



EHESP

MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE

– 2020 –

**« LE REPÉRAGE DES PATIENTS HOSPITALISÉS
SUSCEPTIBLES D'ÊTRE VICTIMES DE DÉRIVES
SECTAIRES OU D'ABANDONNER LEURS SOINS »**

– Groupe n° 13 –

- Léa BOIREAU**
- Charlotte BOUVET**
- Lucille BREYSSE**
- Jonathan HAAS**
- Rémy HAMAI**
- Patrick LABOUROT**
- Matthieu LALLOT**
- Anne QUINVILLE**
- Nadège VILMUS-HOARAU**

Animatrice :

Mme GATIGNOL,

Conseillère santé à la Miviludes

Sommaire

Remerciements.....	5
Liste des sigles utilisés	7
Méthodologie.....	9
Introduction	11
• Les dérives sectaires en santé : un phénomène polymorphe	11
• Dans la zone grise des thérapeutiques non conventionnelles	12
• Le refus de soin : une liberté strictement encadrée par la loi et le juge.....	12
• Le repérage en milieu hospitalier : une tâche complexe	13
1. Les dérives sectaires à l'hôpital : un phénomène difficilement identifiable malgré des dispositifs de prévention et d'accompagnement	14
1.1 Un phénomène peu visible et peu repérable, susceptible de conduire à un abandon de soins.....	14
1.1.1 L'hôpital : un lieu propice à la diffusion de croyances et de pratiques sectaires ?	14
1.1.2 Le repérage des patients hospitalisés victimes de dérives sectaires : une problématique connue mais complexe à identifier	16
1.2 Des acteurs institutionnels et associatifs s'engageant essentiellement sur le volet préventif et l'accompagnement des victimes de dérives sectaires	18
1.2.1 Les acteurs institutionnels et les dispositifs mobilisés à destination des dérives sectaires	18
1.2.2 Les actions d'accompagnement des victimes de dérives sectaires mises en œuvre par les associations.....	19
1.3 Les acteurs engagés dans la lutte contre les dérives sectaires se heurtent à des limites de multiples natures qui rendent complexe le repérage des victimes.....	20
1.3.1 Des limites sur le plan institutionnel, juridique et structurel	20
1.3.2 Des limites intra-hospitalières	22
2. Le repérage des patients hospitalisés à risque de dérives sectaires requiert une vigilance individuelle et un engagement collectif sur l'ensemble de leur parcours.....	24

2.1	Instaurer un dispositif transversal de repérage et de sensibilisation des acteurs hospitaliers	24
2.2	Prévenir les abandons de soins du fait de dérives sectaires exige la mise en place d'un dispositif dédié de repérage et de signalement des patients à risque	25
2.2.1	Sensibiliser largement les professionnels et acteurs hospitaliers aux risques associés aux dérives sectaires	27
2.2.2	Être vigilant à l'égard des acteurs intervenant à l'hôpital et du phénomène « d'entrisme » ..	27
2.3	Accompagner le patient victime de dérives sectaires et les structures de santé : agir de manière proactive sur le terrain	29
2.3.1	Le temps dans la relation soignant-soigné : un atout incontournable à la prévention et au repérage	29
2.3.2	L'écoute et le respect des croyances qui favorisent la construction d'un esprit critique	30
2.3.3	Repérer les patients « perdus de vue »	31
2.4	Institutionnaliser les pratiques de soin non conventionnelles qui ont fait la preuve de leurs bienfaits dans le parcours de soins des patients	32
2.4.1	Les pratiques non conventionnelles, une approche complémentaire à la médecine conventionnelle contribuant à la prévention des ruptures du parcours de soins	32
2.4.2	Des pratiques non conventionnelles dont il convient de clarifier les objectifs	33
2.4.3	Un encadrement indispensable des pratiques et des acteurs	34
	Conclusion	36
	Bibliographie	l
	Liste des annexes	Erreur ! Signet non défini.

R e m e r c i e m e n t s

Nous souhaitons remercier Mme Chantal Gatignol, conseillère santé à la Mission interministérielle de vigilance et de lutte contre les dérives sectaires (Miviludes), animatrice de notre groupe, pour ses conseils et sa confiance. Ses propositions d'entretiens nous ont été très précieuses.

Les professionnels et témoins avec lesquels nous nous sommes entretenus ont eu à cœur de partager leurs expériences et propositions d'amélioration au bénéfice des patients et du système de santé. Nous leur exprimons notre gratitude pour le temps qu'ils nous ont consacré.

Enfin, le travail de coordination et d'échange aurait été rendu très complexe sans les moyens techniques mis à notre disposition par l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique. Nous l'en remercions également.

Liste des sigles utilisés

ADFI : Association de Défense des Familles et de l'Individu

ALD : Affection de Longue Durée

ANDPS : Association Noisienne de Défense et de Protection contre les Sectes

ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé

ARS : Agence Régionale de Santé

CCMM : Centre Contre les Manipulations Mentales

CDU : Commission Des Usagers

CME : Commission Médicale d'Établissement

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

CSP : Code de Santé Publique

CSIRMT : Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Technique

DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins

DGS : Direction Générale de la Santé

EPS : Établissement Public de Santé

ETP : Éducation Thérapeutique du Patient

GAT : Groupe d'Appui Technique

HAS : Haute Autorité de Santé

INCA : Institut National de lutte Contre le Cancer

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

Miviludes : Mission Interministérielle de Vigilance et de Lutte contre les Dérives Sectaires

PSNC : Pratique de Soins Non Conventionnelle

PNCAVT : Pratique Non Conventionnelle A Visée Thérapeutique

SG-CIPDR : Secrétariat Général du Comité Interministériel de Prévention de la Délinquance et de la Radicalisation

UNADFI : Union Nationale de Défense des Familles et de l'Individu

Méthodologie

Le présent rapport de Module Inter Professionnel (MIP) s'inscrit dans une suite de travaux portant sur les dérives sectaires et animés par Mme Gatignol : sur la prévention des dérives sectaires dont les personnes âgées sont victimes dans les établissements sanitaires et médico-sociaux (2015) ou à leur domicile (2017), mais également sur les maisons de santé alternatives (2018) et la formation des professionnels de santé à ces enjeux (2019).

Le groupe a su s'adapter au confinement et à l'ajustement des maquettes de formation de leurs filières respectives. En parallèle d'un fil de discussion qui permettait de maintenir un lien quotidien, des visioconférences plénières étaient organisées à une fréquence bi-hebdomadaire en début et fin de travail, et hebdomadaire par ailleurs. Des échanges plus fréquents en groupes resserrés ou en bilatéral sont intervenus lors de la phase de rédaction.

Ces points d'étape nous ont permis de rythmer le travail collectif en quatre temps :

1. Réflexion sur le sujet, recherches bibliographiques et création d'une problématique
2. Réalisation de grilles d'entretiens adaptées aux différentes catégories d'acteurs
3. Réflexion sur un plan et réalisation puis analyse des entretiens
4. Rédaction puis relecture et corrections

Nous avons souhaité interroger un large spectre d'acteurs et de témoins. Pour des raisons évidentes qui touchent à l'extrême sensibilité du sujet, les acteurs institutionnels, médicaux et associatifs ont été plus faciles d'accès que les témoins. Nous avons toutefois reçu un témoignage dont la valeur est d'autant plus précieuse.

Sur un plan terminologique, nos lectures et nos entretiens nous ont conduits à utiliser de manière indifférenciée « pratique de soins non conventionnelle » (PSNC), « pratique non conventionnelle » et « approche non conventionnelle ». Toutefois, soucieux de ne pas accréditer des pratiques douteuses, nous avons scrupuleusement maintenu la distinction entre « pratique *complémentaire* » et « pratique *alternative* », dont la distinction est justifiée en introduction.

Chaque membre du groupe a eu à cœur de mettre son expérience professionnelle, sa motivation et ses compétences au service des autres.

Introduction

•Les dérives sectaires en santé : un phénomène polymorphe

Selon George Fenech, président de la Mission interministérielle de vigilance et de lutte contre les dérives sectaires (Miviludes) de 2008 à 2012, 500 000 personnes (60 000 à 80 000 enfants) « *sont aujourd'hui touchées par le phénomène sectaire* » dont « *l'emprise mentale touche de nombreux domaines, de l'éducation à la santé* » (FRANCE SOIR, 2020).

Respectueux de la diversité des croyances et conformément à la loi de 1905 de séparation des Églises et de l'État, le Législateur s'est toujours refusé à donner une définition officielle du mot « secte ». L'absence de recours à la norme pour encadrer ces pratiques est toutefois problématique. Faut-il se tourner vers l'étymologie ? Celle-ci n'est pas davantage certaine, car le Littré mentionne autant *secta* – « voie que l'on suit » – que *secare* pour « couper ». Quelle que soit l'origine du mot, une secte renvoie à un groupe minoritaire d'hommes et de femmes qui, galvanisés par le sentiment de détenir une vérité méconnue contre la majorité, choisissent de se retrancher de la collectivité pour des raisons qui touchent à leur croyance.

La République garantit la liberté de croire ou de ne pas croire. Mais cette liberté n'est pas absolue et l'article 11 de la Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen l'explique : « *la libre communication des pensées et des opinions est un des droits les plus précieux de l'homme : tout citoyen peut donc parler, écrire, imprimer librement, sauf à répondre de l'abus de cette liberté dans les cas déterminés par la loi* ». Or, c'est bien dans l'abus d'une telle liberté que s'inscrivent les dérives sectaires. C'est la raison pour laquelle la Miviludes se saisit d'une situation préoccupante au regard, non pas de la nature seulement d'un discours ou d'une pratique sectaire, mais de ses conséquences sur les personnes.

Elle distingue dix critères non cumulatifs : la déstabilisation mentale, le caractère exorbitant des exigences financières, la rupture avec l'environnement d'origine, l'existence d'atteintes à l'intégrité physique, l'embrigadement des enfants, le discours antisocial, les troubles à l'ordre public, l'importance des démêlés judiciaires, l'éventuel détournement des circuits économiques traditionnels et les tentatives d'infiltration des pouvoirs publics.

A l'exception de l'avant-dernier, l'ensemble des critères peuvent alerter un professionnel de santé sur une possible dérive sectaire. A la source de celle-ci, il est possible de trouver un groupe radicalisé de religion majoritaire, une secte au sens plus commun du terme ou encore une pratique thérapeutique hétérodoxe qui, contrairement à la

médecine scientifique, n'est pas fondée sur les faits (*evidence-based medicine*) par la méthode empirique ou expérimentale.

• Dans la zone grise des thérapeutiques non conventionnelles

Médecine « douce », « naturelle », « traditionnelle », « parallèle », « alternative », « complémentaire », « intégrative », « non conventionnelle » ou encore « soins de support » ... Le tourbillon sémantique est à l'image de l'abondance des pratiques (MEZARD, 2013). Mais, selon la Miviludes, « *la dérive thérapeutique devient sectaire lorsqu'elle essaie de faire adhérer le patient à une croyance, à un nouveau mode de pensée* » (Mission Interministérielle de Vigilance et de Lutte contre les Dérives Sectaires, 2012). Il existe de nombreuses pratiques de soins non conventionnelles (PSNC)¹ qui promettent une guérison en échange d'une adhésion totale à des croyances et un éloignement – voire un abandon – des méthodes conventionnelles. Or ces méthodes conventionnelles sont triplement garanties par la science (médecine, microbiologie, épidémiologie...), les institutions (la DGS, l'ANSM, les ARS...) et les juridictions ordinales (ordres professionnels). C'est donc hors de ce cadre qu'il faut chercher ces PSNC. Toutefois, la frontière tient parfois davantage du gradient et, par ailleurs, les pratiques non conventionnelles elles-mêmes se trouvent sur un spectre dont les effets sur la santé sont variables.

Une distinction peut toutefois être opérée entre deux types de PSNC. Cette distinction ne repose pas sur le type de pratique, mais sur le rapport qu'entretient cette pratique avec le parcours de soin conventionnel. En effet, si elle s'ajoute à une prise en charge conventionnelle et s'intègre à un parcours de soin, on la qualifiera de « complémentaire » ou « intégrative ». Si toutefois elle se substitue à elle, ce sera davantage une pratique « alternative ». C'est surtout dans ce second cas qu'il existe un risque d'abandon de soin.

• Le refus de soin : une liberté strictement encadrée par la loi et le juge

A l'exception notable des prophylaxies collectives (vaccination), il n'existe pas d'obligation de subir un traitement préventif ou curatif. Au contraire, tant les codes de déontologie médicale et infirmière² que la loi et le règlement³ fondent le principe du consentement éclairé du patient : « *Toute personne a le droit de refuser ou de ne pas*

¹ Jusqu'à récemment, on parlait de « pratiques non conventionnelles à visée thérapeutique » (PNCVAVT)

² Art. 56 du code de déontologie médicale – Art 4312-14 du 25 novembre 2016 relevant du CSP (Code de déontologie des infirmiers)

³ Art. R. 4127-36 du CSP

*recevoir un traitement » tandis qu'« aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment »⁷. La jurisprudence a fermement rappelé ce principe en l'élevant au rang de liberté fondamentale par l'ordonnance du Conseil d'Etat n°249552, *Mme F.*, du 16 août 2002. Il a certes autorisé de surseoir au consentement, mais uniquement si deux conditions strictement cumulatives sont réunies : le patient doit être dans une situation extrême mettant en péril le pronostic vital d'une part et, d'autre part, l'acte médical doit être indispensable à la survie du patient et proportionné à son état de santé.*

Dans le cas particulier des mineurs ou des majeurs protégés, le même article du Code de la santé publique (CSP) dispose que l'équipe médicale doit, sauf exception, chercher le consentement du dépositaire de l'autorité parentale ou du tuteur, mais que le médecin peut surseoir sans recourir au juge des enfants ou au Parquet.

