

Introduction préalable à l'étude des CAM

Poser la question de l'étude des CAM revient à poser d'autres questions qui relèvent de la position des débatteurs. Souvent, la question de la santé ne se débat pas car, à juste raison, la médecine occidentale moderne peut se prévaloir d'excellents résultats, que ce soit en matière, d'espérance de vie, de diminution des risques devant les maladies infectieuses et les grandes épidémies, de réparation dans les situations d'urgences traumatiques ou médicales. Il est indéniable que cette médecine est tout à fait performante en situation de crise, mais une fois celle-ci passée, il n'existe plus rien pour maintenir l'individu en bonne santé.

Cette médecine se posant en médecine de la réparation, s'inscrit dans un contexte sociologique et montre ainsi qu'elle appartient à son époque. Une société industrielle et économique qui méprise les individus, leur fournit du travail tant que cela satisfait le rendement de l'actionnariat et les rejette ou les fait travailler dans les pires conditions si la rentabilité l'exige. A charge pour la société de réparer les méfaits d'un tel système. Il est clair, que la médecine n'a pas corrigé ce système ; elle l'a souvent encouragé par l'action politique en se rangeant du côté du pouvoir, confirmant ainsi son pouvoir réparateur. L'intervention politique sociale se fait le plus souvent dans cette optique, en aval et rarement en amont.

D'ailleurs, la définition même de la bonne santé ne fait pas l'unanimité au sein des professions de santé, comme dans la population. L'individu qui ne craint plus trop la crise brutale se voit souvent confronté à des problématiques de confort, à des maladies pas toujours dangereuses mais quelquefois invalidantes et à des maladies dégénératives ou auto-immunes souvent très graves, et dont on s'aperçoit, qu'elles touchent toujours plus de monde. Le public qui sent que sa santé lui échappe cherche à se réapproprier ce bien fondamental, et pour cela se tourne vers des pratiques aussi nombreuses qu'exotiques. La commission santé ne peut pas faire l'impasse de ce phénomène, et entre interdiction et anarchie, doit trouver la voie qui permette à chacun et à tous de prétendre au meilleur état de santé sans préjudice des équilibres financiers. Nous allons donc étudier point par point les problèmes posés.

1. La dérive sectaire

Par exemple de nombreuses pratiques sont acceptées comme charlatanesques par le plus grand nombre, ceci souvent sur la base de la méconnaissance (comme on l'observe pour d'autres phénomènes culturels), de l'aspect curieux ou exotique de telle ou telle thérapie. Nous ne prendrons qu'un exemple : l'urinothérapie passe pour une aimable plaisanterie un peu dégoûtante, et en tout cas, une pratique destinée à abuser les gogos.

Par ailleurs, dès qu'il s'agit d'abuser les gens, on glisse rapidement vers les groupes sectaires qui ont souvent pour objet de placer leurs membres en situation marginale à la fois sur le plan des modes de vie, de la psychologie, de l'alimentation, des modes de soins et de traitements.

Or dès qu'on s'intéresse à la santé, on s'aperçoit que ce sont précisément ces aspects qui sont primordiaux dans l'état sanitaire d'une population. On voit d'emblée que toute tentative d'agir sur ces trois points risque de faire classer ces actions sous l'étiquette sectaire.

Un autre point encore plus fondamental de la santé semble être l'état mental de l'individu ; le rapport du NCCAM insiste sur ce point et précise les effets de la méditation sur l'état de santé. Sous ce chapitre, toutes les pratiques touchant les mécanismes psychiques, telles que la relaxation, l'hypnose, le yoga, le qigong, etc.. Il se trouve que pour atteindre leur but, ce sont également les moyens qu'utilisent les sectes.

Il en résulte une grande confusion et un amalgame entre des pratiques quelquefois honorables et l'usage qui peut en être fait par des groupes éventuellement sectaires. L'accusation de

sectarisme est également un des arguments qui n'a pas besoin d'être prouvé pour jeter la suspicion sur une pratique.

2. La médecine, les médecines, les pratiques

Quand on a évité l'écueil du sectarisme, et que l'on veut sérieusement étudier les CAM, il faut faire la différence entre les pratiques et les médecines. Par « médecines » au pluriel on entend forcément autre chose qu'un simple mode de soin. En effet, chaque fois que l'on définit des pratiques, on est obligé de les nommer sous des expressions qui se veulent précises mais qui souvent ne font qu'entretenir la confusion.

