ▶ **Colon irritable** : Chao [1], dans sa méta-analyse, retient 6 RCT de haute qualité méthodologique, portant sur un total de 664 patients et conclut à un haut niveau de preuve. De plus, un niveau de preuve modéré est retenu par 3 autres auteurs : Ji [2], Park [3], Manaheimer [4]. Ce dernier conclut à un bénéfice de l'acupuncture supérieur aux antispasmodiques, dans un certain nombre de cas.
- ▶ **Gastroparésie diabétique** : La méta-analyse de Yang [5] sélectionne 14 RCT réunissant 372 patients.

## Niveau de preuve modéré

- ▶ **Maladies inflammatoires intestinales et colite ulcéreuse** : Ji [2] retient, sur 43 RCT, 3 articles avec un haut score de Jadad, montrant l'efficacité de l'acupuncture et note, dans certains cas, un effet supérieur ou égal à la sulphasalazine.
- ▶ **Constipation** : Du [6] Zhang [7] et WU [8] concluent à l'efficacité de l'acupuncture et de la moxibustion. Wu, sur 475 patients, observe que l'efficacité de l'acupuncture est identique à celle du lactulose. Plus récemment (déc 2016) Liu [9], dans une RCT multicentrique sur 1 075 patients souffrant de constipation, démontre l'efficacité de l'électro-acupuncture. Yang [10] rapporte l'efficacité dans les ileus post AVC, à partir de 8 RCT sur 600 cas.
- ▶ **Reflux gastro-œsophagien** : Gao [11] trouve, dans une RCT sur 60 patients que l'acupuncture est supérieure à l'oméprazole. On ne retrouve pas de méta-analyse sur ce sujet.

En hépatologie, en revanche, aucune indication n'est actuellement validée, bien que quelques résultats positifs soient publiés :

- ▶ **Stéatose hépatique non alcoolique** : Huang [12], avec un RCT 180 patients, note une amélioration clinique et biologique supérieure sous acupuncture.



► **Hépatite B** : La métaanalyse de Zheng [13] ne retrouve que 2 études sur 70, se conformant aux scores de Jadad, recommandations Consort et Stricta et estime donc ne pas pouvoir conclure.

On peut remarquer que le nombre très restreint de ces indications validées contraste avec la large application de l'acupuncture dans les troubles fonctionnels digestifs, qui s'appuie sur une pratique clinique ancienne d'au moins 2 500 ans et aujourd'hui, largement diffusée dans le monde. Des raisons liées à l'histoire de l'acupuncture eu égard à l'EBM peuvent expliquer cette situation. Mais d'autres facteurs nous paraissent au moins aussi importants :

► Au plan technique, l'EBM créée sur le modèle médicamenteux, est difficile à appliquer aux traitements physiques, surtout quand ils comportent l'intervention directe du thérapeute sur le corps du patient. La question de l'acupuncture factice, malgré la création de plusieurs dispositifs et une réflexion méthodologique approfondie entre experts au niveau mondial, est toujours en discussion.

► Au plan conceptuel, le modèle d'évaluation de l'EBM correspond à la nosologie occidentale et ne peut pas s'appliquer tel quel à l'acupuncture qui procède d'une approche médicale très différente basée sur la réharmonisation de la circulation de l'énergie vitale (Qi).

Un vaste travail de liaison entre la médecine traditionnelle d'origine chinoise (MTC) et la médecine occidentale a été entrepris dès 1955, par CACMS (China Academy of Chinese Medical Sciences), qui, avec la WFAS (World Federation of Acupuncture Societies) et l'OMS, ont effectué un travail de standardisation et de recommandations en recherche clinique acupuncturale, publié dès 1995. L'OMS en 2009, a adopté une résolution visant à intégrer la MTC dans les systèmes de soins. En 1997, une chaire de médecine « factuelle » a été créée à Pékin, dont le but était de développer l'EBM en MTC. Aux USA, en 1998, a été créé le NCAM (National Center for Complementary and Alternative Medicine), relié au NIH. En France, plusieurs institutions ont publié des rapports sur l'acupuncture : HAS en 2011, AP HP en 2013 [14], l'INSERM en 2014 [15].