•Le repérage en milieu hospitalier : une tâche complexe

Comment, à l'hôpital, prévenir et améliorer le repérage des patients susceptibles d'être victimes de ces dérives sectaires ? Une fois repérées, comment limiter le risque de rupture du parcours de soin tout en respectant le principe de consentement éclairé du patient ? Les entretiens que nous avons menés convergent tous vers un même diagnostic : la difficulté à repérer un abandon de soin lié à une dérive sectaire en milieu hospitalier. Ceux qui refusent le recours à l'hôpital demeurent souvent invisibles. Quant à ceux qui n'y retournent pas, comment savoir s'ils ne cherchent pas tout simplement un second avis médical pour prendre une décision éclairée ? Cela nous a conduit à élargir **le diagnostic au parcours de soin à l'hôpital pour décrire les dispositifs de prévention et d'accompagnement existants (I)** et ensuite **proposer des leviers d'actions aux niveaux individuel et collectif (II)**.

1. Les dérives sectaires à l'hôpital : un phénomène difficilement identifiable malgré des dispositifs de prévention et d'accompagnement

1.1 Un phénomène peu visible et peu repérable, susceptible de conduire à un abandon de soins

1.1.1 L'hôpital : un lieu propice à la diffusion de croyances et de pratiques sectaires ?

L'hôpital constitue un environnement à la fois complexe et particulier en ce qu'il soigne et héberge des individus malades, prend en charge des personnes plus ou moins vulnérables de par leur état de santé dégradé. A ce titre, ce lieu, aussi bien associé à la guérison et l'espoir qu'à la perte de proches et à la mort, serait un terrain favorable à la diffusion de croyances et de pratiques sectaires. Aussi, il apparaît aux yeux de certains acteurs institutionnels que les pratiques sectaires ont tendance à s'immiscer dans le système de santé.

Tout d'abord, les patients accueillis à l'hôpital seraient davantage perméables à des discours éloignés de la médecine conventionnelle voire dénigrant cette dernière. L'hospitalisation en elle-même est parfois vécue par certains patients comme une véritable source d'angoisse, celui-ci cherchant alors avant tout à être rassuré. Ainsi, là où la médecine traditionnelle peut sembler peu lisible ou compréhensible par le patient, ou lorsqu'un traitement clinique échoue, les PSNC et le domaine spirituel peuvent pallier une forme de déception ou de perte d'espoir en la médecine. Un correspondant du Pôle Santé Publique et Soins de l'Institut National de Lutte contre le Cancer (INCA) explique qu'« *un traitement conventionnel c'est long, c'est dur et le pire c'est que l'espérance de vie annoncée est parfois courte. Pour ces raisons, ils [les patients] vont être perméables à un discours et on va abuser d'eux sciemment. Ça peut être des gens très forts, mais devant un traitement miracle, n'importe qui peut être tenté* ».

Aussi, le patient peut ne pas se retrouver dans l'offre de soins traditionnellement proposée ou dans l'atmosphère de l'institution : un lieu intimidant, très différent du quotidien, parfois considéré comme impersonnel... De plus, certains auteurs comme V. Suissa (SUISSA, 2017) considèrent le phénomène de sur-spécialisation médicale des hôpitaux comme un vecteur de fragmentation des prises en charge aux dépens d'une approche globale ou holistique du patient.

Par ailleurs, on observe depuis une vingtaine d'années une remise en question plus nette de la parole des professionnels de santé, corroborée par la fin du paternalisme médical

entériné par la loi dite « Kouchner » de 2002⁴, la recherche et vérification d'informations délivrées sur le champ médical par le patient lui-même ; et ce pouvant aller jusqu'à une défiance quant aux traitements proposés par les professionnels. L'émergence de mouvements anti-vaccins fondés sur un rejet de toute approche jugée non naturelle, avec des impacts négatifs significatifs sur le taux de vaccination⁵, offre un exemple emblématique de cette défiance à l'égard du discours scientifique ou médical. De plus, la multitude d'informations accessibles en temps réel grâce au numérique, que ce soit sur les réseaux sociaux, des forums ou les recherches sur internet, témoignent d'une abondance de propos difficiles à trier et hiérarchiser. A titre d'exemple, la désinformation prend une place importante dans la contradiction des méthodes de médecine conventionnelle (remède miracle, jeûne voire dénutrition pour guérir tel symptôme...) et participe de « l'embrigadement » des individus par les sectes. Le directeur du pôle Santé Publique et Soins de l'INCA explique que *« le consentement éclairé, c'est quand le patient choisit son traitement, il est libre de son choix. Dans un cas de dérive sectaire, il est sous emprise et se retrouve dans un a priori tellement fort qu'il n'y a plus de libre arbitre ou de choix. L'emprise vient forcer son prisme d'analyse et sort le patient de la démarche d'information »*.

Enfin, la relation entre le soignant et le soigné détermine pour partie la confiance des individus dans leur prise en charge. A ce titre, on constate l'importance de la qualité et du temps accordé à l'écoute et l'échange entre le patient et le professionnel de santé. Un manque d'écoute et de temps consacré à l'échange augmente la probabilité que le patient se détourne des soins cliniques ou cherche des solutions alternatives. Le temps d'annonce, par exemple, peut être un facteur décisif pour le patient dans son choix de rechercher des thérapies alternatives et, dans le pire des cas, d'abandonner les soins. Le directeur du Pôle Santé Publique de l'INCA évoque une consultation qu'il a effectué afin de donner un deuxième avis médical. Il s'agissait d'une patiente qui présentait une tâche sur une radiographie de contrôle après des années de rémission. Le cancérologue de cette patiente lui aurait alors annoncé la reprise de la chimiothérapie sans ambages. La consultation aurait duré, selon la patiente, à peine quelques minutes. Celle-ci, furieuse et inquiète, s'est donc rendue dans un autre hôpital pour un deuxième avis, auprès du cancérologue de l'INCA

⁴ Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

⁵ A titre d'exemple le taux de couverture vaccinale en France pour la rougeole en 2016 est de 79% soit nettement inférieure à l'objectif de 95% et par rapport à la situation qui prévaut dans des pays comparables (95% en Espagne, 93% en Allemagne et 89% au Royaume-Uni, Rapport public annuel 2018 de la Cour des Comptes)

que nous avons interrogé. Celui-ci indique avoir ressenti que cette patiente aurait alors pu se tourner vers une alternative au traitement conventionnel, à la recherche d'une oreille attentive, y compris de « charlatans ».

Par ailleurs, les personnes que nous avons interrogées évoquent plusieurs études en psychologie et sociologie qui démontrent le caractère personnel de cette propension à adhérer à des idéologies ou doctrines sectaires de façon plus aisée. Il est en effet important de rappeler que l'individu en lui-même demeure plus ou moins sujet à cette thématique selon son vécu, sa personnalité et les croyances qui lui sont propres.

1.1.2 Le repérage des patients hospitalisés victimes de dérives sectaires : une problématique connue mais complexe à identifier

Le phénomène sectaire dans le domaine de la santé n'est pas un sujet récent. Cependant la Mission Interministérielle de Lutte et de Vigilance contre les Dérives Sectaires (Miviludes) observe depuis certaines années une amplification de ce recours aux PSNC déconnectées de la médecine non conventionnelle. Créée le 28 novembre 2002, la Miviludes centralise et traite tous les signalements effectués par des professionnels ainsi que les témoignages d'usagers. Au sein de la Mission interministérielle, le domaine de la santé et du bien-être est surreprésenté car, sur les 2 800 saisines reçues en 2019 par la Miviludes, près de 40 % d'entre elles relèvent de ce secteur⁶. Cette tendance s'inscrit sur le long terme puisque lors des cinq dernières années, ce sont environ 1 000 à 1 200 saisines reçues annuellement intéressant le domaine sanitaire et du bien-être. La majorité des situations décrites relève alors de dérives thérapeutiques dont 20 à 25% pourraient être qualifiées de situations d'emprise mentale, aussi qualifiées de dérives thérapeutiques à caractère sectaire. Dans ce dernier cas, l'abandon de soins ou l'arrêt de traitement représente de 100 à 150 cas par an.

Bien que ces chiffres paraissent peu conséquents de prime abord, il ne faut pas pour autant les ignorer. Georges Fenech, ancien président de la Miviludes et ancien député, témoigne : « *le phénomène sectaire fait beaucoup plus de victimes que le terrorisme. Mais ce sont des morts silencieuses, des suicides, des abandons de soin* » (CRAMBELING, 2019). Ces propos sont corroborés par le directeur du pôle santé publique du Conseil national de l'ordre des médecins (CNOM) qui rappelle que les pratiques sectaires peuvent se diffuser aussi bien par le biais d'un « gourou » porteur du message que par le biais d'une

⁶ Chiffres transmis par la secrétaire générale de la Miviludes avant rapport officiel

ou plusieurs personnes sous emprise. De plus, celui-ci évoque le fait que les pratiques liées aux dérives sectaires ne concernent parfois qu'un ou deux individus sous l'emprise d'une tierce personne, rendant la détection encore plus complexe et l'ampleur du phénomène difficile à chiffrer. Ainsi, le nombre exact de personnes se trouvant dans cette situation d'emprise et sous l'influence de dérives sectaires n'est pas connu, les données de la Miviludes bien que très utiles ne peuvent offrir qu'un aperçu limité du phénomène.

Le repérage des patients susceptibles d'être victimes de dérives sectaires est particulièrement complexe puisque ces pratiques isolent bien souvent l'individu de ses proches et des personnels soignants.

A l'hôpital, le phénomène demeure peu visible et va jusqu'à se confondre dans certains cas avec d'autres thématiques telles que la radicalisation. Ainsi, le nombre de signalements effectués par des professionnels de santé au sein d'un établissement sont peu nombreux. Par exemple, l'ARS Auvergne Rhône-Alpes a recueilli en 2019 six dossiers de signalement qu'elle qualifiait d'« *hors champ* »⁷, c'est-à-dire liés aux dérives sectaires. Sur ces six signalements, un seul concerne des pratiques non conventionnelles alors que les cinq autres se concentrent sur des faits de radicalisation. Le seul dossier⁸ concernant notre thématique a par ailleurs été finalement classé sans suite et considéré comme de la diffamation.

De plus, l'hôpital est un lieu de repérage tardif des potentielles situations de dérives sectaires. Un patient décidant, sous emprise ou non, d'abandonner son traitement, sort du circuit de soins conventionnels. Il ne se rendra plus à l'hôpital et n'en informera pas les équipes des services hospitaliers. Le directeur du pôle santé publique de l'INCA décrit qu'« *ils [les patients] ont coupé tout contact, ont arrêté leur traitement. Le médecin traitant nous contacte et nous dit qu'ils ont trouvé autre chose, qu'ils sont partis en Allemagne se faire des injections de gui. Le médecin traitant garde un lien avec le patient, mais les spécialistes sont les premiers avec qui le lien est rompu et il n'y a pas de suivi* ».

Ces risques d'abandon de soins et de recours à des PSNC alternatives peuvent avoir des effets secondaires et indésirables d'ampleur sur la santé physique et mentale des

⁷ Les signalements effectués par les professionnels de santé sont classés en quatre catégories (l'offre de soin en établissements de santé, le médico-social, la catégorie « autre » (détenus, transports sanitaires, pharmacies) et la catégorie « hors champ » où sont répertoriées les signalements liés aux dérives sectaires).

⁸ Le signalement concernait une unité de cardiologie dans un centre hospitalier qui proposait des séances de reiki pratiquées par un praticien. Après vérification de la part de l'ARS et du conseil départemental de l'ordre des médecins, le praticien était dans l'exercice légal de la médecine. De plus, les séances étant gratuites, il n'y avait pas d'extorsion de fonds.

patients et nécessitent en ce sens d'améliorer voire de mettre en place un véritable dispositif de repérage au sein de l'hôpital.

1.2 Des acteurs institutionnels et associatifs s'engageant essentiellement sur le volet préventif et l'accompagnement des victimes de dérives sectaires

1.2.1 Les acteurs institutionnels et les dispositifs mobilisés à destination des dérives sectaires

L'action de l'Etat, face aux conséquences dramatiques des dérives sectaires sur les personnes, s'est concrétisée dans un premier temps par l'élaboration de textes visant à sécuriser les prises de décisions et le parcours des individus vulnérables, à risque d'emprise. Dans ce sens, le législateur est intervenu afin de renforcer la prévention et la répression des mouvements sectaires portant atteinte aux droits de l'homme et aux libertés fondamentales. La loi dite « About-Picart » du 12 juin 2001⁹ dispose qu'« *est puni de trois ans d'emprisonnement et de 375 000 euros d'amende l'abus frauduleux de l'état d'ignorance ou de la situation de faiblesse (...) d'une personne en état de sujétion psychologique ou physique résultant de l'exercice de pressions graves ou réitérées ou de techniques propres à altérer son jugement, pour conduire cette personne à un acte qui lui est gravement préjudiciable.* »

Pour aller plus loin dans la lutte contre les dérives sectaires ainsi que leur repérage, la Miviludes est chargée par décret « *d'observer et d'analyser le phénomène des mouvements à caractère sectaire* »¹⁰. Membre du Groupe d'appui technique (GAT) sur les pratiques non conventionnelles à visée thérapeutique¹¹, elle coordonne l'action préventive des pouvoirs publics à l'encontre des dérives sectaires et contribue à la formation et l'information de ses agents¹². De plus, des aides au repérage sont élaborées puis mise à disposition sur le site internet de la Miviludes. Toutefois, en raison d'un risque de contentieux administratif, la Mission ne peut rendre public sur son site internet une liste exhaustive des mouvements ou des pratiques sectaires.