Par exemple, la « médecine occidentale moderne » s'est considérée longtemps et sans doute encore comme l'unique médecine, ce qui rendait très difficile l'idée même d'évoquer d'autres pratiques. Alors souvent, on disait la « médecine » et cela suffisait. Mais comment parler de l'homéopathie, pratiquée par des médecins dont le diplôme a été obtenu en faculté de médecine ? On voit d'ailleurs qu'en faculté on enseigne la « médecine » sans éprouver le besoin de dire laquelle. Cet exemple montre bien comment toutes les mentalités ont accepté longtemps que la médecine soit unique. Il faut donc s'attacher à faire la différence entre toutes les pratiques, et comprendre à quelles catégories elles appartiennent. Le but d'une telle démarche n'est pas de faire une ségrégation, mais de comprendre pour mieux étudier. Comme exemple et dans cette optique, nous allons essayer de définir sociologiquement ce que sont les « ethnomédecines traditionnelles savantes ».

Tout d'abord il faut rappeler qu'une médecine est toujours le fruit d'une culture ethnologique. Ensuite, Pour qu'une médecine soit traditionnelle, elle doit répondre à deux conditions :

1. Ce doit être une médecine ; c'est à dire une science capable de :
 - Comprendre, identifier, classer et différencier les pathologies
 - Définir le principe du traitement
 - Choisir dans un ensemble de techniques de soins, les plus adaptées.
2. Celle-ci doit être élaborée selon la tradition, c'est à dire en référence à un principe initial.

Et à tout moment de son histoire, on doit trouver présent un mode de transmission qui pérennise au moins le principe initial. Enfin, pour qu'une médecine se définisse comme savante, il faut qu'elle s'appuie sur un système théorique qui en constitue l'architecture.

Ces définitions sont importantes pour replacer les CAM comme « médecines intégrées ». Elles ne seront pas considérées de la même façon selon qu'elles sont des pratiques complémentaires ou des adjuvants aux traitements, ou de véritables médecines capables de prendre totalement en charge un malade et sa pathologie.

3. L'évaluation : un problème de bonne foi

Un autre frein à l'étude des CAM relève de la mauvaise foi des seuls référents en politique de santé que sont certains professeurs de la médecine occidentale qui n'ont qu'à paraître sur une chaîne de radio ou de télévision pour accabler sans preuve et sans connaissance telle ou telle pratique et la discréditer ainsi que les praticiens et jeter ainsi les patients dans le plus grand désarroi au mépris de tout le monde.

Le meilleur argument de ces personnages est l'effet placebo. Si les CAM soignent, ce n'est qu'en raison de l'effet placebo ; ce qui exonère la communauté scientifique d'étudier la question.

Il est très curieux de constater à quel point les CAM sont capables de générer de l'effet placebo. Nous rappelons qu'habituellement, cette action représente 30 à 40 % d'effets positifs. Il serait donc entendu, qu'aucune des CAM n'est susceptible de se prévaloir de résultats supérieurs (ce qui veut dire : tous ces praticiens, médecins ou non, sont des escrocs), ou bien seules les CAM sont capables de générer de l'effet placebo de façon massive. Que ce soit l'une ou l'autre hypothèse, ne peut laisser les pouvoirs publics indifférents. Il faut interdire, pêle-mêle, l'homéopathie, l'ostéopathie, la phytothérapie, l'acupuncture, l'hypnose, la psychothérapie, la psychanalyse, l'hydrothérapie du colon, j'en oublie évidemment ; ou bien il faut étudier.

Mais le problème de l'étude, fait reposer la question de la mauvaise foi, qui fait analyser une pratique à la lumière d'outils qui lui sont étrangers sans jamais faire l'effort, de nature ethnologique, de comprendre les fondements théoriques. Par exemple, il n'est pas possible de tester le protocole de traitement d'angine bactérienne en allopathie avec un protocole en homéopathie qui n'existe pas ; le traitement étant spécifique du malade et non de l'affection.