## Références

1. Chao GQ, Zhang S. Effectiveness of acupuncture to treat irritable bowel syndrome: a meta-analysis. *World J Gastroenterol* 2014;20(7):1871-7.
2. Ji J, Huang Y, Wang XF, Ma Z, Wu HG, Im H, Liu HR, Wu LY, Li J. Review of Clinical Studies of the Treatment of Ulcerative Colitis Using Acupuncture and Moxibustion. *Gastroenterol Res Pract* 2016.
3. Park JW, Lee BH, Lee H. Moxibustion in the management of irritable bowel syndrome: systematic review and meta-analysis. *BMC Complement Altern Med* 2013;13: 247.
4. Manheimer E, Cheng K, Wieland LS, Min LS, Shen X, Berman BM, Lao L. Systematic review of complementary and alternative medicine treatments in inflammatory bowel diseases. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;(5):CD005111.
5. Yang M, Li X, Liu S, Li Z, Xue M, Gao D, Li X, Yang S. Meta-analysis of acupuncture for relieving non-organic dyspeptic symptoms suggestive of diabetic gastroparesis. *BMC Complement Altern Med* 2013;13:311.
6. Du WF1, Yu L, Yan XK, Wang FC Meta-analysis on randomized controlled clinical trials of acupuncture and moxibustion on constipation. *Zhongguo Zhen Jiu* 2012;32(1):92-6.
7. Zhang C, Guo L, Guo X, Li G, Guo X. Short and long-term efficacy of combining Fuzhengliqi mixture with acupuncture in treatment of functional constipation. *J Tradit Chin Med* 2013;33(1):51-9.
8. Wu J, Liu B, Li N, Sun J, Wang L, Wang L, Cai Y, Ye Y, Liu J, Wang Y, Liu Z. Effect and safety of deep needling and shallow needling for functional constipation: a multicenter, randomized controlled trial. *Medicine (Baltimore)* 2014;93(28).
9. Liu ZS, Yan S, He L, Li N, Guirong D et al. Acupuncture for chronic severe constipation. *Ann Intern Med* 2016; Déc 165:761-9.
10. Yang JP, Liu JY, Gu HY, Lv WL, Zhao H, Li GP. Randomized controlled trials of acupuncture and moxibustion for post-stroke constipation: a meta analysis. *Zhongguo Zhen Jiu* 2014;34(8):833-6.
11. Gao LJ, Bai XH. Clinical Trial of Acupuncture Treatment of Gastro-esophageal Reflex Disease by Needling Dorsal Segment of the Governor Vessel]. *Zhen Ci Yan Jiu* 2016;41(2):150-3.
12. Huang Z, Song S, Tan K, Chu J, Zhu X, Zeng. Non-alcoholic fatty liver disease of liver stagnation and spleen deficiency pattern treated with acupoint embedding therapy: a randomized controlled trial]. *Zhongguo Zhen Jiu*. 2016; 36(2):119-23.
13. Zheng S, Du J, Lu X, Zhang Y, Hu L, Wang W. Quality of randomized controlled trials in acupuncture treatment of hepatitis B virus infection - a systematic review. *Acupunct Electrother Res* 2010;35(3-4):119-31.
14. Rapport Médecines Complémentaires AP-HP Mai 2012.
15. Barry et al. Evaluation de l'efficacité et de la sécurité de l'acupuncture. *Inserm U 669*, janvier 2014.



# Complémentarité entre médecine traditionnelle chinoise (MTC) et médecine occidentale

**Laurent Degos**

Professeur émérite, Université Paris Diderot

La leucémie aiguë la plus sévère, la leucémie aiguë promyélocytaire, qui était mortelle en une semaine, est actuellement guérie sans chimiothérapie ni greffe de moelle dans tous les cas « standard » grâce à la conjonction de deux produits naturels, le dérivé naturel de la vitamine A (acide tout trans rétinoïque) et l'arsenic. Ces deux agents ont été découverts l'un par un raisonnement occidental, l'autre par la tradition chinoise.

Cette double approche est le fruit de deux philosophies. L'une occidentale initiée par René Descartes reconnaissant une cause aux phénomènes puis par Claude Bernard cherchant, par expérimentation et afin d'y remédier, le défaut élémentaire de mécanisme des maladies. L'autre approche, chinoise, vise à maintenir une harmonie entre l'homme et le cosmos sans chercher à extraire une cause, mais fait la promotion d'une vision holistique de la personne.