⁹ Loi n°2001-504 du 12 juin 2001 tendant à renforcer la prévention et la répression des mouvements sectaires portant aux droits de l'homme et aux libertés fondamentales

¹⁰ Décret n°2002-1392 du 28 Novembre 2002 instituant une mission interministérielle de vigilance et de lutte contre les dérives sectaires

¹¹ Créé par l'arrêté du 3 Février 2009 portant création d'un groupe d'appui technique sur les pratiques non conventionnelles à visée thérapeutique.

¹² <https://www.derives-sectes.gouv.fr/missions>

D'autres textes gouvernementaux ont participé à l'encadrement de la notion de dérives sectaires. Une circulaire du Premier ministre du 27 Mai 2005 relative à la lutte contre les dérives sectaires affirme le positionnement du gouvernement en la matière : *« Aussi a-t-il été décidé, plutôt que de mettre certains groupements à l'index, d'exercer une vigilance particulière sur toute organisation qui paraît exercer une emprise dangereuse pour la liberté individuelle de ses membres afin d'être prêt à identifier et à réprimer tout agissement susceptible de recevoir une qualification pénale ou, plus généralement, semblant contraire aux lois et règlements »*¹³.

Cependant, en dépit de la création de la Miviludes, de l'encadrement juridique et des acteurs présents au niveau national, le champ des dérives sectaires est un domaine manquant de moyens, tant sur le plan budgétaire qu'en termes de moyens humains. Ayant pour mission de coordonner les actions de l'Etat en matière de prévention et de lutte contre les phénomènes sectaires, la Miviludes a vocation à jouer un véritable rôle de chef d'orchestre, en s'appuyant notamment sur un réseau de partenaires institutionnels, professionnels et associatifs. Toutefois la Miviludes est constituée d'une équipe resserrée de fonctionnaires détachés et dispose de moyens qui apparaissent limités au regard de ses missions et des besoins. Sa fusion avec le Secrétariat général du Comité interministériel de prévention de la délinquance et de la radicalisation (SG-CIPDR) a suscité des interrogations quant à sa pérennisation.

Néanmoins, en parallèle du travail effectué par ces acteurs institutionnels, il faut souligner le rôle des structures associatives qui viennent en aide aux victimes et favorisent le repérage des dérives sectaires.

1.2.2 Les actions d'accompagnement des victimes de dérives sectaires mises en œuvre par les associations

Les structures associatives peuvent sembler plus accessibles aux patients victimes de dérives sectaires ou à leurs familles. Elles ont en ce sens un rôle essentiel à jouer. En tant que lieu neutre, à l'écart de la sphère médicale, et reconnues pour leur expertise en matière de soutien psychologique et d'entraide, elles contribuent à limiter l'isolement des victimes. Plusieurs de ces associations travaillent de concert avec la Miviludes et celle-ci participe à

¹³ Circulaire du Premier ministre du 27 Mai 2005, relative à la lutte contre les dérives sectaires

leur promotion, consciente que de tels espaces sont propices au dialogue et permettent davantage aux victimes ou proches de victimes de se confier.

Ainsi, à titre d'exemple, l'Union Nationale des Associations de Défense des Familles et de l'Individu (UNADFI) a pour but de « *prévenir les agissements des groupes, mouvements et organisations à caractère sectaire* » selon les termes de la responsable documentation de l'association. Cette association, reconnue d'utilité publique, met en place des actions « *de sensibilisation et d'information auprès des jeunes et de leur famille* ». Chaque année, ces actions de prévention bénéficient à plus de 20 000 personnes. Et, afin d'aller plus loin dans cette démarche, l'UNADFI se lance dans un projet de formation professionnelle auprès d'agents de collectivités territoriales et de personnels soignants. Cette initiative doit d'être soulignée, tant il nous est apparu que les liens entre associations et professionnels de santé méritent d'être renforcés.

Dans cette même logique, le Centre Contre les Manipulations Mentales (CCMM) est également une association qui œuvre pour le repérage des victimes de dérives sectaires. Fondée en 1981 par l'écrivain Roger Ikor, dont le fils s'était suicidé sous l'emprise d'une idéologie sectaire, le CCMM mène différentes actions d'information, de formation et de pédagogie, nous a confié une psychologue clinicienne au sein du Centre.

1.3 Les acteurs engagés dans la lutte contre les dérives sectaires se heurtent à des limites de multiples natures qui rendent complexe le repérage des victimes

1.3.1 Des limites sur le plan institutionnel, juridique et structurel

Bien que l'environnement institutionnel de lutte contre les dérives sectaires soit dense, celui-ci présente certaines limites quant à la prévention, au repérage et à l'accompagnement des victimes. Une représentante de la DGOS relève, sur ce sujet, certaines difficultés du système actuel.

Tout d'abord, l'ensemble des acteurs engagés dans cette lutte ne fonctionne pas nécessairement en réseau. De manière ascendante, les acteurs locaux ont connaissance des associations et organismes existant tant à l'échelle régionale que nationale. Toutefois, l'inverse n'est pas toujours vrai, ce qui laisse les associations locales parfois démunies ou en marge des actions entreprises. De surcroît, les signalements auxquels ils peuvent procéder, en sus de ceux émis au Procureur de la République, ne font pas toujours l'objet de suites et de retours, tel qu'a pu en témoigner le CCMM concernant un signalement effectué auprès de l'ARS. La représentante de la DGOS a d'ailleurs évoqué l'accentuation de la demande sociétale et de la part des professionnels de santé de bénéficier au niveau

ministériel d'un système de pilotage, notamment afin de créer un réseau dédié aux PSNC au sein des ARS. Toutefois, à ce jour, les moyens ne semblent pas suffisants pour se consacrer pleinement à ce thème.

La Miviludes demeure à ce jour la référence en cas de questionnement, mais n'a pas vocation à se substituer aux acteurs locaux. Or ces derniers ont des difficultés à déterminer une doctrine d'actions qui, de surcroît, est complexe à mettre en œuvre sur le terrain. La secrétaire générale de la Miviludes rappelle que le caractère sensible des dérives sectaires et l'opinion publique sur ce sujet rendent délicates les initiatives. Ainsi, il manque une réelle coordination et visibilité entre les acteurs institutionnels mais aussi pour le public. L'Association Noiséenne de Défense et de Protection contre les Sectes (ANDPS) a, à cet effet, partagé ses difficultés rencontrées pour inclure dans ses actions de prévention et d'information des publics nouveaux, qui n'ont pas déjà un lien direct ou indirect avec les dérives sectaires. Cela conduit à maintenir une forme d'ignorance à l'égard du danger que représente ces dérives sur la santé, et ce dès la petite enfance en raison d'un déficit d'information et de prévention au sein des écoles.

Les associations déplorent également un manque de moyens pour agir efficacement au sein de leur environnement direct. Cela s'explique par un budget contraint avec des subventions de l'Etat qui ont beaucoup diminué ces dernières années, comme cela nous a été rapporté par l'UNADFI et corroboré par le CCMM. Ce manque de moyens se traduit également par un déficit en personnels.

Une docteure en psychologie évoque l'existence d'une « *brèche* » favorisant l'expansion des mouvements sectaires. En effet, l'unique moyen de lutte réside dans la loi « About-Picard » évoquée plus haut, laquelle détermine les conditions permettant de qualifier juridiquement un abus de faiblesse, de nature à placer la personne en situation de sujétion psychologique¹⁴. Or, le repérage et la démonstration d'une manipulation mentale faussant le consentement demeurent difficiles car relèvent d'une appréciation subjective et de la sphère intime.

Enfin, il apparaît que les déserts médicaux sont des terrains propices au développement des dérives sectaires dans le domaine de la santé. Le déficit en offre de soins conventionnels facilite l'implantation de structures non conventionnelles potentiellement sectaires. Le président de l'ADFI Bretagne nous a fait

¹⁴ Articles 223-15-2 à 223-15-4 du Code de procédure pénale

part de signalements concernant des structures qui, tout en se qualifiant de « maisons médicales », sont vraisemblablement sous emprise sectaire.

Les contraintes persistantes entourant la lutte contre les dérives sectaires et l'abandon de soins existent également en intra-hospitalier.

1.3.2 Des limites intra-hospitalières

En 2013, un rapport du Sénat a émis une recommandation sur l'élaboration de « *groupes de détection des patients susceptibles d'être victimes de dérives sectaires ou d'abandonner leurs soins* » (MEZARD, 2013). Compte tenu du foisonnement des mouvements sectaires dans le milieu de la santé, constat dressé au sein du rapport, l'hôpital apparaît comme un lieu propice au repérage et à l'accompagnement de patients susceptibles d'être victimes de ce type d'emprise. Cependant, la mise en œuvre de cette recommandation se heurte à certaines difficultés ayant trait au personnel soignant mais aussi à la personne même du patient sous emprise.

Le caractère intime et la relation de confiance induite par la prise en soin ne suffisent pas à justifier les actes et traitements jugés nécessaires par le corps médical. En effet, la déontologie médicale place l'assistance à personne en danger comme un des devoirs généraux et principaux des personnels soignants. A cet effet, cette obligation est consacrée pour les médecins à l'article 9 du Code de déontologie médicale¹⁵. Ce devoir peut être interprété comme un devoir d'assurance de la délivrance de soins appropriés, efficaces et suivis. Un tel devoir primait lorsque la relation de soin s'inscrivait dans un modèle paternaliste. Toutefois, cette obligation est passée aujourd'hui au second plan en consacrant une relation à double sens. Depuis la loi « Kouchner », le consentement libre et éclairé du patient est inscrit dans le corpus législatif, lequel a été consacré par la suite en qualité de liberté fondamentale¹⁶. Ainsi, le patient a acquis formellement un rôle de co-décisionnaire¹⁷. Désormais, l'avis du patient doit être pris en compte par le médecin pour

¹⁵ Article 9 du code de déontologie (article R. 4127-9 du code de la santé publique) : « *Tout médecin qui se trouve en présence d'un malade ou d'un blessé en péril ou informé qu'un malade ou un blessé est en péril, doit lui porter assistance ou s'assurer qu'il reçoit les soins nécessaires.* »

¹⁶ Conseil d'Etat, référé, Ordonnance Mme F., n°249552 du 16 août 2002, CE

¹⁷ Article L. 1111-4 du Code de la santé publique : « *Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé. Le médecin doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix. Si la volonté de la personne de refuser ou d'interrompre un traitement met sa vie en danger, le médecin doit tout mettre en œuvre pour la convaincre d'accepter les soins indispensables. Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment. (...)* »

tout ce qui concerne le traitement et la prise en charge. De rares exceptions permettent d'outrepasser le consentement du patient, notamment s'il est vicié par un délit d'abus de faiblesse, en cas d'emprise sectaire par exemple. Toutefois, tel que précédemment abordé, cette démonstration demeure complexe à réaliser.

Une autre contrainte affectant la relation de soin et s'opposant à la liberté d'action des personnels hospitaliers de santé réside dans le secret professionnel et leur double subordination. Ces professionnels de santé, en sus d'être soumis à l'autorité de leur ordre professionnel, doivent également répondre de leurs actions auprès de l'établissement hospitalier au sein duquel ils exercent. Bien que la législation prévoie que les situations de sévices, de privation ou de mise en danger, sur mineur ou majeur, soient susceptibles de donner lieu à la levée du secret professionnel¹⁸. Le président de l'ADFI Bretagne souligne, à ce titre, que les personnels de santé éprouvent des difficultés à discerner dans quelle mesure ils peuvent émettre un signalement, sans contrevenir au secret professionnel et à la décision du patient, outre les cas indiscutables où un signalement est émis en direction du procureur de la République. De surcroît, le repérage d'un consentement vicié nécessite du temps et des échanges, éléments présentant des difficultés de mise en œuvre dans certains établissements.

Conformément à un témoignage délivré par une infirmière diplômée d'Etat exerçant en milieu hospitalier, les professionnels de santé n'ont pas toujours les ressources nécessaires pour identifier les acteurs susceptibles de recueillir leur signalement, en cas de soupçon d'influence sectaire. En effet, ils apparaissent à ce jour insuffisamment formés et sensibilisés à ces enjeux affectant la sphère de la santé, et ce malgré une augmentation des formations délivrées en lien avec ce sujet¹⁹. Ces formations demeurent encore trop éparpillées et aléatoires sur le territoire français. Par exemple, l'ANDPS a souligné que certains professionnels de santé ne semblent pas croire « *en la médecine qu'ils pratiquent* », préférant privilégier des traitements à base d'huiles essentielles plutôt que l'usage de traitements conventionnels et dont l'efficacité a été scientifiquement prouvée.