4. L'écueil du réductionnisme

C'est cette même démarche qui conduit les laboratoires occidentaux à piller les connaissances des chamans amérindiens ou africains au mépris des fondements qui leurs ont permis de trouver leurs remèdes. Ce n'est d'ailleurs pas sans conséquence. Un grand laboratoire (Rhône-Poulenc) voulant utiliser des plantes chinoises a étudié radix rauwolfiae verticillatae (luo fu mu), remède réputé hypotenseur. Le remède s'est montré très efficace avec cependant un défaut : il créait chez les malades des dépressions graves à caractère suicidaire. C'était oublier que ce remède était utilisé à l'intérieur d'une prescription complexe, établie sur des principes qui avaient été négligés par le laboratoire, et qui devait traiter un cas particulier d'hypertension, un parmi dix sept syndromes d'hypertension répertoriés en médecine traditionnelle chinoise. En poussant le débat plus loin, on pourrait même se demander de quel droit la médecine occidentale, vieille de 120 ans dans ses fondements pastoriens et seulement de 30 à 40 ans dans ses principes les plus modernes, s'autoriserait à étudier, souvent pour la juger et l'évaluer, une médecine qui a 5000 ans d'ancienneté.

5. « Une médecine intégrée »

On voit à travers ces exemples que l'étude suppose quelques précautions quant à l'attitude à adopter. Un des éléments d'évaluation les plus pertinents serait peut être l'étude des cas et dossiers de patients sur des bases thématiques. Ce travail a déjà été fait au Canada, et a donné lieu à des conclusions qui seraient choquantes ici. Par exemple, en étudiant les sciatalgies, il apparaît que la méthode la plus efficace (rapidité, innocuité, retour au travail, pérennité) est l'ostéopathie. Une des conclusions possibles étant la préconisation de cette méthode en vue d'une acceptation de remboursement. On voit d'emblée le risque pour certaines professions médicales.

L'idée de « médecine intégrée » s'impose dans le rapport du NCCAM, mais cela veut-il dire qu'il n'existe plus qu'une seule médecine qui intègre sans les hiérarchiser les différentes pratiques possibles ou que la vocation des CAM est de s'intégrer à « la médecine » occidentale avec pour objectif de la suppléer et de la corriger dans ces effets indésirables. Il se trouve qu'en France l'intégration a déjà lieu. Seulement, elle est opaque et sauvage ; chacun se débrouillant pour gérer ses angoisses et trouver les thérapies ou les praticiens susceptibles de les aider sans que, ni l'institution médicale ni les pouvoirs publics n'organisent cette situation. Mieux, longtemps les malades ont été découragés, voire accusés et les praticiens poursuivis. Or, maintenant, sans que ce soit officiel, on voit certains cancérologues encourager leurs malades à rencontrer d'autres thérapeutes, en tout cas toutes personnes ou thérapies susceptibles de lutter contre les effets secondaires et d'aider à gérer les angoisses. Il ne manque d'ailleurs pas de médecins ouverts et courageux, mais qui sont encore obligés de pratiquer sous le manteau pour intégrer d'autres pratiques au sein de leur service.

6. La problématique de l'exercice des CAM

Dans ce contexte, avant que le système ne s'ouvre totalement, quelques possibilités existent ; elles sont données par la loi. En effet la loi Kouchner a redonné du pouvoir au patient en lui permettant de choisir ses traitements, ce qui d'une certaine manière peut libérer la demande de soins. Malheureusement, l'offre reste toujours verrouillée, et à part l'ostéopathie, les CAM sont peu reconnues. Le problème de la reconnaissance est de deux natures :

- D'une part, les médecins qui ont des pratiques non orthodoxes peuvent plus ou moins exercer selon leur discrétion ou leur difficulté à faire valoir un remboursement inadapté au temps qu'ils passent en consultation. De même, certains thérapeutes, ostéopathes, acupuncteurs, intègrent dans leur temps de consultation l'essentiel du soin, alors que pour d'autre le soin est différé après passage à la pharmacie.
- D'autre part, les praticiens de médecines traditionnelles, qu'elle soit chinoise, ayur-védique, tibétaine ou autre, n'ont pas de raison d'être en plus docteur en médecine, ce qui confirmerait le mépris dans lequel on tiendrait ces authentiques médecines. Le statut des praticiens étant différents suppose une adaptation de la loi française.

Si on en venait à dire que le meilleur traitement pour telle affection est la médecine chinoise ou l'ostéopathie, le système serait en porte-à-faux du point de vue du remboursement. Le droit et la liberté du patient suppose les deux volets, l'offre et la demande. Ils supposent aussi la responsabilité du patient, notion à remettre à l'ordre du jour d'urgence. Car si la faute médicale doit être poursuivie et indemnisée, dès lors que le patient a eu la liberté de choisir, il doit pouvoir assumer la conséquence de ses choix. Pour cela, il doit avoir reçu et depuis longtemps, des informations loyales et sincères (ce sont les mots de la loi).