La MTC comporte deux grands courants, d'une part l'équilibre interne (le sang exploré par le pouls, le Qi, les circuits internes...) et d'autre part l'apport externe de produits naturels, qui ont conduit à l'acupuncture et le traitement par les plantes et autres produits naturels.

Ces deux approches, médecine occidentale et MTC, étaient considérées comme exclusives et incompatibles, entre une médecine basée sur les preuves, les essais contrôlés, le traitement d'une cause démontré par expérimentation, un produit purifié pour une maladie, et l'autre basée sur l'observation, centrée sur les multiples déterminants, traitant avec de multiples produits extraits sans purification, choisis pour chaque personne, cherchant à redonner une harmonie malgré le mal. L'une centrée sur l'objectif, l'autre sur le subjectif, l'une traitant la maladie, l'autre le malade, l'une supprimant l'origine du mal, l'autre supprimant le symptôme notamment la douleur, l'une collective (un même produit pour une maladie), l'autre individuelle, l'une quantitative, l'autre qualitative, l'une où le malade est objet « réparable », l'autre où il est sujet « rééquilibrable ».

Le constat de cette dualité philosophique et opérationnelle, a été exposé lors de la réunion de Bologne organisée par Romano Prodi le 10 Mai 2012. La médecine occidentale a désiré incorporer la MTC dans sa panoplie de soins, et a lancé un appel d'offre de recherche (AP HP, 17 Octobre 2013) demandant d'apporter des preuves d'efficacité des médecines complémentaires. Cette exigence est contraire à leurs philosophies et leurs modes, qui est un traitement adapté à chaque personne. La psychothérapie et la psychiatrie ont aussi un dessein similaire. La MTC n'a pas pour but la survie mais le bien être. Pourtant un rapprochement entre ces deux médecines se dessine.

Le 16 Janvier 2017, l'OCDE dans une réunion des Ministres de Santé, a proposé de prendre comme indicateur médical, le résultat rapporté par le patient (Patient Reported Outcome Measures PROMS). Un pas vers la mise au premier rang des valeurs subjectives. La MTC recherche de son côté les cibles moléculaires des produits naturel et la conséquence physiologique de l'acupuncture (sécrétion d'endorphine). La médecine occidentale parle de tri voire quadri thérapie, mêlant des produits purs et la MTC considère que plusieurs produits se retrouvent ensemble dans la plante.

Et Zhang Denghai de Gongli hospital de Shanghai a présenté récemment à Hefei (réunion de la FFCSA), en colligeant des milliers de publications, la correspondance entre le concept des cinq organes et leurs fonctions reliées (five organs concept) et les cibles des produits géniques qui se situent sur plusieurs types cellulaires, contrairement à ce qu'on pourrait croire : une similitude troublante des relations reconnues par ces deux voies. La MTC avait-elle eu l'intuition des découvertes de biologie moléculaire et cellulaire ?

En conclusion, les deux approches deviennent complémentaires entre la MTC qui s'attache au ressenti, l'équilibre interne et l'harmonie avec l'environnement et la médecine occidentale qui se focalise sur les causes cherchant à extirper le mal.



# État des lieux de la formation et de l'enseignement des médecines complémentaires en France

**Julien Nizard**

Responsable du Centre d'Évaluation et de Traitement de la Douleur (CETD), CHU de Nantes

Les syndromes douloureux ou dysfonctionnels chroniques concernent près de 30 % de la population des pays industrialisés.

D'avantage que les médicaments ou les approches techniques ou chirurgicales les plus pointues, utiles, mais souvent insuffisantes (voire responsables de iatrogénie), c'est la qualité de la relation thérapeutique et l'implication du patient dans sa prise en charge (grâce à une éducation thérapeutique bien conduite), qui permettront au patient douloureux (ou porteur d'un syndrome « somatoforme »), d'aller vers une vie meilleure et moins centrée sur ses douleurs ou ses symptômes.

Il sera toujours utile de diminuer la consommation des médicaments responsables de dépendance, et d'encourager le patient à reprendre son travail et/ou ses activités.

Conformément aux recommandations de bonnes pratiques, et au sein d'une prise en charge pluridisciplinaire, chaque thérapeutique, qu'elle soit médicamenteuse, physique, psychologique ou socioprofessionnelle, aura pour but d'autonomiser le patient qui s'appropriera les différents traitements, et mettra en place une auto-pratique régulière.