Enfin, la volonté du patient et son attitude dans la relation de soins sont susceptibles de faire obstacle au repérage et à l'accompagnement pouvant être entrepris. Comme en témoigne une docteure en psychologie, une des problématiques principales des patients sous emprise sectaire a trait au développement d'un processus psychique d'opposition. Ils

¹⁸ Article 226-14, 1, 2 3 ° du code pénal et Article L.226-2-2 du code de l'action sociale et des familles

¹⁹ Le cursus de formation médicale comprend désormais quelques heures consacrées aux thérapies complémentaires

associent les médicaments et leurs effets secondaires à une souillure en opposition avec leur quête de purification du corps et des organes. Dès lors, un constat régulièrement dressé lors des témoignages recueillis est qu'un patient en situation d'opposition à la médecine conventionnelle, car sous emprise, sera difficilement repérable. En effet, le plus souvent, ce profil de patient coupe tout contact avec les établissements hospitaliers. Cette rupture précoce rend difficile le repérage intra-hospitalier. Toutefois, nous avons montré qu'il existe de nombreux facteurs de risque susceptibles d'entraîner, après un passage en établissement public de santé (EPS), une rupture de la prise en charge. Nos recommandations visent à actionner plusieurs leviers pour réduire ces risques.

2. Le repérage des patients hospitalisés à risque de dérives sectaires requiert une vigilance individuelle et un engagement collectif sur l'ensemble de leur parcours

2.1 Instaurer un dispositif transversal de repérage et de sensibilisation des acteurs hospitaliers

Comme nous l'avons vu plus haut, le repérage des patients en rupture de soins du fait de dérives sectaires n'est pas aisé. Ne serait-ce que, par définition, un patient en abandon de soins sera moins enclin à se rendre à l'hôpital. Néanmoins, le repérage de ces patients ne saurait être négligé par les établissements. Tout d'abord parce que la rupture du parcours de soins ne survient pas qu'en amont de la prise en charge hospitalière, mais peut se produire à son décours, notamment parce que le patient se trouve dans un état vulnérable face à sa pathologie, à l'éventualité d'un pronostic défavorable, à l'hyperspécialisation des protocoles de soins ou à leur caractère invasif. Mais aussi, parce qu'une hospitalisation, en urgence notamment, peut être l'occasion de repérer un patient en rupture du soin du fait de croyances sectaires de sa part, ou de sa famille (cas des mineurs). Par ailleurs, la fréquence relativement faible des abandons de soins à l'hôpital ne doit pas masquer les conséquences potentiellement désastreuses sur l'état de santé du patient et sur le pronostic de guérison. Le repérage des patients en situation d'abandon de soins du fait de dérives sectaires étant encore peu investi à l'hôpital, il apparaît essentiel de construire une politique et des dispositifs dédiés, avec l'ensemble des acteurs intervenant dans la prise en charge.

2.2 Prévenir les abandons de soins du fait de dérives sectaires exige la mise en place d'un dispositif dédié de repérage et de signalement des patients à risque

Le dispositif que nous préconisons à l'issue de nos recherches vise tout d'abord à repérer les patients à risque, mais aussi à les signaler aux équipes participant à la prise en charge afin d'éviter toute rupture avec le protocole de soins (**Recommandation n°1**). Dans un second temps, il s'agira de favoriser un accompagnement adapté du patient.

Avec qui construire le dispositif de repérage et de signalement ?

Il nous apparaît indispensable de construire ce dispositif avec l'ensemble des acteurs participant à la prise en charge, afin que chacun puisse se l'approprier et que l'ensemble des points de vue puissent être pris en compte. Le dispositif, tant dans sa construction que dans sa mise en œuvre, doit bien entendu **associer les personnels médicaux et soignants**, mais également :

- **Les autres professionnels hospitaliers, notamment à orientation sociale (personnels socio-éducatifs, socio-esthéticiennes, assistants sociaux), ainsi que les acteurs associatifs intervenant à l'hôpital (SUISSA, 2017) :** les patients se confient souvent plus facilement à ces interlocuteurs, lesquels peuvent se révéler de puissants relais pour détecter des «signaux faibles» évocateurs d'une dérive sectaire. Ils constituent également autant d'appuis non médicalisés appréciables pour maintenir le lien et prévenir la rupture du parcours de soins auprès des patients méfiants à l'égard de la médecine conventionnelle ;
- **Les personnels de direction**, notamment en raison des possibles signalements à réaliser auprès des autorités de police, judiciaires (au titre de l'article 40 du code pénal) ou sanitaires ;
- **Les professionnels de santé en ville et les acteurs issus du secteur social et médico-social** dans le cadre d'une prise en charge intégrée, particulièrement importante tant une dérive sectaire peut imprimer la vie entière d'un patient et pas seulement son parcours de soins.

La construction du dispositif pourra s'appuyer utilement sur les conseils et ressources mises à disposition des établissements de santé par les acteurs institutionnels (Miviludes, ARS) et par les associations de lutte contre les dérives sectaires.

Comment bâtir le dispositif ?

Il nous semble important d'articuler le dispositif autour de quatre composantes :

- **Une procédure de signalement interne, formalisée et partagée** avec l'ensemble des acteurs et régulièrement actualisée ;
- **Un groupe dédié de détection et d'échange sur les situations, voire un observatoire interne à l'hôpital**, visant à favoriser le partage d'information et travailler sur la caractérisation et l'objectivation des situations. Ce groupe pourra utilement mobiliser une réflexion éthique. En effet, l'une des spécificités du phénomène sectaire réside dans son caractère parfois insidieux, nécessitant le partage, l'échange et la confrontation des points de vue, afin de ne pas passer à côté d'un patient à risque, mais aussi, de ne pas considérer comme une dérive sectaire un comportement relevant par exemple d'un « simple » choix alimentaire (même drastique), culturel, religieux ou philosophique. Enfin ce groupe, pourra régulièrement interroger le processus de détection et le faire évoluer ;
- **La nomination à l'hôpital de référents sur les dérives sectaires (Recommandation n°2)** : ces derniers doivent être formés et chargés d'une mission de veille, de coordination et d'accompagnement des équipes. Afin qu'ils puissent jouer pleinement ce rôle de référent, celui-ci doit être clairement défini et connu de l'ensemble des professionnels hospitaliers ;
- **Une cartographie des services (Recommandation n°3)** (Mission Interministérielle de Lutte contre les Dérives Sectaires, 2018) les plus à risque d'accueillir des patients victimes de dérives sectaires, selon des critères à déterminer par les équipes, en fonction notamment de l'offre de soins proposée par l'établissement. Il semble toutefois que les services proposant des prises en charge au long cours (traitement d'ALD) ou des protocoles de soins complexes avec des impacts importants sur la qualité de vie des patients, ou des pronostics parfois compliqués, à l'instar des services d'oncologie par exemple, ou encore les services de périnatalité ou ceux traitant des troubles alimentaires ou des pathologies liées au grand âge, constituent des cibles privilégiées. Ce travail de cartographie doit également inclure les structures d'urgences et bien entendu les unités de soins psychiatriques.

☞ *Le dispositif devra porter une attention particulière aux mineurs, dans la mesure où ces derniers peuvent se trouver en rupture de soins en conséquence de l'adhésion à un mouvement sectaire de leur famille.*

☞ La détection peut également s'appuyer sur la famille, les proches ou la personne de confiance. Toutefois ces derniers peuvent également être sous emprise sectaire, notamment la personne de confiance, avec des conséquences potentiellement délétères sur le patient. Cette situation doit faire l'objet d'un signalement à la direction de l'établissement en vue d'une saisine du Procureur de la République (Miviludes, 2018).

2.2.1 Sensibiliser largement les professionnels et acteurs hospitaliers aux risques associés aux dérives sectaires

Il nous semble indispensable de sensibiliser et de former les acteurs de santé au risque sectaire (**Recommandation n°4**) tant pour construire les dispositifs dédiés, que pour repérer, caractériser, prévenir les conséquences associées aux dérives sectaires et accompagner les patients.

Ce processus de sensibilisation peut s'appuyer d'une part sur des formations consacrées au repérage, à la prévention et à la prise en charge de patients sous emprise sectaire et d'autre part, sur la diffusion en interne à l'établissement des supports d'information produits par les pouvoirs publics et les associations de lutte contre les dérives sectaires. Ces actions de sensibilisation peuvent s'appuyer sur les référents internes « dérives sectaires » et doivent être relayées auprès du plus grand nombre de personnels et acteurs en interne à l'hôpital, sans oublier la CDU. Elles peuvent également mobiliser les associations de lutttes contre les sectes et faire l'objet d'échanges avec la Miviludes avant leur mise en œuvre.

☞ Une vigilance particulière devra être portée à l'organisme de formation et aux associations choisis pour intervenir, lesquels doivent être dûment agréés par les pouvoirs publics.

2.2.2 Être vigilant à l'égard des acteurs intervenant à l'hôpital et du phénomène « d'entrisme »

Comme toute personne, un professionnel de santé ou personnel hospitalier peut se trouver sous emprise sectaire (Miviludes, 2016), avec potentiellement un risque d'emprise sur les patients ou sur la qualité de leur prise en charge. Le cas d'un interne en médecine refusant de prescrire des transfusions sanguines nous a par exemple été rapporté. Une association de défense des victimes de sectes nous a notamment fait part d'un nombre croissant de professionnels de santé sous emprise sectaire. En tant que lieu accueillant des personnes potentiellement vulnérables, les hôpitaux sont susceptibles de constituer une cible privilégiée des mouvements sectaires, pour accroître leur base de recrutement ou rechercher une légitimation scientifique ou médicale. Ces mouvements cherchent alors à

recruter des professionnels de santé ou tout du moins les faire adhérer aux pratiques qu'elles promeuvent, en profitant par exemple de l'intérêt croissant à l'hôpital pour les pratiques non conventionnelles dans certains protocoles de soins (soins de support par exemple). Ce phénomène d'entrisme reste relativement marginal, mais il n'en demeure pas moins préoccupant, notamment en raison des retentissements potentiels sur la prise en charge des patients.

Par conséquent, une attention particulière doit être portée par les directions lors du recrutement des personnels (en vérifiant leurs diplômes et éléments de carrière mais également en affûtant le regard du recruteur sur ces problématiques), mais aussi à l'égard des organismes de formation ou associations et divers bénévoles intervenant dans les murs de l'hôpital, en vérifiant leurs agréments (**Recommandation n°5**).

En effet, certaines associations, potentiellement d'obédience sectaire et ayant pignon sur rue, promeuvent des mouvements "anti-psychiatrie" ou "anti-transfusion sanguine"²⁰. Celles-ci, sous couvert d'arguments en faveur de la défense des Droits de l'Homme et portés par des représentants réputés légitimes (médecins, chirurgiens, sociologues...) s'insinuent dans la prise en charge de patients, au risque de les mettre en danger, en les écartant de soins aujourd'hui éprouvés.

Le repérage de potentielles dérives sectaires de la part de professionnels de santé ou intervenants à l'hôpital peut constituer un axe de travail du groupe de détection préconisé plus haut.

Ce plan d'action peut être implémenté au niveau territorial, au sein du GHT et possiblement avec la médecine de ville, afin de partager les points de vue et d'améliorer l'efficacité de la démarche (**Recommandation n°6**).

Au-delà de la formalisation d'actions de repérage, de prévention et de sensibilisation à l'égard des dérives sectaires, la politique de l'hôpital en la matière doit également investir un volet relatif à l'accompagnement des patients à risque, pour éviter autant que faire se peut l'abandon des soins.

²⁰ Il s'agit respectivement de la commission dite « des citoyens pour les droits de l'homme » et des témoins de Jéhovah (comités dits « de liaison hospitalière »)

2.3 Accompagner le patient victime de dérives sectaires et les structures de santé : agir de manière proactive sur le terrain

2.3.1 Le temps dans la relation soignant-soigné : un atout incontournable à la prévention et au repérage

Les mécanismes des dérives sectaires décrites dans les témoignages recueillis expliquent le comportement de certaines victimes et viennent remettre en question la relation traditionnellement forte de confiance s'établissant entre le soignant et le patient. En effet, le patient est vulnérable face à la maladie et « *l'impensée de la mort dans nos sociétés* » (Dr Falissard, pédopsychiatre chercheur à l'INSERM sur les soins non conventionnels). Les victimes de dérives sectaires souffrent le plus souvent de pathologies lourdes et /ou chroniques (BLISKO, 2017). Parmi les patients vulnérables car atteints de pathologies graves, certains ont tendance à développer des croyances ésotériques. « *Les personnes plus à risque de se retrouver en dérives sectaires sont les personnes qui ont un penchant pour le spirituel, qui sont plus sensibles aux croyances* » (UNAFDI). L'épouse d'une victime nous a confié : « *Mon mari, qui était pourtant intelligent, était très dans les croyances* ».

Ceux-ci deviennent alors des sujets propices à « l'embrigadement » ou du moins à l'adhésion aux idéologies véhiculées par des organismes sectaires. La relation entre les patients et les soignants, le cœur d'une prise en charge qualitative et efficiente, devient alors capitale pour prévenir ces risques d'emprises ou pour détecter les patients victimes. Nos témoins avancent qu'il faut accorder du temps à la construction d'une relation soignant-soigné. Deux responsables d'associations nous ont affirmé que les médecins « *n'ont pas le temps d'échanger avec les patients* » et que « *les patients ont besoin d'écoute, de considération* » (UNAFDI ; CCMM).

Si la sensibilisation des professionnels au repérage des dérives sectaires permet de mieux repérer et signaler les situations à risque, les professionnels devraient alors adapter le temps et la nature des échanges (**Recommandation n°7**).