7. En forme de conclusion, quelques propositions

Le vecteur de ces idées peut passer par une structure que l'on pourrait appeler, maison pluridisciplinaire de santé, où précisément la santé serait remise au centre de la problématique. Car on ne doit pas oublier, que l'état normal d'une population n'est pas la maladie, mais la santé. Le rôle d'une médecine n'est pas de guérir en premier lieu, mais de maintenir la population dans son état de santé et d'équilibre (voir la définition de la santé par l'OMS). Or maintenant que les gens sont en relative bonne santé -en tout cas leur vie n'est pas gravement menacée à tout moment par une infection ou un accident- il rêve d'un système plus doux et plus intégré qui leur permette de rester sur les rails d'un équilibre jusqu'à ce jour trop précaire. C'est ce que pourrait offrir de telles structures.

Avant d'étudier plus avant, il convient de définir un vocabulaire commun, une manière de glossaire qui permette à tout moment de revenir aux origines du sens tel qu'il aura été défini au départ.

Plusieurs mots sont en cause dans le cadre de ces difficultés sémantiques :

- médecine,
- médecine conventionnelle, allopathique, classique,
- médecine traditionnelle,
- biomédecine,
- médecine parallèle,
- médecine alternative,
- ethnomédecine.

Bien sur, la liste n'est pas close.