C'est autant valable pour l'activité physique régulière qu'il pérennisera, que pour des séances d'autohypnose quotidienne, ou la pratique de séances d'électrostimulations transcutanées.

La responsabilisation du patient, qui reprendra les rôles de son devenir, qui en prendra conscience et s'en réjouira, permettra au patient (dans le meilleur des cas définitivement), de changer de stratégie vis-à-vis de ses douleurs ou des symptômes qui l'ont handicapé, et qu'il a désormais appris à apprivoiser...

Au sein de la prise en charge plurielle du patient douloureux, les thérapies complémentaires (acupuncture, médecine manuelle, hypnose, méditation en pleine conscience ou « mindfulness » notamment), ont une place importante. La haute autorité de santé et les sociétés savantes (de la douleur comme de la rhumatologie, la médecine physique et rééducation, ou la gastro-entérologie), encouragent leur pratique, au sein de la prise en charge pluridisciplinaire recommandée dans laquelle ils s'insèrent (« add-on therapies », pour les Anglo-saxons).

Leur intérêt réside notamment dans la qualité de la relation thérapeutique qu'elles promeuvent auprès du patient, et sur le fait qu'elles sont davantage centrées sur l'amélioration de la qualité de vie que des seules douleurs : elles peuvent avoir un effet utile sur les troubles du sommeil, et l'anxiété associées aux douleurs en particulier. Ces thérapies mettent en avant l'importance de la relation thérapeutique et de l'auto-pratique par le patient.

La demande de recours aux thérapies complémentaires est forte, autant du côté des patients porteurs de symptômes chroniques, que du côté des personnels médicaux et non médicaux, libéraux et hospitaliers.

La formation initiale à ces thérapeutiques complémentaires, lors des études de médecine, au sein du Groupe Santé (pharmaciens, odontologistes, sage femmes), et des instituts paramédicaux, même si elle se développe, reste encore limitée à quelques heures au plus, tout au long du cursus.

Au sein de services spécialisés (Centre de la Douleur, Centre de Rééducation, Service de Psychiatrie...), cette formation théorique peut être complétée par un apprentissage, au contact des praticiens seniors, au « lit du malade », lors des stages d'externes en médecine en particulier.

Les techniques d'apprentissage de type « simulation en santé », se développent également, en formation initiale comme en formation continue : ils permettent d'aborder des sujets complexes comme la relation thérapeutique, l'annonce de la maladie grave, l'éducation thérapeutique...



Par ailleurs, les thérapies complémentaires bénéficient d'un fort développement grâce à la formation continue. Il peut s'agir de formations courtes de un à 5 jours, qui peuvent désormais être « certifiantes », c'est-à-dire être validées par un certificat universitaire.

Il peut s'agir également de formations dites « longues et diplômantes » : diplômes universitaires (DU), diplômes interuniversitaires (DIU), et capacités de médecine.

Les trois thérapies complémentaires qui font l'objet de formations universitaires les plus diffusées et les plus solides sont l'acupuncture (capacité de médecine et diplôme interuniversitaire), l'hypnose (diplôme universitaire), et la médecine manuelle (diplôme interuniversitaire).

Il en existe bien d'autres, comme le DU de pratiques psychocorporelles (Paris XI), le DU de sophrologie (Lille 2), le DU de méditation en pleine conscience (Strasbourg)....

L'évolution de certains de ces diplômes vers le format « Master » permettrait de les rendre plus attractifs à l'international, particulièrement pour la francophonie.

D'autres formats comme des « Master course » (par exemple le Master Course Douleur Soins Palliatifs, coopération de la Faculté de Médecine de Nantes et de l'Union Internationale contre le Cancer), comprennent une vingtaine d'heures d'enseignement, avec une composante importante de eLearning, et sont également intéressants dans ce cadre francophone.

Seule une formation rigoureuse des praticiens, autant aux aspects pratiques de la thérapeutique complémentaire, qu'aux aspects universitaires et méthodologique (capacité à mettre en place un protocole de recherche clinique, et à développer une analyse critique de la littérature s'y rapportant), permettra à ces thérapeutiques de gagner leur juste place au sein de l'arsenal thérapeutique disponible, et de limiter les craintes et défiances dont elles font encore l'objet.