La secrétaire générale de la Miviludes a insisté sur la prise en charge globale du patient comme facteur d'évitement du recours à une dérive sectaire. En effet, comme V. Suissa l'a développé dans sa thèse soutenue en 2017 (SUISSA, 2017), une prise en charge centrée sur un organe cible, faite par des spécialistes de manière non-coordonnée, peut être perçue comme une segmentation technique et déshumanisante du corps. Or les pratiques non conventionnelles relevant de dérives sectaires proposent une prise en charge globale du corps, où une grande place est laissée au spirituel, sur fond de croyances irrationnelles,

de pensées magiques, qui sont plus simples à comprendre que les protocoles de soins. Ainsi le patient s'orientera davantage vers une pratique non conventionnelle pour répondre à son besoin d'une prise en charge globale, holistique (**Recommandation n°8**).

Cette préoccupation rejoint certains des objectifs du plan « Ma santé 2022 » qui concourent à réduire le risque pour le patient de se tourner vers des thérapeutiques non conventionnelles à risque de dérives sectaires, comme la coordination entre professionnels et le décloisonnement entre la ville et l'hôpital. Les thérapeutiques non conventionnelles encadrées pourraient même participer à cette prise en charge holistique.

2.3.2 L'écoute et le respect des croyances qui favorisent la construction d'un esprit critique

Ce temps consacré permet d'améliorer la qualité de la relation et de conserver un lien entre le patient et la structure de soins. Le Dr Falissard estime ainsi que « *pour repérer les patients à risque il faut avancer masqué et cela demande du temps et de l'expertise* ».

Mais la qualité de la relation n'est pas uniquement dépendante du temps passé. Il est aussi reproché aux soignants de « *s'en prendre aux croyances des gens* » (CCMM).

C'est ainsi que le Dr Falissard nous dira également que : le manque d'écoute des croyances du patient comme les jugements trop hâtifs portés sur des pratiques non conventionnelles vont renforcer la dissimulation par peur du jugement. Pour un patient victime d'un « embrigadement » sectaire, cette dissimulation est renforcée par le sentiment de persécution induit par les tenants des groupes sectaires. (**Recommandation n°9**)

L'annonce de la pathologie et les explications de la prise en charge paraissent parfois déficientes. En effet, une annonce trop rapide, sans préparation, « entre deux portes » et ne prenant pas en considération le vécu du patient peut également l'orienter vers la recherche de réponses et de solutions alternatives (SUISSA, 2017). Ce sujet fait écho aux consultations d'annonce en cancérologie instaurées par le plan cancer 2003-2007. Ces consultations sont des temps de rencontres successifs avec des soignants de diverses spécialités (psychologues, psychiatres). Ainsi ces espaces d'échanges et de suivi peuvent être des espaces adaptés pour prévenir et détecter le risque de dérive. Dans un document de 2008, la HAS a défini le contenu des consultations d'annonce et les mécanismes de défense des patients et des soignants. Il est souhaitable que les recommandations relatives au dispositif d'annonce (HAS, 2008) intègrent le risque de dérives sectaires liées à la vulnérabilité soudaine du patient fragile. Une infirmière expérimentée soutient que : « *Quand quelqu'un change sa façon d'être, de penser, de s'alimenter, il y a donc suspicion*

de dérive sectaire ». (**Recommandation n°10**) Cela démontre bien un besoin de suivi au-delà de l'annonce diagnostic.

En effet, les associations de lutte contre les dérives sectaires ont à plusieurs reprises souligné que l'un des moyens pour lutter contre les dérives sectaires était de développer l'esprit critique, si possible dès le plus jeune âge. A l'hôpital, le meilleur espace pour développer l'esprit critique du patient semble celui de l'éducation thérapeutique du patient. C'est en connaissant les mécanismes à l'origine de sa pathologie et en l'alertant sur les solutions magiques des charlatans que le patient sera plus autonome pour résister à l'influence de dérives sectaires. (**Recommandation n°11**)

En outre, les associations et praticiens rencontrés disent ne pas avoir de support de communication pour sensibiliser les patients à ne pas prendre part à une dérive sectaire. Un support visuel et pédagogique à afficher dans les salles d'attente serait un bon outil. Celui-ci pourrait être construit avec la Miviludes. (**Recommandation n°12**)

2.3.3 Repérer les patients « perdus de vue »

Devant la difficulté de repérer les patients sous emprise, les spécialistes que nous avons interrogés recommandent de porter une attention particulière aux patients qui rompent tout contact avec les soignants responsables de leur prise en charge.

A cette fin, les médecins et associations ont avancé l'intérêt de renouer systématiquement avec les patients qui auraient rompu tout contact à un moment décisif de leurs prises en charge, comme l'annonce d'une pathologie grave. Le Dr Falissard nous a confié que la vigilance auprès de ces « perdus de vue » est le moyen le plus simple et efficace de prévenir les conséquences d'une dérive sectaire. Dans une étude qualitative par entretiens semi-dirigés dont l'objectif principal était de comprendre la place et l'image du médecin traitant dans le parcours des victimes de dérives sectaires, l'auteur a conclu que ce dernier est ressenti comme l'acteur pivot de la prévention, du dépistage et de l'aide face aux dérives sectaires (ALBOUY-CAMUZEUX, 2017). (**Recommandation n°13**)

Ceci montre l'importance de la coordination et du lien ville-hôpital dans le parcours de santé pour lutter contre les dérives sectaires.

2.4 Institutionnaliser les pratiques de soin non conventionnelles qui ont fait la preuve de leurs bienfaits dans le parcours de soins des patients

La prévention et la lutte contre les abandons de soins dus à des dérives sectaires posent la question de la place des approches non conventionnelles dans les protocoles de soins et de leur possible institutionnalisation. En effet, loin d'opposer médecine conventionnelle et approches complémentaires, plusieurs des personnes que nous avons interrogées dans le cadre de notre travail, soulignent l'intérêt des pratiques non conventionnelles, leur complémentarité avec la médecine conventionnelle et l'intérêt de les institutionnaliser comme mesure contribuant à réduire les ruptures de parcours de soins.

2.4.1 Les pratiques non conventionnelles, une approche complémentaire à la médecine conventionnelle contribuant à la prévention des ruptures du parcours de soins

Les pratiques non conventionnelles tendent à se développer dans les protocoles de soins en ville comme à l'hôpital, notamment dans les soins de confort et de support, en particulier en oncologie. Ces pratiques ne doivent pas être considérées comme une alternative à la médecine conventionnelle, mais constituent des approches complémentaires visant à améliorer la qualité de vie des patients, à les soulager ou à faciliter le suivi de leur parcours de soins. Le recours simultané à la médecine conventionnelle et aux pratiques non conventionnelles s'inscrit dans le champ de la médecine dite intégrative, qui a émergé depuis les années 1990 aux États-Unis (TRÄGER, 2015). Les pratiques non conventionnelles que nous avons pu identifier sont potentiellement nombreuses, mais l'on peut noter par exemple la méditation, le yoga, ou l'acupuncture. Le cas de la méditation est particulièrement emblématique, car cette pratique s'inscrivant à l'origine dans un contexte spirituel s'est peu à peu sécularisée. De nombreuses études scientifiques attestent désormais des bienfaits de la méditation sur la santé, que ce soit dans la diminution du stress et de ses effets néfastes sur la santé psychique voire physique, ou dans la prise en charge de la douleur ou des troubles de l'humeur (LECOMPTE, 2020).

L'émergence des pratiques non conventionnelles à l'hôpital témoigne d'une prise de conscience des acteurs hospitaliers que la prise en charge médicale peut utilement mettre en œuvre des approches complémentaires. Elle répond également à un sentiment de déshumanisation des soins qu'éprouvent parfois les patients, ainsi qu'à une demande sociétale de prises en charges moins médicalisées, moins invasives, plus respectueuses de l'individu et le considérant dans sa globalité et non juste sous l'angle de la maladie, en

tenant compte notamment du bien-être psychique, à l’instar de la définition de la santé promue par l’OMS.²¹

Ces pratiques s’inscrivent dans une vision holistique de l’individu susceptible de rassurer les patients ou de mieux intégrer leurs préoccupations, en particulier celles des patients sensibles à une conception davantage naturaliste du soin. En « ré-humanisant » les prises en charge et en leur associant des composantes démedicalisées, ces approches non conventionnelles contribuent à l’adhésion et à l’observance à l’égard des traitements conventionnels, tout en favorisant l’autonomie du patient.

Selon l’un de nos interlocuteurs, invalider et écarter les approches non conventionnelles est contre-productif, car cela renforce le sentiment de persécution des patients sous emprise sectaire. Les autoriser permet de les encadrer. Par ailleurs, une institutionnalisation des pratiques non conventionnelles (**Recommandation n°14**) ne s’adresse pas qu’aux patients à risque sectaire, mais peut profiter à l’ensemble des patients. Pour autant, ces pratiques ne doivent pas être imposées au patient, mais discutées et expliquées et, comme tout acte de soins, doivent rencontrer son consentement. En effet, selon leur sensibilité, leur rationalité, tous les patients peuvent ne pas souhaiter ou croire à une approche non conventionnelle.

2.4.2 Des pratiques non conventionnelles dont il convient de clarifier les objectifs

Pour être efficaces et éthiquement acceptables, les pratiques non conventionnelles intégrées à la prise en charge doivent être clairement distinguées des traitements conventionnels. Leurs objectifs et apports respectifs doivent être clairement identifiés et précisés au patient, en mettant bien en évidence les bénéfices qu’il peut retirer de ces approches complémentaires adossées aux traitements conventionnels et les risques associés à leur utilisation exclusive ou à un mésusage (TRÄGER, 2015) (**Recommandation n°15**). Cet aspect est primordial car les patients sont souvent peu informés sur les pratiques non conventionnelles et inconscients des risques qu’elles peuvent leur faire encourir pour leur santé (TRÄGER-MAURY et al., 2007).

²¹ L’OMS définit la santé comme étant « *un état de complet bien-être physique, mental et social, [qui] ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d’infirmité* ». Définition issue du préambule à la Constitution de l’Organisation mondiale de la Santé, tel qu’adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19-22 juin 1946 ; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 États. 1946 (Actes officiels de l’Organisation mondiale de la Santé, n° 2, p. 100) et entré en vigueur le 7 avril 1948.

Cette clarification des objectifs s'adresse aussi aux professionnels de santé et intervenants participant à la prise en charge, afin qu'il n'y ait aucune ambiguïté sur les indications et les modes d'action des pratiques non conventionnelles.

Le processus de clarification des objectifs constitue également un préalable de nature à faciliter la distinction tant par les professionnels de santé que les patients entre les approches complémentaires dont l'intérêt a été validé au plan clinique ou dont les bienfaits sur le patient sont démontrés et celles qui n'ont pas prouvé leur utilité, voire relèvent de l'ésotérisme. D'autant plus que leurs bienfaits peuvent varier considérablement d'un individu à l'autre et s'observent parfois de manière empirique.

Enfin, ce processus de clarification des objectifs constitue un enjeu majeur dans l'institutionnalisation et l'encadrement de ces pratiques, dans un contexte où il n'existe pas toujours de définition claire de ce qui relève d'une pratique non conventionnelle ou d'une approche complémentaire. A ce titre, les établissements pourront se référer à la fiche de définition opératoire des médecines complémentaires et alternatives (MCA) (SUISSA et al., 2020) qui propose notamment une classification, permettant de se repérer dans le maquis des pratiques non conventionnelles (document joint en annexe).

2.4.3 Un encadrement indispensable des pratiques et des acteurs

Pour non conventionnelle qu'elle soit, une pratique complémentaire, ne doit pas s'affranchir des cadres habituellement en vigueur dans une prise en charge ou à l'hôpital. Leur respect constitue un déterminant majeur de l'institutionnalisation de ces pratiques.

Comme toute autre pratique de soins, les pratiques non conventionnelles doivent s'inscrire dans un protocole respectant le principe de laïcité, mais aussi la déontologie des professions médicales et paramédicales, en particulier ne pas nuire au patient selon le principe du *primum non nocere* (**Recommandation n° 16**).

Les pratiques non conventionnelles doivent faire l'objet de procédures et de protocoles précisant leurs indications, leur mode d'action et les acteurs habilités à les mettre en œuvre à l'hôpital. Elles doivent faire l'objet d'une évaluation périodique, tant de la manière dont elles sont mises en œuvre à l'hôpital que de leurs apports ou bienfaits sur le patient. Cette évaluation peut être conduite à travers notamment des questionnaires auprès des patients (MEZARD, 2013) ; (TRÄGER, 2015) et des professionnels de santé. En plus de mesurer la satisfaction du patient, l'évaluation patient-centrée permet de répondre à la difficulté d'évaluer les pratiques non conventionnelles selon les principes de l'*evidence-based medicine* (**Recommandation n° 17**).

Les pratiques non conventionnelles doivent également être inscrites dans des collectifs de travail, afin d'éviter des dérives associées à un exercice individuel (**Recommandation n°18**). Ainsi la coordination entre les différents professionnels intervenant dans la prise en charge revêt une importance cruciale (TRÄGER, 2015), tant pour l'articulation des traitements conventionnels et des approches non conventionnelles, que pour l'écoute du patient qui est un déterminant majeur dans la continuité du parcours de soins (SUISSA, 2017) (**Recommandation n° 19**). Une attention particulière doit être portée sur la formation des professionnels (tant sur la pratique non conventionnelle elle-même que sur son intégration à un protocole de soins) et l'encadrement des pratiques (TRÄGER, 2015) A ce titre, il nous semble indispensable, que comme tout mode de prise en charge, les pratiques non conventionnelles et leur évaluation fassent l'objet de points réguliers en CME et en CSIRMT (**Recommandation n°20**).