1. Médecine. Ce terme, par essence générique devrait concerner tout des pratiques qui touchent au maintien ou la restauration de la santé. Or, on constate qu'il est réservé à la médecine occidentale. Comme il a été dit dans le préambule, la dimension sociologique des sciences et des outils qu'elle a construit conduit au mimétisme de la médecine avec la société qui l'a engendrée. Cette société dont le caractère hégémonique, intolérant, impérialiste, a placé tout ce qu'elle produit en position conquérante et dominatrice. Cette attitude, renforcée par le caractère évidemment analytique et descriptif des sciences occidentales, tend à interdire toute réflexion sur le caractère avéré et incontestable de la chose observée. Même si les travaux de Max Planck, qui ont maintenant plus d'un siècle, et qui ont permis l'émergence du principe d'incertitude, lequel a conduit à la mise en place marginale et récente d'une « approche écologiste » – quelle surprise ! – en physique, nous n'arrivons pas à concevoir un autre modèle théorique que celui se rapportant directement à la chose observée. Ce terme devrait être proscrit de nos débats, à moins qu'il ne décrive explicitement l'ensemble des pratiques de soins visant à maintenir ou restaurer la santé. On lui préférera, dans son acception actuelle, le terme de biomédecine. Ce terme trouvera sa justification dans les lignes qui vont suivre. On pourra également employer utilement le qualificatif d'orthodoxe pour définir cette médecine, en particulier pour la comparer à d'autres pratiques.
2. Médecine conventionnelle, allopathique, classique. Ces termes font référence à notre médecine occidentale moderne. Elle est, par convention, la médecine de référence. Elle est allopathique dans son mode traitement, c'est à dire, que ses actions thérapeutiques agissent contre le mal. Cela est confirmé par les noms thématiques des médicaments ; antibiotiques, antihypertenseurs, hypoglycémifiants, etc.. De fait, elle est devenue classique pour tous. En raison de leur caractère imprécis, ces termes devraient également être bannis, toujours au profit de biomédecine.
3. Biomédecine. C'est un terme maintenant reconnu, surtout depuis le virage technologique des années 50. Le premier virage de notre médecine occidentale remonte à Pasteur qui crée deux révolutions : la découverte du microbe et la vaccination. De fait, cette médecine s'appelle aussi médecine pasteurienne. D'un point de vue sociologique, l'ouvrage de Olivier Clerc « médecine, religion et peur » aux éditions Jouvence, rappelle que Pasteur était ce qu'on appellerait maintenant un chrétien intégriste qui considérait l'homme naturellement sain. La maladie, qui était l'œuvre du malin, devait être combattue pour rendre à l'homme sa virginité originelle. Par de nombreux aspects, nous vivons encore sous cette idéologie.
4. Médecine traditionnelle. Le terme est d'emblée confus car de nombreuses personnes l'emploient pour désigner la biomédecine. Or cette médecine n'est évidemment pas traditionnelle. Pourtant cette qualification a beaucoup de mal à être définie. Même l'OMS dans son ouvrage « Stratégies pour les médecines traditionnelles pour 2002-2005 » ne peut proposer une définition claire. Dans ce document, les auteurs ne confondent pas techniquement les médecines traditionnelles avec d'autres pratiques, mais ils les inscrivent, de façon sociologique, dans les pays développés, dans un contexte de médecines alternatives ou complémentaires. Par ailleurs, ce terme fait référence des pratiques ethnologiques et spirituelles, ce qui lui confère un caractère confusionnel. Dans le texte de l'OMS, on découvre des pratiques traditionnelles et de véritables médecines savantes telles que la médecine chinoise ou l'Ayurvêda indienne. Pour plus de clarté, nous proposons le terme d'ethnomédecine auquel on adjoindra ou non, le qualificatif de savante selon son caractère authentiquement scientifique, quelque soit la nature du système scientifique auquel on se réfère.
5. Médecine parallèle. Il s'agit d'une approche occidentale, peut être franco-française, qui suppose l'idée d'un monde médical, étranger au système officiel et sans aucun lien avec celui-ci. Les praticiens exercent une coupable activité de façon souterraine. Ce qui caractérise les parallèles, c'est qu'elles ne se rencontrent jamais. Pas d'échange, ni d'aller et retour. Les patients se soignent alternativement, consécutivement ou simultanément dans des systèmes qui n'ont aucun lien.
6. Médecine alternative ou complémentaire. Nous entrons avec ces termes dans une dimension plus moderne où les pratiques ont été confronté à l'usage du temps et du pragmatisme. La société civile et le monde médical reconnaissent conjointement l'utilité de des ces pratiques, et leurs réservent un rôle d'alternative ou de complément au traitement orthodoxe. Alternatives ou complémentaires n'est pas sans conséquences. D'ailleurs, cette différenciation a fait l'objet d'un long débat lors du premier rapport Lannoy en 1992. « Alternative » dans un contexte institutionnel, suppose une démarche de substitution d'un soin à l'autre, encore que dans la pratique, les patients utilisent souvent des soins alternatifs de façon complémentaire. « Complémentaire » considère la pratique comme venant en complément d'un traitement officiel qui garde la primauté sur le malade. Les thérapeutes « alternatifs » conservent leur autonomie, alors que les thérapeutes complémentaires agissent de façon subordonnée au médecin officiel.
7. Ethnomédecine. Une définition du document de l'OMS : « La médecine traditionnelle peut être codifiée, réglementée, enseignée ouvertement, pratiquée largement et systématiquement et bénéficier de milliers d'années d'expérience. Inversement, elle peut être hautement secrète, mystique et extrêmement localisée, la connaissance de ses pratiques étant transmise de manière orale. Elle peut être basée sur des symptômes physiques saillants ou sur des forces surnaturelles perçues. Il est clair qu'au niveau mondial, la médecine traditionnelle échappe à une définition ou à une description précise, étant donné qu'elle contient des caractéristiques et points de vue divers et parfois contraires. Une définition de travail est néanmoins utile. Pour l'OMS, une telle définition doit nécessairement être complète et exhaustive. L'OMS définit donc la médecine traditionnelle comme comprenant diverses pratiques, approches, connaissances et croyances sanitaires intégrant des médicaments à base de plantes, d'animaux et/ou de minéraux, des traitements spirituels, des techniques manuelles et exercices, appliqués seuls ou en association afin de maintenir le bien-être et traiter, diagnostiquer ou prévenir la maladie. ». On peut constater que cette définition n'est pas entièrement satisfaisante. Le détail du texte fait apparaître sous cette appellation toute une série de pratiques locales très diversifiées, uniquement réunies par une connaissance partagée du patrimoine pharmacologique. On doit concevoir sous ce vocable, toute pratique, quelque soit son degré de technicité ou de science, inspirée d'une expérience millénaire et transmise de façon traditionnelle, le plus souvent orale, bien que celle-ci puisse être néanmoins soutenue par une forte documentation écrite. Ce qui caractérise le progrès dans une ethnomédecine, c'est la pérennité des connaissances : rien ne devient caduque, aucune connaissance n'est annulée ; le savoir est remanié et affiné à partir des éléments antérieurs.

Voir médecines non conventionnelles