Enfin, au sein des établissements hospitaliers, devant la forte demande des personnels de santé de bénéficier de formations aux thérapies complémentaires, il convient de respecter les recommandations du rapport APHP 2012 sur le sujet : intégration de la thérapeutique complémentaire à un projet de service et sa validation par l'institution, en promouvant chaque fois que possible des formations diplômantes.



# Intérêt de l'hypnose en oncologie et dans la pratique de l'hépto-gastro-entérologie

**Audrey Vanhauzenhuysse, Guy Jerusalem, Vanessa Charland-Verville, Marie-Elisabeth Faymonville**

Département d'Algologie – Soins Palliatifs & GIGA-Research, CHU de Liège & Université de Liège, Sart Tilman B35 - 4000 Liège (Belgique)

[avanhauzenhuysse@chu.ulg.ac.be](mailto:avanhauzenhuysse@chu.ulg.ac.be)

L'hypnose peut être considérée comme un état de conscience particulier au cours duquel des processus d'attention et de concentration, focalisées permettent au sujet une absorption dans son monde intérieur associée à une relative mise en suspens de la conscience de l'environnement. Le processus hypnotique se caractérise par trois composantes principales : l'absorption (capacité à s'impliquer complètement dans une expérience imaginative), la dissociation (séparation mentale de comportements qui ordinairement vont de pair, (par exemple, dans le cas de rêves où nous sommes en même temps l'acteur et l'observateur), la suggestibilité (capacité d'accepter et de suivre les instructions ou suggestions). L'hypnose est un talent que chaque individu possède à des degrés variables : les virtuoses de l'hypnose ont accès à ce talent de façon « spectaculaire » ; les autres doivent s'exercer pour vivre ce processus de façon satisfaisante. Diverses études ont montré l'efficacité des techniques d'hypnose pour améliorer la qualité de vie, le bien-être et diminuer l'anxiété, la dépression et la douleur de patients tant en oncologie que dans d'autres domaines médicaux.

Le stress, l'anxiété et la dépression peuvent être ressentis par les patients atteints d'un cancer. Ces affects pourraient être le résultat d'un dysfonctionnement de structures cérébrales telles que le cortex préfrontal et le cortex cingulaire antérieur et pourraient être corrélés à une augmentation des marqueurs pro-inflammatoires cytokines [1]. Le stress, l'anxiété et la dépression, associés à un déficit des réponses immunitaires, pourraient être liés, selon certaines études, à la progression du cancer [2]. Les effets délétères du stress sur les fonctions immunitaires et la qualité du sommeil sont connus, et peuvent se renforcer en boucle puisque le sommeil a également un impact sur l'immunité. Dès lors, la préoccupation des soignants se veut d'alléger la détresse émotionnelle des patients confrontés à une maladie oncologique, et de proposer des techniques non pharmacologiques pouvant diminuer l'anxiété, la dépression, la douleur et la fatigue, tout en améliorant ainsi la qualité de vie et influençant éventuellement la durée de vie [3, 4]. L'intégration de l'hypnose dans la prise en charge de patients oncologiques a donc pour effet d'améliorer la gestion émotionnelle, la fatigue et la qualité de vie de ces derniers [5].

Par ailleurs, une des plaintes les plus fréquemment rapportées par les patients atteints d'un cancer est la douleur, et plus particulièrement au niveau abdominal et dorsal dans les cas de cancers hépto-gastro-entérologiques. Le traitement pharmacologique est considéré comme la méthode *gold-standard* pour atténuer ces douleurs. Cependant, la douleur oncologique est à la fois une sensation, une émotion, un comportement et une cognition. Cette douleur a un impact tant sur la vie affective que sociale des patients. Plusieurs facteurs concourent à aggraver celle-ci : l'angoisse, la peur de l'avenir, le sentiment de perte de dignité, la colère, l'irritabilité. Une amélioration du bien-être, de la fatigue, ainsi qu'une diminution de l'anxiété a été observée chez des patients lorsqu'ils bénéficient de l'hypnose parallèlement aux traitements classiques [6]. L'hypnose a également démontré son intérêt comme approche complémentaire aux alternatives pharmacologiques pour aider les patients à gérer différemment la douleur [7]. Par exemple, des patients ayant bénéficié de l'hypnose lors d'une colonoscopie démontraient une meilleure gestion de l'anxiété et de la douleur, une diminution de la médication administrée ainsi qu'une diminution du temps d'intervention [8]. Malgré le manque d'études randomisées concernant la gestion non pharmacologique des douleurs oncologiques, une prise en charge par hypnose pourrait aider les patients à gérer différemment la douleur tout en ciblant en même temps la fatigue, la détresse émotionnelle et l'amélioration de la qualité de vie. Grâce à l'hypnose, les patients parviennent à réactiver des stratégies adaptatives en regard à l'anxiété et la peur face à la finitude de la vie à laquelle ils sont brutalement confrontés [9]. Les études en neuro-imagerie démontrent une diminution importante de l'ensemble de l'activité cérébrale du « réseau de la douleur » chez les sujets et patients ayant bénéficié de l'hypnose [10]. Cette modification de l'activité au sein du réseau de la douleur peut expliquer la perception différente des douleurs vécues dont les patients témoignent. Enfin, les effets secondaires liés aux traitements tels que les nausées et les vomissements peuvent également être significativement atténués grâce à l'hypnose.