L'intégration des pratiques non conventionnelles aux programmes d'ETP constitue autant un levier d'autonomisation du patient que d'institutionnalisation de ces pratiques (**Recommandation n°21**).

Enfin, les pratiques non conventionnelles doivent faire l'objet de recherches (**Recommandation n°22**) respectant autant que faire se peut les méthodologies scientifiques en vigueur afin de s'assurer de leur efficacité, de leur pertinence, de leur innocuité et des bienfaits pour les patients. Dans l'éventualité où la pratique non conventionnelle ne se prête pas à une évaluation scientifique selon les méthodologies habituelles, se fonder sur l'évaluation par le patient et par les professionnels de santé permet d'objectiver son intérêt. Cette évaluation pourra être menée le cas échéant dans le cadre d'une expérimentation.

Aussi, il semble indispensable de renforcer la recherche sur ces pratiques. Il nous apparaît également essentiel pour un établissement ou une équipe de n'introduire dans les prises en charge aucune approche non conventionnelle ou aucun acteur s'en prévalant, sans s'être assuré au minimum que cette pratique ait fait l'objet d'une validation scientifique ou d'une expérimentation préalable (**Recommandation n°23**).

C'est au prix d'un encadrement strict des pratiques non conventionnelles à l'hôpital permettant de les institutionnaliser, que les résistances des professionnels de santé à l'égard de celles-ci pourront être surmontées. Ainsi, il sera permis d'une part de concilier une aspiration légitime des patients en faveur d'approches complémentaires avec les exigences de qualité et de sécurité inhérentes à toute pratique de soins et, d'autre part, de contribuer à la prévention des abandons de soins dus ou non à des dérives sectaires.

Conclusion

Le repérage à l'hôpital d'un abandon de soins lié à une dérive sectaire est un défi qui tient à plusieurs facteurs. D'abord, l'emprise psychologique avance à bas bruit et les altérations consécutives du jugement sont parfois difficiles à déceler. Ensuite, l'hôpital, en tant qu'institution emblématique de notre système de santé, est souvent un catalyseur d'arguments délétères contre la médecine conventionnelle, si bien qu'une victime d'emprise ne s'y rendra sans doute pas. Enfin, le cadre légal qui accorde désormais plus d'importance à la volonté du patient, brouille la limite entre un abandon de soins lié à une décision autonome et réfléchie et une situation d'emprise.

En confirmant la faible visibilité du phénomène, les entretiens que nous avons menés nous ont conduits à proposer un dispositif dont les leviers d'action mettent l'accent sur le préventif. L'éducation thérapeutique du patient d'une part, et la formation continue du soignant d'autre part, sont les deux versants d'un ensemble de recommandations concourant à la modernisation de la relation soignant-soigné en vue de minimiser le risque d'ingérence d'une tierce personne malveillante.

Outre la modernisation de cette relation, l'hôpital ne peut faire l'économie d'une adaptation de ses organisations aux risques d'interférence des pratiques sectaires dans les parcours de soins : repérage et signalement, adaptés à une cartographie des risques, sont nécessaires. Enfin, un accompagnement proactif, par les instances hospitalières, des pratiques thérapeutiques non conventionnelles dont les bienfaits sont démontrés par la science ou la pratique, est souhaitable. L'expérimentation prudente aura toute sa place dans cette démarche.

Pour certaines, ces recommandations s'inscrivent dans une évolution en cours des mentalités. D'autres peuvent s'intégrer aisément aux organisations hospitalières. Toutes sont susceptibles de concourir à l'amélioration globale de notre système de santé.

Bibliographie

Documents et références utiles

ALBOUY-CAMUZEUX, C. (2017). *Image et place du médecin généraliste dans le parcours des victimes de dérives thérapeutiques sectaires* [Thèse de médecine]. Lorraine.

BLISKO, S. (2017). Menaces sur la santé : L'explosion des dérives sectaires. *Les Tribunes de la santé*, 55(2), 63-67.

CRAMBELING, C. (2019, décembre 27). Comment bien lutter contre les dérives sectaires ? [Audio]. In *Le temps du débat*. <https://www.franceculture.fr/emissions/le-temps-du-debat/fin-de-la-miviludes-comment-bien-lutter-contre-les-derives-sectaires>

FRANCE SOIR. (2020, janvier 6). *Sectes : La disparition inquiétante de la Miviludes* [Institutionnel]. francesoir.fr. <http://www.francesoir.fr/actualites-france/quelle-lutte-contre-les-sectes-apres-la-disparition-de-la-miviludes>

LECOMPTE, F. (2020, avril). *La méditation agit directement sur notre stress* [Institutionnel]. lejournel.cnrs.fr. <https://lejournel.cnrs.fr/articles/la-meditation-agit-directement-sur-notre-stress>

MEZARD, J. (2013). *Influence des mouvements à caractère sectaire dans le domaine de la santé* (N° 480; p. 296). Sénat.

Mission Interministérielle de Vigilance et de Lutte contre les Dérives Sectaires. (2012). *Guide « Santé et dérives sectaires »*. La Documentation Française.

SUISSA, V. (2017). *MÉDECINE NON CONVENTIONNELLE ET PSYCHO-ONCOLOGIE Évaluation de l'impact des Médecines Complémentaires et Alternatives (MCA) chez les patients atteints de cancer*. Paris VIII - Saint-Denis.

SUISSA, V., GUERIN, S., DENORMANDIE, P., CASTILLO, M.-C., & BIOY, A. (2020). Médecines Complémentaires ou Alternatives (MCA) : Proposition d'une définition et d'une catégorisation de références. *HEGEL - HEpato-GastroEntérologie Libérale*, 10(2), 131-142.

TRÄGER, S. (2015). Place des pratiques non conventionnelles à visée thérapeutique dans l'organisation médicale. *Sciences sociales et santé*, 33(4), 99-104.

TRÄGER-MAURY, S., TOURNIGAND, C., MAINDRAULT-GOEBEL, F., AFCHAIN, P., & De GRAMONT, A. (2007). Utilisation de médecine complémentaire chez les patients atteints de cancer dans un service de cancérologie français. *Bulletin du cancer*, 94(11), 1017-1025.

Documents et références supports

? (2004, janvier 30). Rapport sur les dérives sectaires : Le secteur de la santé est concerné. *Hospimédia*.

ACREMENT, M., BOUYAHIAOUI, K., FERNANDES, C., PERENNOU, D., SECK, H., BALLOFFY, C., COLLETO, A., MULOWA, M.-C., ROBLOT-COULANGES, M.-F., & TRILLARD, G. (2017). *Les dérives sectaires au domicile de la personne âgée* (p. 27) [Module Inter Professionnel]. EHESP.

AURES, A., BOYARD, L., CHABAGNO, F., CROSSIN, F., De LA ROCHETHULON, A., DEMESSENCE, M., GHILAS, F., LARDY, A., LISE, W., & TSELEPIDES, M. (2019). *Formation professionnelle des professions de santé et dérives sectaires* (p. 27) [Module Inter Professionnel]. EHESP.

AVANTURIER, N., CUZIN, Y., GIAMBAGLI, L.-L., JAC, A., JAVEL, P., LABAT, A., LABRIERE, A., THEVENOT, M.-A., THIBORD, A., & SOURDILLE, A. (2015). *Vieillir à l'abri des dérives sectaires. Recommandations pratiques pour assurer la protection des personnes âgées vivant en établissements sanitaires et médico-sociaux* (p. 26) [Module Inter Professionnel]. EHESP.

BRANCHU, C., & VANACKERE, S. (2017). *La prise en charge à l'hôpital des femmes victimes de violences : Éléments en vue d'une modélisation* (N° 2017-001R; p. 137). IGAS.

COLOMBAT, P., ANTOUN, S., AUBRY, R., BANTERLA-DADON, I., BARRUET, F., (2009). A propos de la mise en place des soins de support en cancérologie : Pistes de réflexions et propositions. *InfoKara*, 24(2), 61-67.

CORDIER, C. (2013, avril 25). La MIVILUDES émet des propositions pour prévenir les dérives sectaires en EHPAD. *Hospimédia*.

COUR DES COMPTES. (2018). *Politique vaccinale : Un enjeu de santé publique, une confiance à conforter*. (Rapport public annuel Tome I-La politique vaccinale; p. 36). Cour des comptes.

FRAGNON, J. (2018). La radicalisation sous emprise ? Le processus de radicalisation au prisme de Stop Djihadisme. *Quaderni*, 95(1), 13-38.

GUIVARCH, J., & GLEZER, D. (2012). Victimes de dérives sectaires : Place des expertises psychologiques et psychiatriques. *L'information psychiatrique*, 88(6), 467-475.

H. P. (2011, juin 15). Les pratiques non conventionnelles à visée thérapeutique épinglées par la MIVILUDES. *Hospimédia*.

MATTEI, J. F. (2003). *Plan cancer 2003-2007*.

ROBILLARD, J. (2019a, septembre 18). Comment prévenir les dérives sectaires auprès des personnes âgées en établissement ? *Hospimédia*, 2.

ROBILLARD, J. (2019b, octobre 30). La médecine conventionnelle s'articule difficilement avec les pratiques complémentaires. *Hospimédia*.

T. G. (2010, avril 9). La MIVILUDES alerte sur les dérives des activités thérapeutiques non conventionnelles. *Hospimédia*.

Liste des annexes

Annexe I : liste des recommandations

Annexe II : liste des entretiens réalisés

Annexe III : grilles d'entretien

Annexe IV : fiche action relative à la mise en place à l'hôpital d'un dispositif de repérage et de signalement des patients à risque de dérives sectaires

Annexe V : définition opérationnelle des médecines complémentaires et alternatives

Annexe I : liste des recommandations

Recommandation n°1	<p>Formaliser un dispositif de repérage et de signalement des patients à risque de dérives sectaire, associant l'ensemble des acteurs de la prise en charge et s'appuyant éventuellement sur les conseils d'une association de lutte contre les dérives sectaires</p> <p>Elaborer une procédure de signalement et d'un groupe de détection permettant d'échanger sur les situations et de les caractériser, en veillant notamment au cas des mineurs et des majeurs protégés</p>
Recommandation n°2	Nommer au sein de l'hôpital un ou des réfèrent(s) spécialisé(s) sur les dérives sectaires
Recommandation n°3	Cartographier les services les plus à risque d'accueillir des patients victimes de dérives sectaires et susceptibles d'abandonner les soins
Recommandation n°4	Sensibiliser et former les acteurs de santé au risque sectaire.
Recommandation n°5	Être vigilant aux personnes recrutées mais également aux organismes de formation sollicités et aux associations intervenant à l'hôpital
Recommandation n°6	Implémenter à l'échelon territorial (GHT) , les actions visant à repérer et prévenir les dérives sectaires, en y intégrant également la médecine de ville
Recommandation n°7	Permettre aux professionnels, d' accorder du temps à la relation soignant-soignée pour toutes les situations à risque de dérive sectaire identifiées
Recommandation n°8	Favoriser une prise en charge holistique en renforçant les coordinations de parcours de santé
Recommandation n°9	Sensibiliser les soignants à une relation avec les patients favorisant l'écoute, le non-jugement et la tolérance vis-à-vis des croyances ou pratiques ésotériques

Recommandation n°10	Renforcer la structuration des consultations d’annonces en proposant au patient un parcours tenant compte d’un risque d’emprise et de dérive sectaire
Recommandation n°11	Développer, dans le cadre de l’ éducation thérapeutique du patient, l’esprit critique du patient face aux solutions magiques proposant une guérison, et plus largement face aux dérives sectaires
Recommandation n°12	Réaliser une campagne de communication relative au risque de dérives sectaires auprès des usagers du système de santé
Recommandation n°13	Relever systématiquement les interruptions de soins et construire un mécanisme d’alerte pour renouer le contact
Recommandation n°14	Institutionnaliser les pratiques non conventionnelles à l’hôpital
Recommandation n°15	Clarifier les objectifs des PSNC , tant auprès des patients que des professionnels de santé, en soulignant leurs indications, modes d’actions, bénéfices attendus et éventuellement leurs contre-indications et risques de mésusage
Recommandation n°16	Veiller à que les PSNC, respectent bien les cadres en vigueur à l’hôpital : principe de laïcité, déontologie, principe du <i>primum non nocere</i>
Recommandation n°17	Évaluer périodiquement les PSNC mobilisées à l’hôpital, notamment par une mesure de la satisfaction du patient
Recommandation n°18	Inscrire les PSNC dans le champ collectif pour éviter les dérives potentielles associées à un exercice isolé
Recommandation n°19	Veiller à ce que les PSNC s’articulent bien dans le parcours de soins en étant attentif à la coordination
Recommandation n°20	Inscrire les PSNC, notamment la question de leur évaluation, à l’ordre du jour de la CME et de la CSIRMT
Recommandation n°21	Intégrer les PSNC dans les programmes d’ETP
Recommandation n°22	Accroître la recherche sur les PSNC
Recommandation n°23	Avant d’introduire une PSNC à l’hôpital, veiller à ce qu’elle ait fait l’objet d’une évaluation scientifique ; à défaut, l’intégrer dans le cadre d’une expérimentation préalable

Annexe II : liste des entretiens réalisés

	Soignants	Ordre professionnel	Administrations et agences	Associations	Témoin	
12/05	x					
13/05	x					
20/05				UNADFI		
21/05				ADFI Bretagne		
22/05	x					
25/05				ANDPS		
25/05				CCMM		
27/05	x					
27/05					x	
28/05	x					
28/05			ARS Auvergne- Rhône-Alpes			
29/05			DGS			
29/05			INCA			
31/05	x					
04/06	x					
09/06			Miviludes			
12/06				ADFI Aube		
18/06		CNOM				
22/06			HCL			
Total	7	1	5	5	1	19

Annexe III : grilles d'entretien

Grille d'entretien à destination des professionnels de santé
Comment définiriez-vous une dérive sectaire ? Quelles sont vos connaissances sur ce phénomène ? Avez-vous connaissance des impacts que peuvent avoir les dérives sectaires sur le domaine de la santé ?
Pensez-vous que des thérapeutiques non conventionnelles ont leur place dans les établissements hospitaliers ?
De votre expérience, quels sont les services de soin qui sont les plus susceptibles d'être exposés à ce phénomène ?
Selon vous, quels peuvent être les profils de patients à risques ?
Avez-vous déjà eu le sentiment que l'un de vos patients a été victime d'une influence sectaire ? Parmi l'ensemble des refus ou des abandons (renoncements ?) de soin, pensez-vous qu'une part soit induite par des dérives sectaires ? Pouvez-vous me raconter cette situation (témoignage bref) ? Qu'avez-vous fait ? Si vous ne connaissez pas de personnes susceptibles d'être dans cette situation, connaissez-vous une autre personne qui l'est ? Avez-vous des collègues qui ont été dans cette situation ?
Aviez-vous bénéficié d'une certaine sensibilisation sur ces phénomènes ? Avez-vous eu connaissance de guides ou outils relatifs à la détection, l'accompagnement et le suivi des patients victimes de dérives sectaires ? Savez-vous s'il existe des procédures sur ce sujet dans votre établissement ?
Avez-vous bénéficié de formations ou sinon, pensez-vous qu'il serait opportun que vous soyez formé pour repérer, accompagner et suivre ces patients ?
Si vous aviez une baguette magique, de quoi auriez-vous besoin pour repérer au mieux les dérives sectaires ?