L'hypnose présente un faible coût et elle habilite le patient à être acteur de son soin, mais, de surcroît, elle responsabilise et autonomise le patient quand un problème de santé modifie sa qualité de vie. En définitive, l'hypnose représente une approche écologique et économique dans le « prendre soin ». L'application de l'hypnose ne se limite pas aux patients en cours de traitement, mais peut également être d'une aide significative après leur traitement. En effet, elle leur permet de plus facilement accepter et gérer les effets secondaires présents à plus long terme et de mettre en œuvre des stratégies de coping pour améliorer leur qualité de vie (effets positifs sur la détresse émotionnelle et la fatigue). La technique d'hypnose peut être utilisée dans différentes situations oncologiques pour la gestion de la douleur. Notons qu'elle reste un outil complémentaire à une prise en charge pharmacologique ciblée et raisonnée.

## Références

1. Taylor AG, Goehler LE, Galper DI, Innes KE, Bourguignon C. Top-down and bottom-up mechanisms in mind-body medicine: development of an integrative framework for psychophysiological research. *Explore N Y N* 2010;6(1):29-41.
2. Reiche EMV, Nunes SOV, Morimoto HK. Stress, depression, the immune system and cancer. *Lancet Oncol* 2004;5(10):617-25.
3. Spiegel D, Bloom JR, Kraemer HC, Gottheil E. Effect of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer. *Lancet Lond Engl* 1989;2(8668):888-91.
4. La Raja MC, Virno F, Mechella M, D'Andrea M, D'Alessio A, Ranieri E, et al. Depression secondary to tumors in patients who underwent surgery for mammary carcinoma: psycho-pharmaceutical and psychotherapeutic care. *J Exp Clin Cancer Res CR* 1997;16(2):209-16.
5. Bragard I, Etienne AM, Faymonville ME, Coucke P, Devos M, Lifrange E et al. A non-randomized comparison study of self-hypnosis, yoga and cognitive behavioural therapy to reduce emotional distress in breast cancer patients. *Int J Clin Exp Hypn* in press.
6. Montgomery GH, Schnur JB, Kravits K. Hypnosis for cancer care: over 200 years young. *CA Cancer J Clin* 2013;63(1):31-44.
7. Lahoud MJ, Kourie HR, Antoun J, El Osta L, Ghosn M. Road map for pain management in pancreatic cancer: A review. *World J Gastrointest Oncol* 2016;8(8):599-606.
8. Elkins G, White J, Patel P, Marcus J, Perfect MM, Montgomery GH. Hypnosis to manage anxiety and pain associated with colonoscopy for colorectal cancer screening: Case studies and possible benefits. *Int J Clin Exp Hypn* 2006;54(4):416-31.
9. Merckaert I, Lewis F, Delevallez F, Herman S, Caillier M, Delvaux N, et al. Improving anxiety regulation in patients with breast cancer at the beginning of the survivorship period: A randomized clinical trial comparing the benefits of single-component and multi-component group interventions. *Psychooncology* 2016 8; [Epub ahead of print]
10. Vanhaudenhuyse A, Laureys S, Faymonville M-E. Neurophysiology of hypnosis. *Neurophysiol Clin Clin Neurophysiol* 2014;44(4):343-53.