Grille d'entretien à destination des professionnels de santé intégrant des pratiques complémentaires
Comment définiriez-vous médecine complémentaire ? et médecine intégrative ?
Pouvez-vous décrire le parcours professionnel qui vous a amené à vous intéresser aux pratiques complémentaires ?
Pouvez-vous nommer et décrire la pratique complémentaire que vous utilisez ?
Quels sont les bénéfices que vous observez ?
Comment ont réagi vos confrères et consœurs lorsque vous avez commencé à la pratiquer ?
Selon vous, comment faut-il intégrer les pratiques complémentaires au parcours de soin ?
Avez-vous déjà rencontré des patients qui auraient cherché à substituer totalement une pratique non conventionnelle à leur traitement médical conventionnel ? Qu'avez-vous fait ?
Avez-vous déjà rencontré des patients qui auraient été victimes d'emprise mentale de la part d'un gourou ou d'un charlatan ? Qu'avez-vous fait ?

Grille d'entretien à destination des administrations
Quelles missions dans le cadre de vos fonctions se rapportent à la lutte contre les dérives sectaires, et plus spécifiquement à leur repérage ? Quel est votre rôle sur ce thème ? Quelle est votre définition des dérives sectaires ?
Connaissez-vous/travaillez-vous avec la Miviludes ?
Quelle est votre définition des dérives sectaires ?
Quels outils, quel cadre votre organisation met-elle à disposition des professionnels ou établissements de santé en matière de prévention et d'accompagnement des patients victimes de dérives sectaires ?
Avez-vous la possibilité d'évaluer le caractère opérationnel de ces dispositifs, avec des remontées de la part des acteurs sur le terrain ?
Pourriez-vous nous décrire des signalements que vous pouvez être amenés à traiter ? Avez-vous remarqué une augmentation ou une diminution de leur nombre dans le secteur de la santé sur les dernières années ? Comment interprétez-vous cette évolution ?
Est-ce que vous avez observé l'émergence et l'augmentation de certains phénomènes sectaires en particulier, qui auraient un impact sur la qualité de la prise en charge en santé ?

Les personnels médicaux et non médicaux vous paraissent-ils suffisamment informés quant aux démarches de signalement et d'accompagnement des cas critiques ?
Orientez-vous votre vigilance vis-à-vis des phénomènes sectaires en fonction de l'actualité ?
Si vous aviez une baguette magique, qu'est-ce que vous feriez pour améliorer et approfondir ce repérage, le suivi et l'accompagnement de personnes victimes de dérives sectaires ?
Connaissez-vous un patient qui a été victime de rupture de soin suite à une dérive sectaire ? Connaissez-vous un soignant confronté à la prise en charge de tels patients ? Si oui, pensez-vous qu'ils ou elles accepteraient de témoigner dans le cadre de ce travail de recherche ?

Grille d'entretien à destination des victimes
Pouvez-vous citer les structures et praticiens qui ont fait partie de votre prise en charge ces dernières années ? Prise en charge hospitalière, en ville, quelles spécialités ?
Vous rapportez avoir un parcours qui a connu des dérives sectaires/un recours exclusif à des approches non conventionnelles. Comment ceci a débuté et a pris de la place dans votre vie ?
Quelles pratiques aviez-vous à la place ? Aviez-vous abandonné totalement les soins conventionnels ?
Selon votre sentiment, la prise en charge conventionnelle que vous avez abandonnée avait-elle un manque ?
Avec le recul d'aujourd'hui, quelles conséquences il y a-t-il eu sur votre santé ?
Comment êtes-vous sortis de cette situation de dérives sectaires/recours exclusif à des approches non conventionnelles ?
Que recommanderiez-vous pour éviter que d'autres personnes se retrouvent dans de telles situations ? Y aurait-il des moyens de prévention ?
Pensez-vous que l'hôpital soit un bon lieu pour repérer les patients en situation de dérives sectaires/recours exclusif à des approches non conventionnelles ?
Selon vous, comment le milieu hospitalier pourrait-il repérer ces situations ?
Pensez-vous que des thérapeutiques non conventionnelles ont leur place dans les établissements hospitaliers, en complément de la prise en charge classique ?

Grille d'entretien à destination des associations de défense de victimes
Pouvez-vous décrire votre structure ? Quelles sont ses missions ? Quelles sont vos fonctions au sein de cette structure ? Comment la problématique des dérives sectaires est traitée par votre structure ?
Vous avez connaissance de parcours de personnes qui connaissent des dérives sectaires/un recours exclusif à des approches non conventionnelles. Pourriez-vous me décrire la diversité des situations de dérives sectaires que vous rencontrez ? Comment avez-vous eu connaissance de ces situations ?
L'abandon total des soins conventionnels est-il courant parmi toutes ces situations ? Quelles conséquences sur la santé des personnes observez-vous ?
Selon vous, lors des prises en charge médicales/hospitalisations, qu'est ce qui favorise le recours à des dérives sectaires ?
Que recommanderiez-vous pour éviter que des personnes se retrouvent dans de telles situations ? Y aurait-il des moyens de prévention ?
Quelles sont les revendications principales de votre structure ?
Si vous aviez une baguette magique, de quoi auriez-vous besoin pour repérer au mieux les dérives sectaires ?
Pensez-vous que l'hôpital soit un bon lieu pour repérer les patients en situation de dérives sectaires/recours exclusif à des approches non conventionnelles ?
Selon vous, comment le milieu hospitalier pourrait-il repérer ces situations ?
Pensez-vous que des thérapeutiques non conventionnelles ont leur place dans les établissements hospitaliers, en complément de la prise en charge classique ?
Connaissez-vous un patient qui a été victime de rupture de soin suite à une dérive sectaire ? Connaissez-vous un soignant confronté à la prise en charge de tels patients ? Si oui, pensez-vous qu'ils ou elles accepteraient de témoigner dans le cadre de ce travail de recherche ?

Annexe IV : fiche action

Mettre en place à l'hôpital un dispositif de repérage et de signalement des patients à risque de dérives sectaires

Constat

Complexe à mettre en œuvre à l'hôpital, le repérage des dérives sectaires n'en apparaît pas moins insuffisamment investi au regard de la présence grandissante des mouvements sectaires dans le domaine de la santé et leur conséquences potentiellement délétères à la fois sur les patients et les prises en charge.

Risques associés aux dérives sectaires à l'hôpital

- ↳ Abandons de soins ou rupture du parcours par le patient ;
- ↳ Entrisme de la part des mouvements sectaires par le biais de professionnels de santé eux-mêmes sous emprise ou au travers de PSNC ou encore par les associations ou organismes de formation intervenant à l'hôpital ;
- ↳ Détérioration de la qualité et de la sécurité des prises en charge, soins non adaptés ;
- ↳ Respect du principe de consentement libre et éclairé du patient ;
- ↳ Respect du principe de *primum non nocere*.

Objectifs

La présente fiche vise à accompagner les établissements de santé dans la mise en place d'un dispositif de repérage et de signalement des dérives sectaires :

- ↳ Aider les établissements et professionnels de santé à mieux détecter les risques sectaires ;
- ↳ Faciliter le repérage des patients à risque sectaire, susceptibles d'abandonner leurs soins en étant notamment attentifs aux signaux faibles ;
- ↳ Prévenir et repérer les éventuelles dérives sectaires de la part de professionnels de santé.

→ Le présent dispositif a également vocation à permettre le repérage de patients susceptibles d'abandonner leurs soins à la suite de l'adhésion exclusive à une PSNC (Pratique de Soins Non Conventionnelle) non consécutive à une emprise sectaire.

Acteurs à associer au dispositif

Face au caractère polymorphe et insidieux des phénomènes sectaires, il apparaît essentiel d'associer largement tous les acteurs participant à la prise en charge (médecins, soignants, personnels à orientation sociale, bénévoles, associations) à l'hôpital et en ville, ainsi que les cadres et personnels de direction. **Cette association large permet une meilleure efficacité du repérage, notamment de « signaux faibles » par les acteurs n'intervenant pas nécessairement au premier plan de la prise en charge.**

Composantes et articulation du dispositif de repérage

Le dispositif s'articule autour de 5 composantes :

1) Une procédure de signalement interne, formalisée, régulièrement actualisée et diffusée, à activer dès qu'une possible dérive sectaire de la part d'un patient, d'un professionnel de santé ou de tout acteur de la prise en charge est constatée.

Objectifs du signalement interne

- Informer les acteurs d'un potentiel risque de dérive sectaire et/ou d'abandons de soins de la part d'un patient, afin qu'ils puissent en tenir compte dans la prise en charge ;
- Caractériser la dérive sectaire et le cas échéant, si celle-ci est avérée, pouvoir prendre toutes mesures adaptées, notamment de signalement auprès des autorités ;
- Permettre à la direction de l'établissement de procéder aux signalements administratifs, ordinaux et judiciaires qui s'imposent.

→ Le signalement doit préciser : la nature et le contexte des événements, la personne concernée, la ou les personnes mises en cause et le cas échéant, les dispositions prises par l'établissement à l'égard de l'auteur présumé des actes sectaires.

2) Un groupe dédié de détection et d'échange sur les dérives sectaires

Ce groupe a vocation à échanger sur l'ensemble des questions relatives aux phénomènes sectaires susceptibles d'affecter l'hôpital et leurs conséquences, avec pour objectif de :

- ↪ **Confronter les différents points de vue** afin de caractériser et objectiver la potentielle dérive sectaire, compte tenu notamment des nombreux déterminants en jeu : croyances, culture, valeurs, appartenances religieuses ou philosophiques, choix de vie des individus concernés ;
- ↪ **Mobiliser une réflexion éthique** sur les questions liées aux dérives sectaires à l'hôpital.

3) Des référents sur les dérives sectaires

Chargés d'une mission de veille, de coordination et d'accompagnement des équipes, les référents dérives sectaires sont désignés dans les pôles et/ou services, notamment les plus à risque. Ils sont formés et participent (ou au moins sont informés) aux travaux du groupe de détection.

4) Une cartographie des services les plus à risque d'être confrontés à une dérive sectaire

Plusieurs services apparaissent comme présentant un risque particulier ou plus élevé :

- ↪ Services accueillant des patients au long cours, souffrant par exemple d'ALD ;
- ↪ Services prenant en charge des pathologies avec un impact important sur la qualité de vie du patient voire susceptibles d'être de mauvais pronostic ;
- ↪ Services ayant recours à des techniques de soins invasives ;
- ↪ Services d'oncologie ;
- ↪ Services de périnatalité ;
- ↪ Services prenant en charge des troubles alimentaires ;
- ↪ Services prenant en charges des pathologies liées au grand âge ;
- ↪ Unités de soins psychiatriques ;
- ↪ Services d'urgence, du fait de leur rôle de « porte d'entrée », plus particulièrement sur les aspects relatifs à la détection.

5) Des actions de sensibilisation et de prévention dédiées

- ↪ Sensibilisation de l'ensemble des intervenants dans la prise en charge au risque sectaire, notamment par des **actions d'information et de formation** ;
- ↪ Sensibilisation sur les bonnes pratiques visant à prévenir l'entrisme de mouvements sectaires à l'hôpital, de la part de professionnels de santé, d'organismes de formation ou associations. Ces actions de sensibilisation doivent notamment viser les acteurs du recrutement et de la formation.

Outils susceptibles d'aider au repérage

→ un questionnaire d'aide au repérage des dérives sectaires peut être mis en place, en s'inspirant notamment de celui proposé par la Miviludes dans son guide sur la prévention du risque sectaire en établissements sanitaires et médico-sociaux accueillant des personnes âgées (voir ressources ci-dessous) ;

→ questionnaire ODIVA, figurant également dans le guide Miviludes précité.

Signalements à opérer en cas de dérive sectaire avérée

- ↳ Au plan administratif : ARS, préfet, Miviludes
- ↳ Au plan judiciaire : Procureur de la République
- ↳ Au plan ordinal : ordre professionnel concerné, si la dérive sectaire est le fait d'un professionnel de santé

La police ou la gendarmerie peuvent également être saisies par le biais d'un dépôt de plainte.

→ Cas particulier des mineurs ou des majeurs protégés :

- ↳ Signalement aux services compétents du Conseil Départemental
- ↳ Signalement au Procureur de la République

→ Cas particulier de la personne de confiance sous emprise sectaire :

- ↳ Signalement au Procureur de la République

Ressources pour construire le dispositif de repérage

- ↳ GHT et médecine de ville, pour inscrire le dispositif à l'échelon territorial : mutualiser les ressources et connaissances, mais aussi élargir les actions de détection pour en renforcer l'efficacité ;
- ↳ Associations de lutte contre les sectes
- ↳ ARS
- ↳ Miviludes

Ressources utiles pour mieux repérer et caractériser les dérives sectaires

- Mécanismes des dérives sectaires dans la santé, situations à risques, conduites à tenir pour les professionnels de santé et conseils pratiques :

↳ *Guide santé et dérives sectaires*, disponible sur le site internet de la Miviludes ;

- Repérage des dérives sectaires chez la personne âgée, questionnaire d'aide au repérage d'une dérive sectaire :

↳ *Guide Protéger et respecter la citoyenneté de la personne âgée, prévention du risque de dérives sectaires en établissements sanitaires et médico-sociaux* publié par la Miviludes ;

- Se repérer dans les différentes médecines complémentaires et alternatives : fiche *Définition opératoire des médecines complémentaires et alternatives* (Suissa et al., 2020) ;

- Critères permettant de repérer une emprise mentale (*source : Pr J-P. Parquet*) :



Annexe V : Définition opératoire des médecines complémentaires et alternatives (MVA)

DÉFINITION OPÉRATOIRE DES MÉDECINES COMPLÉMENTAIRES ET ALTERNATIVES (MCA) *D'après Suissa, V., Guérin, S., Denormandie, P., Bioy, A. & Castillo, M-C. (2020).*

LES 12 CRITÈRES DE DÉFINITION DES MCA

CRITÈRES PRIMAIRES Focus sur les points de convergence	CRITÈRES SECONDAIRES Focus sur les points de divergence
1. TYPOLOGIE DES MCA Ensemble de pratiques hétérogène.	1. MÉDECINE AU PLURIEL Chinoise, ayurvédique, africaine...
2. CHAMP D'INSCRIPTION HÉTÉRODOXE Non conventionnel - Hors du champ biomédical.	2. MCA DE NATURES DIVERSES Manuelles, psychocorporelles, spirituelles...
3. OBJET D'INVESTIGATION EN SANTÉ Qualité de vie, bien-être, santé, maladie.	3. TECHNIQUES DIFFÉRENTES Diverses techniques de méditation, de relaxation...
4. OBJECTIF DE SOINS Soin préventif, de support, palliatif, curatif...	4. DIVERSITÉ DE PRATICIENS/FORMATIONS Soignants, praticiens hétérodoxes, charlatans...
5. LÉGITIMITÉ NON-CONSENSUELLE Sociale, médicale, scientifique.	5. DIMENSIONS SUBJECTIVES PLURIELLES Usage, motivations, cadre du recours...
6. USAGES EN RÉFÉRENCE À LA MÉDECINE Usage complémentaire ou alternatif aux soins.	6. RAPPORTS DIVERS À LA MÉDECINE Acceptées, tolérées, rejetées par la médecine.

DES CHAMPS CONNEXES MAIS DISTINCTS AUX MCA

Thérapies non médicamenteuses	Soins de Support En Oncologie	Pôles de Soins Et d'Activités Adaptées
PRINCIPES CONNEXES Champ du non médicamenteux Articulation entre <i>cure</i> et <i>care</i> Approche globale du soin	PRINCIPES CONNEXES Soins non médicamenteux Intégration de certaines MCA Approche globale du soin	PRINCIPES CONNEXES Soins non médicamenteux Intégration de certaines MCA Approche globale du soin
PRINCIPES DISTINCTS Pratiques délimitées par la HAS Exclusion des MCA Soins paramédicaux validés	PRINCIPES DISTINCTS Dispositif médical réglementé Système d'organisation de soins Soins médicaux et médicaments	PRINCIPES DISTINCTS Dispositif de soins réglementé Espace d'accueil des EHPAD Soins paramédicaux validés

LA CONCEPTUALISATION DES MCA

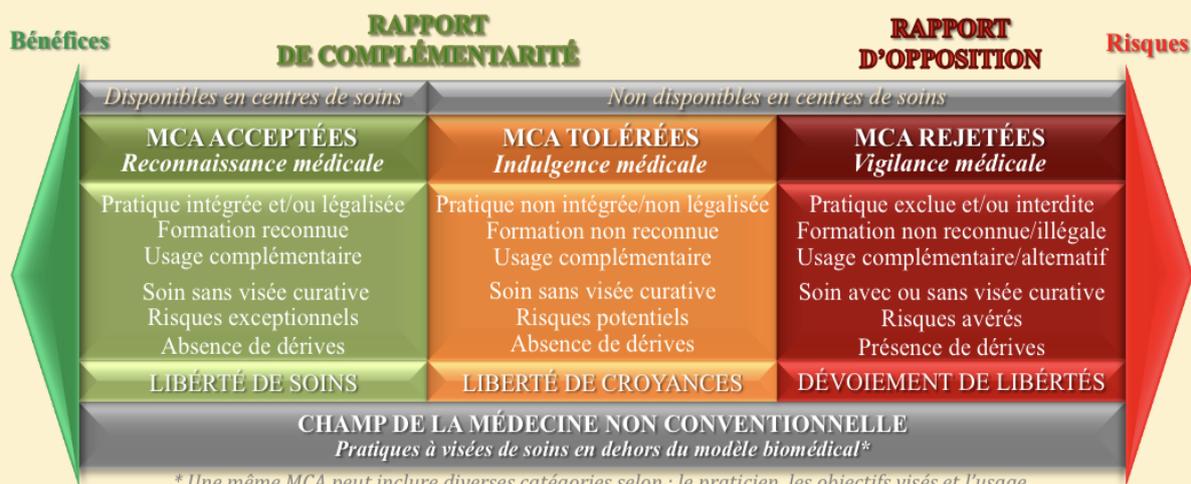
DÉFINITION DES MÉDECINES COMPLÉMENTAIRES ET ALTERNATIVES

Les MCA constituent différentes formes hétérodoxes de soins non-médicalisants, plus ou moins éloignés des pratiques médico-scientifiques et dispensées – dans un contexte de santé ou de maladie – par des praticiens dûment ou insuffisamment formés pour répondre à la demande et/ou aux besoins des usagers. Utilisées de façon complémentaire ou alternative aux soins standards, les MCA s'inscrivent dans le champ de la médecine non conventionnelle, c'est-à-dire extrinsèque au modèle biomédical de référence.

Elles renferment un ensemble de pratiques validées et sécuritaires, insuffisamment éprouvées, douteuses, voire dangereuses. De fait, elles entretiennent des rapports pluriels avec notre médecine au sein de laquelle certaines pratiques sont acceptées (ex. : acupuncture), tolérées (ex. : soutien spirituel) ou rejetées (ex. : secte guérisseuse). Dans cette optique, certaines MCA sont intégrées aux centres et dispositifs de soins officiels (ex. : soins de support, pôles de soins et d'activités adaptées) tandis que d'autres en sont exclues.

CATÉGORISATION DES MÉDECINES COMPLÉMENTAIRES ET ALTERNATIVES (MCA) À TRAVERS LEUR RELATION PLURIELLE À LA MÉDECINE OFFICIELLE

D'après Suissa, V., Guérin, S., Denormandie, P., Bioy, A. & Castillo, M-C. (2020).



* Une même MCA peut inclure diverses catégories selon : le praticien, les objectifs visés et l'usage.

L É G E N D E

**MCA
ACCEPTÉES**

Ensemble de **pratiques intégrées** aux structures de santé (ex. : hôpitaux) et aux dispositifs de soins officiels (ex. : soins de support). Certaines d'entre elles sont **légalisées** (ex. : acupuncture) ou font l'objet d'un processus de régulation (ex. : cannabis thérapeutique). Elles sont dispensées par des praticiens dont les **formations sont reconnues** (ex. : diplôme universitaire), de façon **complémentaire aux soins officiels** et dans un objectif thérapeutique **sans visée curative**. Elles font référence à des pratiques comportant des **risques exceptionnels** et n'impliquant **aucune forme de dérives**.

CRITÈRES DE RÉFÉRENCE : Formation reconnue – Usage complémentaire – Sans dérives

EX. : Hypnose – Relaxation – Sophrologie – Méditation – Art-thérapie – Qi gong – Yoga
Réflexologie – Chiropraxie – Ostéopathie – Acupuncture – Homéopathie

**MCA
TOLÉRÉES**

Ensemble de **pratiques non intégrées** aux structures de santé et aux dispositifs de soins officiels. Aucune d'entre elles ne sont **légalisées**. Elles sont dispensées par des praticiens dont les **formations ne sont pas reconnues** (ex. : école non agréée), de façon **complémentaire aux soins officiels** et dans un objectif thérapeutique **sans visée curative**. Elles font référence à des pratiques comportant des **risques potentiels** et n'impliquant **aucune forme de dérives**.

CRITÈRES DE RÉFÉRENCE : Formation non reconnue – Usage complémentaire – Sans dérives

EX. : Magnétisme – Reiki – Tai chi chuan – Aide spirituelle – Approches énergétiques
Médecine chinoise – Médecine ayurvédique – Médecine africaine – Naturopathie

**MCA
REJETÉES**

Ensemble de **pratiques exclues** des structures de santé et des dispositifs de soins officiels. Certaines d'entre elles sont **interdites par la loi** (ex. : sectes). Elles sont dispensées par des praticiens dont les **formations ne sont pas reconnues**, de façon **complémentaire ou alternative aux soins officiels** et dans un objectif thérapeutique **avec ou sans visée curative**. Elles font référence à des pratiques comportant des **risques avérés** et impliquant **une ou plusieurs formes de dérives**.

CRITÈRES DE RÉFÉRENCE : Pratique interdite – Usage alternatif – Avec dérives

EX. : Méthode Hamer – Thérapie de conversion – Access Bar – Aide spirituelle exclusive
Méthode Di Bella – Régime Gerson – Thérapie Livingston Wheeler – Sectes

**POINTS
À
CONSIDÉRER**

1. La complémentarité n'est pas sans risques : ex. recommandation contraire à l'avis médical
2. L'alternativité n'est pas forcément un danger : ex. prévention, symptôme bénin, soins palliatifs
3. Un praticien hétérodoxe n'est pas signe de charlatanisme : ex. religieux visitant les malades
4. Un praticien médical n'est pas un gage de sécurité : ex. médecins liés à des approches sectaires
5. Trois niveaux de risques : pratique (procédé), praticien (qualification), usage (exclusif)
6. Trois niveaux de dérives : théorique (conception), thérapeutique (méthode), sectaire (emprise)

DÉRIVES SECTAIRES : Déstabilisation mentale – Exigence financière exorbitante – Troubles de l'ordre public
Discours anti-social – Rupture avec l'environnement – Démêlées judiciaires – Embrigadement

**« Le repérage des patients hospitalisés susceptibles d'être victimes de dérives sectaires
ou d'abandonner leurs soins »**

BOIREAU Léa, EAAH

BOUVET Charlotte, EDH

BREYSSE, Lucille, ED3S

HAAS Jonathan, EDH

HAMAI, Rémy EIES

LABOUROT Patrick, EDS

LALLOT Matthieu, EDH

QUINVILLE Anne, EDS

VILMUS-HOARAU Nadège, ED3S

Résumé : Entre le respect de croyances individuelles et la dérive sectaire synonyme d'emprise, la frontière est parfois ténue. La Miviludes est chargée par le législateur de surveiller le phénomène d'emprise sectaire. Si elle ne peut pas s'appuyer sur une définition légale du terme « secte », elle identifie le passage à hôpital et plus généralement le parcours de soins comme un moment de vulnérabilité pouvant constituer le ferment d'une emprise susceptible d'induire un abandon des soins. Nos entretiens et nos recherches nous ont permis de cerner ce risque et de le caractériser. Ainsi à l'aide des 19 témoignages recueillis nous formulons 23 recommandations. Celles-ci portent sur la structuration d'un système de repérage dans les institutions impliquant tous les acteurs du parcours de soins y compris les associations d'aide aux victimes mais aussi sur une attention particulière à porter à la qualité de la relation de soin et au suivi de patients « perdus de vue ». Enfin, il s'agit d'institutionnaliser les PSNC pour mieux les intégrer au parcours de soins à l'hôpital. Cette institutionnalisation, qui passe notamment par une évaluation régulière et systématique de ces pratiques ainsi que par le renforcement de l'information et la sensibilisation des patients face à ces risques, permettra de contrôler et de limiter les impacts des emprises sectaires sur les patients et plus globalement sur le système de santé.

Mots clés : Dérives sectaires - abandon de soin - Pratiques non conventionnelles – Relation de soin -

L'École des hautes études en santé publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les rapports : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs