



HAL
open science

Doit-on intégrer les “ médecines alternatives ” dans les systèmes de santé? Éléments d’analyse générale, cas de la recherche clinique

Albin Guillaud

► **To cite this version:**

Albin Guillaud. Doit-on intégrer les “ médecines alternatives ” dans les systèmes de santé? Éléments d’analyse générale, cas de la recherche clinique. Philosophie. 2016. dumas-01471650

HAL Id: dumas-01471650

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01471650>

Submitted on 20 Feb 2017

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L’archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d’enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

Albin GUILLAUD

**Doit-on intégrer les « médecines alternatives »
dans les systèmes de santé ?**

–

Éléments d'analyse générale, cas de la recherche clinique

Mémoire de Master 2 « Sciences humaines et sociales »

Mention : Philosophie

Spécialité : Histoire de la philosophie et philosophie du langage

Parcours : Histoire, philosophie, sociologie des sciences

sous la direction de Mme Stéphanie Ruphy et M. Nicolas Pinsault

Albin GUILLAUD

**Doit-on intégrer les « médecines alternatives »
aux systèmes de santé ?**

–

Éléments d'analyse générale, cas de la recherche clinique

Mémoire de Master 2 « Sciences humaines et sociales »

Mention : Philosophie

Spécialité : Histoire de la philosophie et philosophie du langage

Parcours : Histoire, philosophie, sociologie des sciences

sous la direction de Mme Stéphanie Ruphy et M. Nicolas Pinsault

Avertissement

Nous avons fait le choix de ne pas « démasculiniser » le texte par souci de légèreté, et avouons-le, par économie intellectuelle. Cependant, nous reconnaissons pleinement la problématique de la suprématie du masculin sur le féminin dans la langue française car nous sommes convaincus de la puissance idéologique de la langue¹. En effet, au contraire du linguiste Alain Bentolila qui affirme l'arbitraire des marques du genre dans la langue française (nous soulignons) :

Rien ni personne ne peut donner une explication crédible qui expliquerait pourquoi les mots, qu'ils soient oraux ou qu'ils soient écrits voient leurs sens respectifs portés par telle combinaison de sons, ou par telle suite de lettres plutôt que par une autre. *Tel est le statut du genre, catégorie de marques totalement arbitraires qui n'ont que fort peu à voir avec le sexe.*²

, nous pensons que ces marques relèvent d'un héritage grammatical sexiste (nous soulignons) :

Si je parle des hommes et des femmes qui sont dans une compagnie, après avoir dit qu'il y avait dans cette compagnie diverses personnes de la Cours et de la ville, je dirais, ils parlèrent des affaires de la guerre, et non pas elles ; car les hommes et les femmes sont la chose signifiée : et quand les deux genres se rencontrent, *il faut que le plus noble l'emporte.* (Dominique Bouhours, grammairien du 17^e siècle)³

Le genre masculin est réputé plus noble que le féminin, à cause de la supériorité du mâle sur la femelle ; le masculin et le féminin sont plus noble que le neutre, à cause de la supériorité des êtres animés sur ceux qui ne le sont pas. (Nicolas Beauzée, grammairien du 18^e siècle)⁴

Cet aspect des choses n'est peut-être qu'une infime partie du problème des inégalités entre les sexes mais il est peu coûteux de le souligner.

Ce document a été entièrement élaboré avec des logiciels libres :

- LibreOffice pour le traitement de texte ;
- Zotero pour la gestion des références ;
- le système d'exploitation Debian.

1. Sur les aspects idéologiques de la langue voir par exemple : P. Bourdieu, Ce que parler veut dire : L'économie des échanges linguistiques, Fayard, 1982.
2. BENTOLILA A., « Le masculin l'emporte sur le féminin ». *Changer notre grammaire ? C'est un faux combat*, <http://leplus.nouvelobs.com/contribution/1345619-le-masculin-l-emporte-sur-le-feminin-changer-notre-grammaire-c-est-un-faux-combat.html>, consulté le 23 mai 2016.
3. D. Bouhours, *Rémarques nouvelles sur la langue française*, 1675, p. 4.
4. N. Beauzée, *Grammaire générale, ou exposition raisonnée des éléments nécessaires du langage, pour servir de fondement à l'étude de toutes les langues.* - Paris, J. Barbon 1767, J. Barbon, 1767, p. 358.

Remerciements

Une année pour réaliser un travail qui s'étale normalement sur deux ne fut pas chose aisée. Cela l'aurait été encore moins sans l'aide précieuse, directe ou indirecte de diverses personnes. Je souhaite remercier Stéphanie Ruphy et Nicolas Pinsault pour leur encadrement et leurs retours efficaces, Nicolas Pinsault pour avoir assuré la co-direction de ce mémoire et pour avoir participé au jury de soutenance, Nelly Darbois pour ses relectures et pour son indispensable soutien, Maguendra Condandamourty pour la relecture du résumé anglais, Richard Monvoisin pour avoir contribué au bouillonnement initial des idées, et enfin Jérôme Fallavollita pour son retour encourageant et ses commentaires pertinents.

Pour ce mémoire, je tiens également à exprimer mes dettes intellectuelles envers Michel Dufour pour l'aspect méthodologique de l'analyse argumentaire, Élodie Giroux, Joël Coste et Jean-Baptiste Paolaggi grâce auxquels j'ai découvert la philosophie de la médecine, Maël Lemoine pour sa traduction des conceptions de Sadegh-Zadeh sur la catégorie maladie, Mario Bunge et Dominique Raynaud pour leur vision et pratique de la philosophie, et enfin Kazem Sadegh-Zadeh pour son œuvre monumentale dont je n'ai pu que blafardement et très partiellement m'inspirer.

Je remercie également toutes les personnes de l'ombre qui vivent dans une situation moins favorable que la mienne et qui contribuent à assurer mes conditions d'existences matérielles sans lesquelles je n'aurais pas pu prendre du temps pour penser.

Sommaire

Introduction	8
Partie I	16
Comment l'OMS justifie-t-elle la médecine intégrative ?	16
1. L'Organisation mondiale de la santé et la médecine intégrative.....	17
1.1 L'Organisation mondiale de la santé.....	17
1.2 La stratégie de l'OMS pour une médecine intégrative.....	17
1.3 La médecine intégrative en débat.....	21
2. Méthodologie pour l'analyse de l'argumentaire de l'OMS.....	22
2.1 Quelques définitions.....	22
2.2 Anatomie d'un argument.....	23
2.3 Première phase de l'analyse : l'identification des arguments.....	23
2.4 Deuxième phase de l'analyse : l'évaluation des arguments.....	26
3. Analyse critique de l'argumentaire de l'OMS.....	26
3.1 Présentation de l'échantillon.....	26
3.2 Identification des arguments.....	27
3.3 Évaluation des arguments.....	29
3.4 Conclusion de l'analyse.....	36
Partie II	39
Que sont les « médecines alternatives et complémentaires » ?	39
4. Outils d'analyse conceptuelle.....	40
4.1 La critique du commun-à-tous.....	40
4.2 Le concept d'ensemble flou.....	41
4.3 Catégorie de ressemblance prototypique et principe de similarité.....	43
5. Application aux MAC : premier niveau d'analyse.....	49
5.1 La catégorie MAC : ensemble flou et artefact déontique.....	49
5.2 La catégorie MAC : catégorie de ressemblance prototypique ?.....	50
6. Clarification du concept de « médecine ».....	52
6.1 Médecine.....	52
6.2 Pratique clinique.....	54
7. Application aux MAC : deuxième niveau d'analyse.....	55
Partie III	57
Analyse du concept de médecine intégrative	57

8. Un problème de catégories.....	58
9. Un projet composite.....	59
10. Une pluralité de questionnements.....	60
Partie IV	63
MAC et recherche clinique	63
11. Doit-on évaluer l'efficacité des MAC ?.....	64
12. Présentation et critique des arguments.....	66
12.1 Arguments favorables.....	66
12.2 Arguments défavorables.....	67
13. MAC et recherche clinique : un choix politique.....	71
14. Quels critères de décision ?.....	71
14.1 Proposition de critères.....	71
14.2 Étude de cas : l'ostéopathie crânienne.....	79
Conclusion	90
Bibliographie	92
Table des annexes	99
Table des illustrations	105
Table des tableaux	106

Introduction

L'expression « pluralisme médical » renvoie à un champ de recherche qui recouvre de multiples travaux notamment en sociologie et en anthropologie de la santé^{5,6,7,8,9,10}. L'anthropologue de la santé Jean Benoist définit cette expression comme étant la « multiplicité des choix, des conduites, des traitements adoptés simultanément voire en série par un même malade »¹¹. Parmi cette multiplicité de comportements, Benoist entend par exemple la non-observance ou l'observance partielle de prescription, les changements ou le recours simultané à différents types de thérapeutes (dans ou en dehors de l'institution médicale), ou encore la pratique de l'automédication. Dans la littérature anglophone, on peut trouver ce type de définition : « Le pluralisme médical peut être défini comme l'emploi de plus d'un système médical ou de l'utilisation concomitante de la médecine conventionnelle et de la médecine alternative et complémentaire (MAC) pour gérer sa santé ou sa maladie. »¹² Dans le champ de l'histoire du pluralisme médical on trouve chez l'historien de la médecine Matthew Ramsey la définition suivante :

L'expression « pluralisme médical » est largement utilisée pour faire référence à la coexistence de différents types de praticiens médicaux ainsi qu'à des pratiques et croyances médicales divergentes voire incompatibles [...] Le pluralisme peut aussi renvoyer aux différents recours des patients en matière de praticiens ou de traitements [...]¹³

Le pluralisme médical apparaît ici comme pouvant être appréhendé du point de vue du patient, comme la multiplicité des comportements qu'il peut adopter en matière de soins, et du point de vue du thérapeute, comme la multiplicité des pratiques qu'il peut mettre en œuvre et des croyances auxquelles il peut adhérer. Dans certaines sociétés, en ce qui concerne les thérapeutes, le pluralisme médical semble s'être divisé en deux camps. Robert Jütte, spécialiste de l'histoire de la médecine dite « non conventionnelle », fait la liste des différents termes employés par le milieu médical, les

-
5. J. Benoist, « Réflexions sur le pluralisme médical : tâtonnements, alternatives ou complémentarités », *Psychosomatische und Psychosoziale Medizin*, 1997, p. 1–2.
 6. J. Benoist, *Soigner au pluriel : essais sur le pluralisme médical*, Chicoutimi, J.-M. Tremblay, 1996.
 7. C. Wade, M. Chao, F. Kronenberg, L. Cushman, et D. Kalmuss, « Medical Pluralism among American Women : Results of a National Survey », *Journal of Women's Health*, juin 2008, vol. 17, no 5, p. 829-840.
 8. M. Ramsey, « Medical Pluralism in Early Modern France », *Medical Pluralism : Past - Present - Future*, Franz Steiner Verlag, 2013, p. 57-80.
 9. O. Schmitz, *Les Médecines en parallèle : multiplicité des recours au soin en Occident*, Paris, Karthala, 2006
 10. M. Bujold, « Pluralisme médical polarisé : La représentation de la maladie du patient comme canal de communication interdisciplinaire », *Anthropologie et Sociétés*, 2008, vol. 32, p. 18.
 11. J. Benoist, « Réflexions sur le pluralisme médical », *op. cit.*
 12. C. Wade, M. Chao, F. Kronenberg, L. Cushman, et D. Kalmuss, « Medical Pluralism among American Women », *op. cit.*
 13. M. Ramsey, « Medical Pluralism in Early Modern France », *op. cit.*

historiens et les sociologues de la médecine, termes que nous considérons comme des marqueurs de cette division¹⁴ :

Tableau 1 : Terminologie pour désigner les différents systèmes thérapeutiques (Jütte, 2001)

médecine non orthodoxe	médecine orthodoxe
médecine non conventionnelle	médecine conventionnelle
médecine irrégulière	médecine classique
médecine marginale	médecine principale
médecine biologique	biomédecine
médecine primitive	médecine moderne
médecine naturelle	médecine scientifique
médecine alternative	médecine scientifique
médecine holistique	médecine scientifique
médecine complémentaire	médecine scientifique
médecine traditionnelle	médecine moderne
médecine folklorique	médecine scientifique
médecine douce	médecine scientifique
pseudomédecine	médecine classique

Jütte note que ces différents qualificatifs, sans pouvoir délimiter des règles systématiques d'usage, sont utilisés de manière très variable en fonction du positionnement des personnes (favorable ou non) face à ces pratiques¹⁵. Selon Jütte, ces usages seraient souvent synonymes et renverraient à un même phénomène social, à savoir l'existence de pratiques thérapeutiques, diagnostiques et préventives exclues par la médecine conventionnelle¹⁶. Jütte définit la médecine non conventionnelle (*nonconventional medicine*) comme suit : « La médecine non conventionnelle peut ainsi être définie comme référant à un ensemble hétérogène de pratiques thérapeutiques qui se présente comme une "alternative" à la médecine conventionnelle »¹⁷. Notons que si l'on se reporte aux différents labels que Jütte a répertoriés (voir tableau 1 ci-dessus), sa définition est quelque peu circulaire. En effet, on constate dans le tableau que « médecine non conventionnelle » et « médecine alternative » sont deux expressions placées du même côté et donc jugées par Jütte comme étant synonymes. Le médecin et chercheur spécialiste de l'évaluation des médecines alternatives Edzard Ernst (2009), propose quant à lui la définition suivante :

14. R. Jütte, « Alternative Medicine and Medico-Historical Semantics », *Historical Aspects of Unconventional Medicine - Approaches, Concepts, Case Studies*, The Editors on behalf of the European Association, 2001, p. 11-23

15. Ibid., p. 23.

16. Nous utiliserons pour l'instant indifféremment les étiquettes « médecine classique », « médecine conventionnelle », « médecine scientifique » et « médecine » jusqu'à ce que nous clarifions ce point dans la deuxième partie de notre travail.

17. R. Jütte, « *Alternative Medicine and Medico-Historical Semantics* », *op. cit.*

[...] notre définition de médecine alternative est n'importe quelle thérapie qui n'est pas acceptée par la majorité des médecins classiques, et qui typiquement, revendiquent des mécanismes se situant hors de la compréhension actuelle de la médecine moderne. Dans le langage de la science, les thérapies alternatives sont dites biologiquement non plausibles.¹⁸

Ernst choisit donc une définition en intension¹⁹ qui comprend deux caractéristiques : *non-usage par la majorité des médecins classiques* et *non-plausibilité biologique*. Ces définitions ne sont données qu'à titre illustratif car elles ne permettent pas d'appréhender pourquoi tel out tel élément est placé à l'intérieur de la catégorie « MAC »²⁰. D'autre part, nous verrons que la volonté de délimiter cette catégorie par un nombre fini de caractéristiques est problématique. Pour fixer les idées, donnons quelques éléments de cette catégorie. La Collaboration Cochrane²¹ recense plus de quatre cents médecines alternatives et complémentaires. Dans les pays européens citons par exemple l'homéopathie, l'acupuncture, la médecine traditionnelle chinoise, la médecine anthroposophique, l'ostéopathie, *etc.* Moins connues, on peut aussi évoquer la microkinésithérapie, la kinésiologie appliquée, la fasciathérapie méthode Danis Bois ou encore la biokinergie. Depuis une vingtaine d'années, une nouvelle expression non répertoriée par Jütte a fait son apparition. Il s'agit du terme « médecine intégrative ». Lors de notre recherche de définitions de ce concept dans la littérature, nous avons trouvé trois types d'approches. La première approche considère la médecine intégrative comme un équivalent au concept de MAC^{22,23}. La deuxième approche entend la médecine intégrative comme étant la réunion, la combinaison des MAC avec la médecine dite « biomédicale »²⁴. Dans la troisième approche, la médecine intégrative est caractérisée par la place qu'elle accorde à la capacité innée du corps humain à guérir, à la relation thérapeutique et à la prévention²⁵. Selon Victoria Maizes et Opher Caspi²⁶, la médecine intégrative placerait le patient au

18. S. Singh et E. Ernst, *Trick or Treatment ? : Alternative Medicine on Trial*, London, Corgi, 2009.

19. Nous définissons l'*intension* d'un prédicat tel que « est une médecine alternative » comme la caractéristique ou l'ensemble des caractéristiques qu'il dénote. L'*intension* d'un prédicat s'oppose à son *extension* qui est l'ensemble des objets auquel il s'applique.

20. Dans la suite de notre mémoire, nous garderons cette étiquette de « médecine alternative et complémentaire » (MAC) bien que celle-ci pose quelques problèmes dont nous reparlerons.

21. La Collaboration Cochrane est une organisation internationale indépendante à but non lucratif dont l'objet est l'organisation systématique des informations issues de la recherche clinique.

22. Fontanarosa PB et Lundberg GD, « Complementary, alternative, unconventional, and integrative medicine : Call for papers for the annual coordinated theme issues of the ama journals », *JAMA*, décembre 1997, vol. 278, no 23, p. 2111-2112.

23. O.Y. Oumeish, « The philosophical, cultural, and historical aspects of complementary, alternative, unconventional, and integrative medicine in the Old World », *Archives of Dermatology*, novembre 1998, vol. 134, no 11, p. 1373-1386.

24. S.R. Adler, « Integrative medicine and culture : toward an Anthropology of CAM », *Medical anthropology quarterly*, décembre 2002, vol. 16, no 4, p. 412.

25. V. Maizes et O. Caspi, « The principles and challenges of integrative medicine. », *Western Journal of Medicine*, septembre 1999, vol. 171, no 3, p. 148.

26. En 2016, Victoria Maizes est professeure en médecine, directrice du centre pour la médecine intégrative de la faculté de médecine d'Arizona et Opher Caspi est un médecin directeur du département de médecine intégrative du

centre du soin tout en lui proposant une multiplicité de stratégies thérapeutiques. En ce sens, les auteurs nous disent que si la médecine intégrative n'est pas synonyme de MAC, ces dernières ont un rôle important à jouer pour assister le praticien qui tend vers une « approche holistique ». D'après Maizes & Caspi, la médecine intégrative « change le paradigme » d'une médecine tournée vers la maladie à une médecine tournée vers la santé.

Face à ces considérations multiples, nous avons interrogé *Ngram Viewer* de Google²⁷ pour voir si le terme de « médecine intégrative » apparaissait dans des documents plus anciens que ceux précédemment cités (le plus ancien document date de 1998). Nous avons recherché dans le corpus des livres anglais avec le terme « integrative medicine » et dans le corpus français avec le terme « médecine intégrative » de 1800 à 2008. Nous n'avons obtenu aucun résultat pour le corpus français. Dans le corpus anglais, les deux documents les plus anciens que nous avons trouvés datent de 1996^{28,29}. Il semble donc que le terme de « médecine intégrative » soit relativement récent. Dans un des deux documents, la médecine intégrative est considérée comme suit :

Andrew Weil, D.M. [docteur en médecine], Professeur assistant en médecine clinique à la Faculté de Médecine de l'université d'Arizona, est en train de créer le Centre pour la Médecine Intégrative, un programme d'enseignement supérieur décrit comme la combinaison des « meilleures idées et pratiques issues de tous les systèmes de soins disponibles en des thérapies coût-efficaces ayant pour objectif la stimulation des capacités naturelles d'auto-guérison de l'organisme humain. »³⁰

L'autre document provient de l'Université de Californie à San Francisco (UCSF) dans lequel on trouve les grandes lignes d'un programme de recherche intitulé « *New UCSF program combines "alternative" medicine and latest scientific advances* » et qui commence ainsi :

Un nouveau programme de l'UCSF en Médecine Intégrative promet de combiner la connaissance traditionnelle de l'ancienne médecine de l'Est en matière de styles de vie, de comportements alimentaires et d'autres traitements « alternatifs » avec les dernières connaissances de la recherche biomédicale dans un effort global pour éduquer les médecins, traiter les patients, et rechercher les thérapies les plus efficaces. Le programme de l'UCSF en Médecine Intégrative incorporera toutes les approches prometteuses – issues du yoga, de la méditation, de la phytothérapie et d'autres thérapies non conventionnelles jusqu'aux plus récentes découvertes sur les processus pathologiques au niveau

Rabin Medica Center en Israël.

27. Google Ngram Viewer, <https://books.google.com/ngrams>, consulté le 23 décembre 2015 ; Pour une bibliographie sur l'outil *Ngram Viewer* voir : F. Heimbürger et É. Ruiz, « Faire de l'histoire à l'ère numérique : retours d'expériences », *Revue d'histoire moderne et contemporaine*, 30 janvier 2012, n° 58-4bis, no 5, p. 70-89.

28. L. Barnett et M. Babb, *Reiki Energy Medicine : Bringing Healing Touch into Home, Hospital, and Hospice, Inner Traditions / Bear & Co*, 1996.

29. University of California San Francisco, UCSF News, The University., 1996.

30. L. Barnett et M. Babb, *Reiki Energy Medicine*, op. cit., p. 90.

moléculaire – en une seule et rigoureuse recherche pour trouver les meilleurs traitements pour le cancer du sein, les maladies de cœur et d'autres affections, dit Haile T. Debas, DM, doyen de la faculté de médecine de l'UCSF.³¹

Debas poursuit en précisant que ce programme mettra l'accent sur l'évaluation des thérapies complémentaires via les mêmes standards de recherche que les autres traitements, c'est-à-dire les essais cliniques. Selon lui, l'enjeu est de tendre vers une meilleure utilisation de ces thérapies en combinaison avec les traitements conventionnels.

En résumé, les différentes conceptualisations examinées de ce qu'est la « médecine intégrative » sont :

1. un équivalent à ce qui est entendu par « médecine complémentaire » ou par « médecine alternative »³² ;
2. une combinaison des médecines complémentaires et alternatives avec la médecine conventionnelle pour développer de meilleurs traitements^{33,34} ;
3. une approche thérapeutique à part entière³⁵ qui s'inspire des thérapies alternatives et conventionnelles³⁶ ;
4. une orientation de recherche pour l'évaluation scientifique des médecines alternatives³⁷.

Pour l'instant, concernant le concept de « médecine intégrative », nous retiendrons l'idée d'un projet qui vise à réunir les « médecines alternatives et complémentaires » (MAC) avec la médecine classique. Cette union permettrait, selon ses tenants, un dépassement de la médecine courante par l'importation des avantages supposés des MAC. Un projet fort de médecine intégrative se concrétiserait par l'intégration à tous les niveaux de ces différentes pratiques. Elles devraient être pratiquées dans les hôpitaux, prises en charge par la collectivité (en France, cela signifierait remboursées par l'Assurance maladie), enseignées dans les facultés de médecine ou dans des écoles spécifiques délivrant des diplômes d'État, et enfin faire l'objet de recherches scientifiques. De manière plus générale, les MAC devraient avoir le même niveau de reconnaissance que la médecine

31. University of California San Francisco, UCSF News, op. cit., p. 10.

32. O.Y. Oumeish, « *The philosophical, cultural, and historical aspects of complementary, alternative, unconventional, and integrative medicine in the Old World* », op. cit.

33. S.R. Adler, « *Integrative medicine and culture* », op. cit.

34. L. Barnett et M. Babb, *Reiki Energy Medicine*, op. cit.

35. V. Maizes et O. Caspi, « *The principles and challenges of integrative medicine.* », op. cit.

36. I.R. Bell, O. Caspi, G.E.R. Schwartz, K.L. Grant, T.W. Gaudet, D. Rychener, V. Maizes, et A. Weil, « *Integrative Medicine and Systemic Outcomes Research : Issues in the Emergence of a New Model for Primary Health Care* », *Archives of Internal Medicine*, janvier 2002, vol. 162, no 2, p. 133.

37. *University of California San Francisco, UCSF News*, op. cit.

classique. Comme nous allons le voir, c'est un tel projet qui est défendu par l'Organisation mondiale de la santé (OMS)³⁸ (nos italiques) : « Aujourd'hui, de nombreux pays reconnaissent la nécessité d'adopter une *approche cohésive et intégrative des soins de santé* [...] », « En actualisant sa stratégie et en l'approfondissant, l'OMS a pu mieux comprendre comment *accélérer l'intégration mondiale de la MT / MC aux systèmes de santé.* »³⁹. L'objectif de l'OMS est d'inciter les différents États à s'orienter en ce sens. C'est d'ailleurs tout récemment que le ministère de l'intérieur suisse a annoncé l'élaboration d'un plan visant à la reconnaissance de l'homéopathie, de l'acupuncture et de la médecine traditionnelle chinoise au même titre que la médecine conventionnelle⁴⁰.

Qu'une institution comme l'OMS puisse défendre un tel projet peut laisser penser qu'il existe un certain accord à propos du bien fondé de cette démarche. Pourtant, l'idée de médecine intégrative ou d'intégration des MAC est loin d'être consensuelle. Certains médecins, philosophes et chercheurs sont en effet opposés à cette idée pour différentes raisons. Parmi ces raisons, il est par exemple avancé que l'innocuité des MAC ne serait pas démontrée⁴¹ et qu'elles n'auraient pas fait la preuve de leur efficacité⁴². À cela, s'ajouterait le fait qu'elles peuvent être associées à des coûts importants. Citons à titre illustratif la « dolphinothérapie » ou thérapie assistée par les dauphins, proposée pour 4500 \$ les 4 jours aux enfants atteints de paralysie cérébrale⁴³. Pour d'autres, les MAC seraient irrationnelles⁴⁴, anti-réalistes⁴⁵, et parfois porteuses d'un contenu non laïque⁴⁶. Par ailleurs, leur intégration rendrait l'obtention d'un consentement libre et éclairé encore plus problématique qu'il ne l'est déjà⁴⁷. Enfin, certains affirment que parler de médecine alternative ou complémentaire n'aurait pas de sens car il n'existerait qu'une seule médecine, celle basée sur des preuves scientifiques⁴⁸.

38. L'OMS utilise les abréviations « MT / MC » pour désigner la catégorie « médecine traditionnelle / médecine complémentaire » qui peut être considérée comme équivalente à la catégorie « MAC » de notre propos.

39. A. Burton, T. Falkenberg, M. Smith, Q. Zhang, et X. Zhang, *Stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle pour 2014-2023*, Genève, OMS, 2013.

40. Swiss to recognise homeopathy as legitimate medicine, http://www.swissinfo.ch/eng/society/complementary-therapies_swiss-to-recognise-homeopathy-as-legitimate-medicine/42053830, consulté le 9 avril 2016.

41. P.A. Clark, « The Ethics of Alternative Medicine Therapies », *Journal of Public Health Policy*, 2000, vol. 21, no 4, p. 447.

42. S. Singh et E. Ernst, *Trick or Treatment ?*, *op. cit.*

43. P. Weisleder, « Unethical Prescriptions : Alternative Therapies for Children With Cerebral Palsy », *Clinical Pediatrics*, janvier 2010, vol. 49, no 1, p. 7-11.

44. J.I. MacArtney et A. Wahlberg, « The Problem of Complementary and Alternative Medicine Use Today Eyes Half Closed ? », *Qualitative health research*, 2014, p. 114-123.

45. R. Seip, *Complementary and Alternative Medicine : Ethics, Legality, and Use of the Best Available Science*, Thèse de Philosophie, Université de Cardiff, 2014 ; l'étiquette « anti-réaliste » a une connotation négative pour ce philosophe. Cette attribution de valeur est évidemment tout à fait discutable surtout que Seip ne précise pas de quel type d'anti-réalisme il parle (réalisme scientifique, métaphysique, sémantique, etc.).

46. T.S. Ruhl, « Spiritual Informed Consent for CAM », *Archives of Internal Medicine*, avril 2002, vol. 162, no 8, p. 943-944 ; toutes CAM invoquant un principe de guérison transcendantale ou spirituel tomberaient dans cette catégorie. Terry Ruhl cite comme exemple le reiki, la médecine ayurvédique, le Qigong ou encore le Tai Chi.

47. M. Mertz, « *Complementary and alternative medicine* », *op. cit.*

48. P.B. Fontanarosa et G.D. Lundberg, « Alternative medicine meets science », *Jama*, novembre 1998, vol. 280, no 18, p. 1618-1619.

En résumé, le bien-fondé de la médecine intégrative n'est pas évident. Pour cette raison, nous nous sommes attaché dans ce mémoire à examiner la dimension éthique⁴⁹ de la médecine intégrative. Notre réflexion s'est développée en quatre étapes. Lors de la première étape, nous nous sommes penché sur l'argumentaire que déploie l'OMS en faveur de son projet de type intégratif. À l'issue d'une analyse critique de cet argumentaire, nous concluons que les arguments de l'OMS sont faibles et dépourvus de substance. Nous concluons également qu'une réflexion sur notre thématique générale ne peut faire l'économie d'une analyse approfondie du concept de « médecine alternative et complémentaire ». C'est à cette tâche que nous nous attellerons dans la deuxième partie de ce mémoire. Nous y soutiendrons que le concept de MAC est une catégorie floue, un artefact déontique et une catégorie de ressemblance prototypique. Nous y réaliserons aussi une clarification des concepts de *médecine* et de *pratique clinique* qui nous conduiront à réaliser un examen approfondi de l'idée de « médecine intégrative ». Cet examen, entrepris dans notre troisième partie, aboutira à un éclatement de notre thématique initiale en une pluralité de questionnements inévitables. Autrement dit, nous défendrons l'idée que se questionner d'un seul tenant sur le bien-fondé de la médecine intégrative n'est pas pertinent. Enfin, nous traiterons spécifiquement dans la dernière partie de notre travail d'une des questions que nous aurons mise au jour. Cette question sera la suivante : est-il justifiable d'entreprendre des recherches cliniques pour évaluer les MAC ? Au fil de nos lectures sur le sujet des MAC, nous n'avons trouvé presque personne qui se pose cette question comme si la réponse allait de soi : les traitements proposés par les MAC doivent être évalués. Ceci débouche sur de nombreux programmes de recherche clinique tant en France qu'à l'étranger^{50,51}. L'Organisation mondiale de la santé, comme nous l'avons déjà

49. Nous avons longuement hésité sur l'utilisation du terme « éthique » pour qualifier notre problématique générale. En effet, dit simplement, nous nous sommes demandé si intégrer les MAC dans un système de santé donné est une bonne ou une mauvaise chose en général. En revanche, nous ne nous sommes pas interrogés spécifiquement sur des aspects économiques : « Intégrer les MAC peut-il être profitable économiquement à tel système de santé ou à tel pays ? », sur des aspects épistémiques : « Intégrer les MAC peut-il être profitable à l'avancée des connaissances scientifiques en santé ? » ou encore sur des aspects culturels : « Intégrer les MAC peut-il être profitable à la préservation d'un certain type de patrimoine culturel ? ». Dans une certaine mesure, notre réflexion consiste en un type d'éthique appliquée en dépit du fait que nous ne chercherons pas à donner de réponse par déduction des grandes théories morales (déontologisme, conséquentialisme, etc.) qui est une forme particulière d'éthique appliquée, certes dominante mais pas exclusive (pour un détail sur les différentes formes d'éthique appliquée voir par exemple : T.L. Beauchamps, « The Nature of Applied Ethics », A Companion to Applied Ethics, 1re éd., Blackwell Publishing Ltd, 2003, p. 1-16).

50. J.-Y. Fagon et C. Viens-Bitker, Médecines Complémentaires à l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris – Rapport, Assistance Publique - Hôpitaux de Paris, 2012.

51. NCCIH, <https://nccih.nih.gov/>, consulté le 16 avril 2016.

mentionné, se positionne quant à elle sans ambiguïté pour encourager la recherche sur les MAC^{52,53,54}. Pourtant cette politique de recherche ne va pas de soi et est questionnée en philosophie des sciences⁵⁵. Après avoir examiné les arguments qui justifient ou non d'entreprendre des recherches cliniques sur les MAC, nous montrerons qu'il n'est pas possible de proposer d'argument véritablement décisif pour défendre l'affirmative ou la négative et qu'il s'agit en dernière analyse d'un choix politique. Nous essaierons alors de proposer un ensemble de critères pour effectuer ce type de choix et nous tâcherons d'en illustrer l'application à travers le cas spécifique de l'ostéopathie crânienne.

52. OMS, Principes méthodologiques généraux pour la recherche et l'évaluation relatives à la médecine traditionnelle, OMS, 2000.

53. T. Falkenberg, J. Sawyer, et X. Zhang, Stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle pour 2002-2005, OMS, 2002.

54. A. Burton, T. Falkenberg, M. Smith, Q. Zhang, et X. Zhang, *Stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle pour 2014-2023*, op. cit.

55. P.ex. M. Bunge, *Medical Philosophy : Conceptual Issues in Medicine*, World Scientific, 2013.

Partie I

Comment l'OMS justifie-t-elle la médecine intégrative ?

1. L'Organisation mondiale de la santé et la médecine intégrative

1.1 L'Organisation mondiale de la santé

L'OMS est une institution spécialisée de l'Organisation des Nations unies (ONU) composée de 194 États membres. Elle a pour rôle la coordination des politiques de santé mondiale au sein du système des Nations unies. Sa constitution, entrée en vigueur le 7 avril 1946, a été adoptée lors de la conférence internationale de la santé tenue à New York en 1946. Dans cette constitution fut inscrite la célèbre et controversée⁵⁶ définition de la santé de l'OMS : « La santé est un état complet de bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. » L'OMS emploie plus de 7000 personnes dont des spécialistes de santé publique, des médecins, divers experts et des scientifiques parmi lesquels des épidémiologistes. Elle est active sur plus de 150 bureaux répartis à travers le monde et a son siège à Genève. L'OMS est chargée de plusieurs champs d'action parmi lesquels la promotion et l'assistance des États pour mener une information et une politique de santé fondées sur les preuves, l'étude des risques environnementaux et des déterminants sociaux des maladies non-transmissibles (maladies cardiaques, accidents vasculaires cérébraux, cancer, *etc.*), l'élargissement de l'accès aux traitements et à la vaccination contre les maladies infectieuses et enfin l'aide aux États pour faire face aux situations d'urgence sanitaire.

La gouvernance de l'OMS se règle lors de l'Assemblée mondiale de la santé qui a lieu chaque année et au cours de laquelle se réunissent les délégations des États Membres. Durant cette assemblée, il est réalisé un contrôle de la politique financière de l'organisation et l'examen et approbation du programme budgétaire. Tout les 5 ans, il y est également nommé un directeur général. Le directeur général actuel de l'OMS est le Dr Margaret Chan dont le mandat, s'achèvera le 30 juin 2017. Le programme budgétaire pour l'année 2016-2017 est de 4,4 milliard d'euros et son financement se fait à travers des contributions fixées pour les États membres et des contributions volontaires.

1.2 La stratégie de l'OMS pour une médecine intégrative

En 2013, l'OMS édita un rapport intitulé « Stratégie de l'OMS pour la Médecine Traditionnelle pour 2014-2023 »⁵⁷. Ce rapport fait suite à une résolution prise en 2009 durant l'Assemblée

56. Notamment par rapport au fait que cette définition confond santé et bien-être : É. Giroux et M. Lemoine, « Textes Clés De Philosophie De La Médecine. Vol. II: Santé, Maladie, Pathologie », 2012, p. 8.

57. A. Burton, T. Falkenberg, M. Smith, Q. Zhang, et X. Zhang, *Stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle pour 2014-2023*, *op. cit.*

mondiale de la santé pour une actualisation de la stratégie précédente. Cette stratégie s'incarnait dans un autre rapport intitulé « Stratégie de l'OMS pour la Médecine Traditionnelle pour 2002-2005 »⁵⁸, publié en 2002. Ce document avait été élaboré par des membres du siège et des différents bureaux régionaux de l'OMS ainsi qu'avec la contribution de différents acteurs (États membres, organisations non-gouvernementales, fondations, *etc.*). Historiquement, cette stratégie initiale s'est appuyée sur des débats tenus lors de la conférence de l'OMS sur les méthodologies de la recherche et de l'évaluation de la médecine traditionnelle (11-14 avril 2000). Ces débats avaient donné lieu à la rédaction d'un document d'une vingtaine de pages (hors annexes) intitulé « Principes méthodologiques généraux pour la recherche et l'évaluation relatives à la médecine traditionnelle »⁵⁹. La coordinatrice de ce document, Madame Xiaorui Zhang, a également coordonné le premier volet de la stratégie de l'OMS et participé à l'élaboration du dernier volet sus-mentionné.

On trouve dans ces rapports ce que l'OMS entend par « Médecine traditionnelle ». L'OMS donne des définitions que nous rapportons ici. Pour le terme de « médecine traditionnelle » (MT), l'OMS donne la définition suivante :

La médecine traditionnelle est très ancienne. C'est la somme de toutes les connaissances, compétences et pratiques reposant sur les théories, croyances et expériences propres à différentes cultures, qu'elles soient explicables ou non, et qui sont utilisées dans la préservation de la santé, ainsi que dans la prévention, le diagnostic, l'amélioration ou le traitement de maladies physiques ou mentales.⁶⁰

Concernant le terme de « médecine complémentaire » (MC), l'OMS le définit ainsi :

Les termes « médecine complémentaire » ou « médecine alternative » font référence à un vaste ensemble de pratiques de santé qui ne font pas partie de la tradition ni de la médecine conventionnelle du pays et ne sont pas pleinement intégrées à son système de santé prédominant. Dans certains pays, ils sont utilisés de manière interchangeable avec le terme « médecine traditionnelle ».⁶¹

Enfin, l'OMS donne la définition suivante pour le terme de « Médecine traditionnelle et complémentaire » (MT / MC) : « La MT/MC fusionne les termes de MT et de MC, englobant les produits, pratiques et praticiens de chaque. »⁶²

58. T. Falkenberg, J. Sawyer, et X. Zhang, *Stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle pour 2002-2005*, *op. cit.*

59. OMS, *Principes méthodologiques généraux pour la recherche et l'évaluation relatives à la médecine traditionnelle*, *op. cit.*

60. T. Falkenberg, J. Sawyer, et X. Zhang, *Stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle pour 2002-2005*, *op. cit.*, p. 15.

61. *Ibid.*

62. *Ibid.*

Les rapports de l'OMS portent en fait non pas sur la médecine traditionnelle seule mais sur la Médecine traditionnelle et complémentaire (MT / MC).

Si l'on se questionne sur le type de pratiques que l'OMS inclut dans la MT / MC, on trouve dans son rapport : l'ayurvéda, la médecine traditionnelle chinoise (dont l'acupuncture), la médecine unani, la médecine anthroposophique, la chiropratique, l'homéopathie, la naturopathie et l'ostéopathie. On trouve encore le yoga et le siddha, la phytothérapie et la thérapie neurale. L'OMS en citant ces pratiques ne prétend pas à l'exhaustivité et dit laisser à chaque État Membre le soin d'identifier les formes de MT / MC utilisées sur son territoire.

De manière synthétique, les grandes orientations stratégiques de l'OMS sont :

1. Renforcer la base de connaissances pour une gestion active de la MT/MC via des politiques nationales appropriées qui comprennent et reconnaissent le rôle et le potentiel de la MT/MC.
2. Renforcer l'assurance-qualité, la sécurité, l'usage approprié et l'efficacité de la MT/MC en réglementant les produits, pratiques et praticiens grâce à l'éducation et à la formation à la MT/MC, au développement des compétences, aux services et thérapies.
3. Promouvoir la couverture sanitaire universelle en intégrant de façon adéquate les services de MT/MC dans la prestation des services de santé et l'auto-prise en charge sanitaire, en capitalisant sur leur contribution potentielle à l'amélioration des services de santé et des résultats sanitaires, et en donnant aux utilisateurs les moyens de faire des choix éclairés concernant l'auto-prise en charge sanitaire.⁶³

Bien que cela n'apparaisse pas clairement dans ces orientations stratégiques et bien que le concept de « médecine intégrative » ne figure dans aucun des rapports, la stratégie de l'OMS est sans aucun doute possible de type intégratif au sens 2 et 4 dont nous avons précédemment parlé⁶⁴. Avant de s'attarder sur les éléments à l'appui de cette affirmation, précisons que dans le premier rapport, l'OMS parlait déjà de trois types de systèmes de soins pour décrire la place des MT / MC au sein des systèmes de santé officiels⁶⁵ : 1) le *système intégratif* où la MT / MC est officiellement reconnue et intégrée à tous les niveaux du système de santé (politique pharmaceutique, disponibilité dans les hôpitaux publics et les cliniques privées, remboursement par le système de sécurité sociale, recherche et enseignement – l'OMS cite la Chine en exemple) ; 2) le *système inclusif* où la MT / MC

63. A. Burton, T. Falkenberg, M. Smith, Q. Zhang, et X. Zhang, Stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle pour 2014-2023, op. cit., p. 12.

64. Pour rappel, précisons que le sens 2) est la combinaison des médecines alternatives et complémentaires avec la médecine conventionnelle et que le sens 4) est l'évaluation scientifique de ces mêmes médecines alternatives et complémentaires.

65. T. Falkenberg, J. Sawyer, et X. Zhang, Stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle pour 2002-2005, op. cit., p. 9.

est reconnue et présente partiellement à différents niveaux du système de santé (l'OMS cite le Canada comme exemple) ; 3) le *système tolérant*, où le système de santé est entièrement basé sur l'« allopathie » (sic)⁶⁶ mais où certaines pratiques de MT / MC sont tolérées par la loi. L'OMS ne cite pas d'exemple mais le système de santé français est très proche d'un système tolérant bien que certains aspects comme le remboursement de l'homéopathie (jusqu'à 80 % du Tarif de Convention en Alsace-Moselle⁶⁷), l'entrée de certaines MAC dans les hôpitaux⁶⁸ et le programme d'intégration, de formation et d'évaluation de l'Assistance publique – hôpitaux de Paris (AP-HP)⁶⁹ font penser à un système inclusif.

Dans le dernier rapport de l'OMS, de nombreux éléments indiquent clairement une orientation stratégique favorable à des systèmes de santé intégratifs (nos italiques) : « Aujourd'hui, de nombreux pays reconnaissent la nécessité d'adopter une *approche cohésive et intégrative des soins de santé* [...] »⁷⁰. On trouve également : « En actualisant sa stratégie et en l'approfondissant, l'OMS a pu mieux comprendre comment *accélérer l'intégration mondiale de la MT / MC aux systèmes de santé*. »⁷¹. L'OMS écrit aussi :

Cette stratégie a pour objectif d'aider les États membres à :

- mettre à profit la contribution potentielle de la MT à la santé, au bien-être et aux soins de santé centrés sur la personne ;
- favoriser un usage sûr et efficace de la MT au moyen de la réglementation, de la recherche, et de *l'intégration des produits, pratiques et praticiens de MT dans les systèmes de santé*, le cas échéant.⁷²

Différents chapitres du rapport sont également tout à fait significatifs à l'image du chapitre 3.4.2 intitulé « Comment intégrer la MT / MC ».

66. Il est surprenant que l'OMS reprenne sans justification un terme inventé par Samuel Hahnemann, fondateur de l'homéopathie. Hahnemann utilisait à l'époque ce terme pour désigner la médecine non-homéopathique : S. Hahnemann, *Exposition de la doctrine médicale homéopathique, ou Organon de l'art de guérir*, traduit par A.-J.-L. Jourdan, 3e édition, 1845, p. 8 ; sans justification non plus, l'OMS n'a pas repris ce terme dans son dernier rapport.

67. Ameli.fr - Relevé et taux de remboursement, <http://www.ameli.fr/assures/soins-et-remboursements/combien-serez-vous-rembourse/releve-et-taux-de-remboursement/les-taux-de-remboursement.php>, consulté le 28 décembre 2015

68. Hopital.fr - Médecines alternatives et complémentaires, <http://www.hopital.fr/Vos-dossiers-sante/Prises-en-charge/Medecines-alternatives-et-complementaires>, consulté le 12 avril 2016

69. *J.-Y. Fagon et C. Viens-Bitker, Médecines Complémentaires à l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris – Rapport, op. cit.*

70. A. Burton, T. Falkenberg, M. Smith, Q. Zhang, et X. Zhang, *Stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle pour 2014-2023, op. cit.*, p. 4.

71. *Ibid.*, p. 7.

72. *Ibid.*, p. 11.

Comme nous pouvons le constater dans les quelques passages cités précédemment, l'OMS vise clairement un projet de type intégratif. Pourtant, un projet de cette nature est comme nous allons le voir loin de faire l'unanimité.

1.3 La médecine intégrative en débat

Le projet de l'OMS abordé dans la partie précédente est nettement en faveur d'une politique de type intégratif. Ce type de projet vise une intégration complète des médecines traditionnelles et complémentaires dans les systèmes de santé des États. Une ligne politique aussi claire peut, à la lumière de différents éléments, paraître surprenante. En effet nombre de pratiques complémentaires ont échoué à faire la preuve de leur efficacité thérapeutique dans des conditions d'évaluation scientifique⁷³. Edzard Ernst, un des spécialistes de l'évaluation scientifique des MAC critique vivement le rapport de l'OMS :

En 2014, l'OMS a publié la *Stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle pour 2014-2023*. De manière surprenante, ce document a toutes les caractéristiques d'un document promotionnel dépourvu d'éléments critiques [...]. De mon point de vue, les membres de l'OMS qui sont capables d'évaluation critique devraient repérer les dangers d'une telle stratégie, et d'ici 2015, faire le nécessaire pour retirer cet honteux papier qui ne peut que discréditer cette honorable organisation.⁷⁴

Par conséquent, dans le cadre de notre questionnement de départ sur le bien-fondé de la médecine intégrative, il nous semble intéressant de réaliser une analyse critique des arguments proposés par l'OMS pour défendre son projet.

2. Méthodologie pour l'analyse de l'argumentaire de l'OMS

Pour rédiger cette méthode, nous nous sommes inspiré essentiellement de l'ouvrage de Michel Dufour *Argumenter – Cours de Logique Informelle*⁷⁵. Parmi les ouvrages de philosophie que nous avons parcourus, c'est le premier dans lequel nous avons trouvé une trame méthodologique pour l'analyse argumentative présentée avec la finalité d'être exploitée. Dans les sciences expérimentales, il est d'usage de présenter la méthode que l'on déploie pour obtenir tel ou tel résultat. Ceci permet à qui le souhaite de reproduire l'expérimentation et de vérifier la reproductibilité des résultats. *Mutatis mutandis*, c'est dans cet esprit que nous avons souhaité exposer un cadre méthodologique minimal afin d'une part de construire une grille d'évaluation pour l'argumentaire de l'OMS, et d'autre part de conférer une certaine transparence à notre démarche. Précisons toutefois que ce cadre

73. S. Singh et E. Ernst, *Trick or Treatment ?*, op. cit.

74. E. Ernst, [Http://edzardernst.com/2015/12/](http://edzardernst.com/2015/12/), <http://edzardernst.com/2015/12/>, consulté le 14 janvier 2016.

75. M. Dufour, *Argumenter - Cours de logique informelle*, Armand Colin, 2008.

méthodologique est *minimal* car de nombreux éléments ne peuvent malheureusement pas être formalisés. L'analyse sera donc nécessairement conduite avec une part de principes et de règles non explicités dans notre méthodologie, et nous avons conscience de cette limite.

2.1 Quelques définitions

2.1.1 Argument

Pour le concept d'*argument*, nous nous reposerons sur la définition que donne Dufour : « Un argument est un ensemble de propositions dont certaines sont censées être justifiées par les autres. »⁷⁶

2.1.2 Proposition

Comme pour la notion d'argument, nous utiliserons la définition donnée par Dufour pour une *proposition* : « Une proposition est un énoncé de la taille d'une phrase, ou plus court, dont il est en principe possible de dire "C'est vrai" ou bien "C'est faux". »⁷⁷ Ne sont pas considérées comme des propositions, par exemple, les énoncés grammaticalement incorrects (ex : « L'enfant qui tu dors. »), les questions (ex : « L'enfant dort-il ? »), les interjections (ex : « oh! ») ou les impératifs (« Prend ce parapluie ! »).

Concernant la notion de vérité, nous ne nous essaierons pas à une définition et nous en tiendrons à l'usage spontané que nous en faisons dans la vie courante quand nous disons que quelque chose est vrai ou faux.

2.2 Anatomie d'un argument

Un argument comprend en principe au moins deux propositions. La proposition *qui justifie* l'autre (ou les autres) est appelée *prémisse*. Elle exprime une raison à l'autre proposition. La proposition *justifiée* par une ou plusieurs prémisses est appelée *conclusion*. La (ou les) prémisse(s) et la (ou les) conclusion(s) sont reliées par une *inférence* que Dufour définit ainsi : « Une inférence est l'opération établissant qu'une proposition est justifiée par d'autres présentées comme vraies. »⁷⁸ Il s'agit d'une opération mentale.

Notons qu'en général, dans le langage courant, ce sont les prémisses seules qui sont considérées comme des arguments. En réalité, prémisses et conclusions sont relatives les unes aux autres ce qui ne permet pas d'évaluer une prémisse (l'argument du langage courant) sans se référer à sa

76. Ibid., p. 23.

77. Ibid., p. 25.

78. Ibid., p. 31.

conclusion. Ainsi il est nécessaire de considérer l'argument comme étant le bloc (prémisse(s)-inférence-conclusion(s)). Comme nous le verrons pour la partie évaluative, c'est tout ce bloc qui doit être analysé. Voici un court exemple :

Prémisse 1 – Madame X est diabétique.

Prémisse 2 – Le diabète est une maladie.

Inférence - Donc

Conclusion – Madame X est malade.

Évidemment l'inférence n'est pas quelque chose de « visible » mais représente cette opération mentale qui nous fait considérer comme étant justifié le fait que Madame X soit malade étant donné que Madame X est diabétique et que le diabète est une maladie.

2.3 Première phase de l'analyse : l'identification des arguments

2.3.1 Étape préliminaire

L'étape préliminaire consiste à identifier les thèses principales du texte ou du discours et à évaluer leur importance hiérarchique et leur niveau de dépendance (car ce sont souvent les conclusions des arguments).

2.3.2 Étape 1 : identification des prémisses et des conclusions

Les prémisses et les conclusions, après avoir été identifiées, seront numérotées.

- Outils d'identification

Pour identifier les prémisses, nous rechercherons la présence de *connecteurs* : « On appelle *connecteurs* ou *marqueurs* argumentatifs des mots, des expressions ou des constructions marquant de façon syntaxique la présence d'une prémisse ou d'une conclusion. »⁷⁹ Ces marqueurs ne sont pas toujours présents ou peuvent signifier autre chose qu'un enchaînement logique. Ils nous seront utiles simplement à titre d'indicateurs. En voici quelques exemples : parce que, dès lors que, en effet, car, puisque, etc.

- Vérification de l'ordre logique

L'ordre dans lequel se trouve les prémisses et les conclusions dans un texte ne correspond pas nécessairement à l'ordre logique prémisse(s)-conclusion(s). Une fois l'identification

79. Ibid., p. 83.

réalisée, intercaler « donc » ou « par conséquent » entre les supposées prémisses et la supposée conclusion permettra d'évaluer qu'un ordre logique est respecté dans la retranscription.

- Identification des prémisses nulles

Les *prémisses nulles* sont selon Dufour les « propositions apportant une information contextuelle sur l'argument sans pour autant étayer la conclusion. »⁸⁰. Si nous reprenons notre exemple précédent, cela peut donner :

Prémisse nulle – Il existe deux types de diabète.

Prémisse 1 – Madame X est diabétique.

Prémisse 2 – Le diabète est une maladie.

Inférence – Donc

Conclusion – Madame X est malade.

- Identification des prémisses négatives

Les *prémisses négatives* sont des prémisses qui infirment la conclusion mais qui sont présentées dans le texte pour une mise en balance avec les autres prémisses. Toujours avec notre exemple précédent :

Prémisse 1 – Madame X est diabétique.

Prémisse 2 – Le diabète est une maladie.

Prémisse négative – Madame X vit très bien avec son diabète.

Inférence – Donc

Conclusion – Madame X est malade.

2.3.3 Étape 2 : la retranscription des arguments

- La présentation des arguments

Toutes les prémisses seront écrites les unes à la suite des autres. Chaque prémisse, numérotée, sera écrite sur une ligne à raison d'une par ligne.

80. Ibid., p. 95.

Les conclusions aussi seront numérotées et seront placées à raison d'une par ligne. Le groupe des conclusions est introduit par « donc » à l'image de l'exemple de la partie précédente :

Prémisse 1 – Madame X est diabétique.

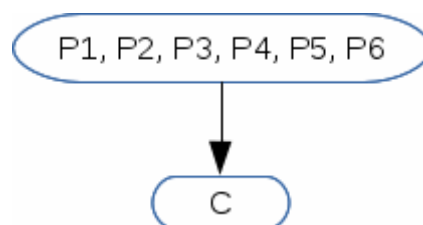
Prémisse 2 – Le diabète est une maladie.

Inférence – Donc

Conclusion – Madame X est malade.

- Schématisation

À la suite de leur retranscription, les arguments seront schématisés de la manière suivante :



Le cadre supérieur inclut les prémisses qui sont soit séparées par une virgule si elles sont indépendantes, soit mises entre parenthèses et séparées par un signe plus si elles sont liées. La flèche symbolise l'inférence. Dans le cadre inférieur se trouve la conclusion.

2.4 Deuxième phase de l'analyse : l'évaluation des arguments

Ici, il s'agit plus de présenter les différents paramètres que nous allons évaluer que la méthode qui nous permettra de le faire. En effet, à ce niveau-là, c'est à notre argumentation seule que nous nous en remettons. Comme le dit Dufour, « L'argumentation appelle l'argumentation ».

Voici donc les différents critères que nous allons évaluer pour chaque argument :

- 1) la *vérité* ou l'*acceptabilité* de chaque prémisse ;
- 2) la *pertinence* de chaque prémisse au regard de la conclusion ; pour évaluer cette pertinence, nous retiendrons la définition qu'en donne Dufour :

De façon générale, nous dirons qu'aux yeux d'un agent, une proposition P est pertinente pour une proposition Q si, lorsque celle-ci est présentée sous forme interrogative (« Q ? »), P facilite pour cet agent, le tri ou la prise de position parmi les réponses qu'il juge possible à cette question.⁸¹

81. Ibid., p. 135.

3) la force de la justification des prémisses au regard de la conclusion.

Une fois ces trois points examinés, nous procéderons à une évaluation globale en nous appuyant sur la conception de Dufour :

Un argument est dit "robuste" s'il présente les trois caractéristiques suivantes :

- ses prémisses sont toutes vraies ;
- ses prémisses sont toutes pertinentes par rapport à la conclusion, soit indépendamment, soit en liaison avec d'autres prémisses ou d'autres informations périphériques ;
- ses prémisses suffisent à garantir la vérité des conclusions.⁸²

3. Analyse critique de l'argumentaire de l'OMS

3.1 Présentation de l'échantillon

L'échantillon analysé a été prélevé dans le dernier rapport de l'OMS⁸³. Il s'agit du « Résumé d'orientation » qui s'étend de la page 11 à la page 13 (voir Annexe 1 Comment l'OMS justifie-t-elle la médecine intégrative ?) noter que dans ce mémoire, nous nous sommes bornés à l'analyse de cet échantillon pour plusieurs raisons que nous évoquerons à la fin de notre analyse (voir page 38).

3.2 Identification des arguments

Information périphérique 1. La « couverture sanitaire universelle » (CSU) n'est pas clairement définie par l'OMS malgré une rubrique définition pour ce concept sur son site internet⁸⁴. La CSU y est présentée par son but : «Le but de la couverture universelle en matière de santé est de faire en sorte que tous les individus aient accès aux services de santé dont ils ont besoin sans que cela n'entraîne pour les usagers de difficultés financières. »⁸⁵ À la lecture du reste de la page web, on peut supposer qu'il s'agit d'un dispositif politique concernant l'organisation des soins pour un État donné. Ce dispositif assurerait le but posé par l'OMS ci-dessus.

Information périphérique 2. L'OMS utilise le terme « médecine traditionnelle » comme englobant les termes de « médecine complémentaire » et de « médecine alternative ». En vertu de notre choix de départ, nous utiliserons l'acronyme « MAC » durant la retranscription et l'analyse des arguments.

82. Ibid., p. 142.

83. A. Burton, T. Falkenberg, M. Smith, Q. Zhang, et X. Zhang, *Stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle pour 2014-2023*, op. cit.

84. OMS | Qu'est-ce que la couverture universelle en matière de santé ?, http://www.who.int/features/qa/universal_health_coverage/fr/, consulté le 11 janvier 2016.

85. Ibid.

3.2.1 Premier argument

Tableau 2: Première partie de l'argumentaire de l'OMS (argument 1)⁸⁶

P1 – Les MAC constituent un pan important des services de santé.
P2 – Les MAC sont pratiquées depuis bien longtemps.
P3 – Les MAC peuvent potentiellement contribuer à la santé des personnes.
P4 – Les MAC peuvent potentiellement contribuer au bien-être des personnes.
P5 – Une politique active permettra aux MAC de jouer un rôle accru dans la santé des populations.
P6 – Intégrer les MAC dans les systèmes de santé des États assure la promotion de la couverture sanitaire universelle.
DONC
C – Les MAC doivent être intégrées dans les systèmes de santé des États.

Légende. P : prémisse ; C : conclusion

3.2.2 Deuxième argument

Cet argument reprend la conclusion du premier argument comme unique prémisse.

86. Précisons que les prémisses n'apparaissent pas nécessairement tel quel. La plupart d'entre elles sont implicites (souvent sous forme de pétitions de principe pour l'OMS) ou formulées d'une façon trop alambiquée pour être retranscrites brutes.

Tableau 3: Prémises de la deuxième partie de l'argumentaire de l'OMS (argument 2)

P – Les MAC doivent être intégrées dans les systèmes de santé des États.

DONC

C1 – La sûreté des MAC doit être favorisée par la réglementation.

C2 – La sûreté des MAC doit être favorisée par la recherche.

C3 – La sûreté des MAC doit être favorisée par son intégration dans les systèmes de santé.

C4 – L'efficacité des MAC doit être favorisée par la réglementation.

C5 – L'efficacité des MAC doit être favorisée par la recherche.

C6 – L'efficacité des MAC doit être favorisée par son intégration dans les systèmes de santé.

C7 – La disponibilité des MAC doit être augmentée.

C8 – L'accessibilité financière des MAC doit être augmentée.

C9 – Un usage judicieux des MAC par les praticiens doit être promu.

C10 – Un usage judicieux des MAC par les consommateurs doit être promu.

C11 – Les connaissances sur les MAC doivent être renforcées.

C12 – Le rôle et le potentiel des MAC doivent être reconnus.

C13 – Le rôle et le potentiel des MAC doit être compris.

C14 – L'assurance-qualité des MAC doit être renforcée par la réglementation et par la formation.

C15 – La sécurité des MAC doit être renforcée par la réglementation et par la formation.

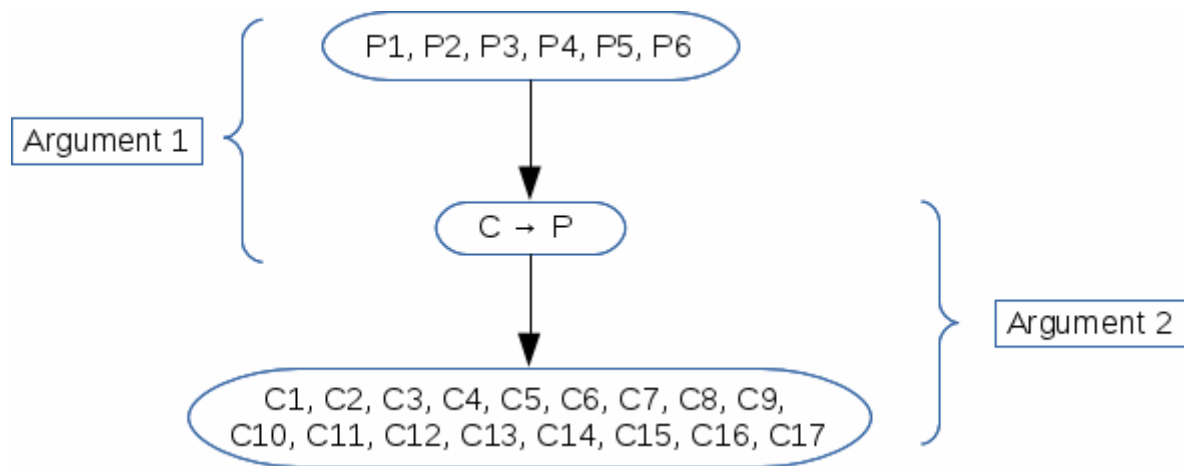
C16 – L'usage approprié des MAC doit être renforcée par la réglementation et par la formation.

C17 – L'efficacité des MAC doit être renforcée par la réglementation et par la formation.

Légende. P : prémisses ; C : conclusions

Deux autres arguments articulés entre eux et une conclusion isolée ont été relevés mais jugés non significatifs au regard de notre sujet. Ces éléments sont présentés à l'annexe 2.

3.2.3 Schématisation de l'argumentation



Légende : le signe " → " indique le passage de la conclusion (C) de l'argument 1 à la prémisses principale (P) de l'argument 2.

Il est intéressant de remarquer que toutes les recommandations stratégiques qui constituent les conclusions du deuxième argument reposent sur une seule prémisses elle-même unique conclusion d'un ensemble de six prémisses. Le deuxième argument reposant entièrement sur le premier, dans la partie suivante, nous nous tiendrons donc uniquement à l'évaluation du premier argument.

3.3 Évaluation des arguments

Avant de commencer, remarquons que d'une manière générale, les prémisses de l'argument identifié précédemment sont toutes plutôt vagues. Ceci va rendre difficile leur évaluation. Pour composer malgré cette difficulté, nous proposerons diverses interprétations là où la précision fait défaut. Naturellement, ces interprétations ne constituent pas une liste exhaustive et certaine.

3.3.1 Vérité et acceptabilité

P1 – Les MAC constituent un pan important des services de santé.

Cette prémisses, en plus d'être floue, est ambiguë. Nous envisageons deux possibilités d'interprétation pour cette prémisses :

- (a) soit elle peut signifier que les MAC sont répandues ;
- (b) soit elle peut signifier que les MAC jouent un rôle significatif pour la santé des populations qui y ont recours.

Selon la première interprétation (a), dans une acceptation élargie de l'idée de « services de santé » et sans oublier que l'OMS utilise le terme « médecine traditionnelle » de manière équivalente à « médecine alternative » ou à « médecine complémentaire », nous jugeons cette prémisse acceptable. Nous ne la jugeons pas vraie car des précisions sur le type de MAC considérées sont requises.

Selon la deuxième interprétation (b), sans plus de précision, il n'est pas possible pour nous de statuer sur la vérité ou l'acceptabilité de cette prémisse. Les précisions requises *a minima* seraient : 1) les pratiques des MAC considérées ; 2) les maladies pour lesquelles elles joueraient un rôle ; 3) la teneur de ce rôle (thérapeutique, préventif, diagnostique, autres). Il s'avère en effet qu'aujourd'hui la plupart des MAC ont soit échoué à présenter un effet thérapeutique spécifique dans des conditions d'évaluation contrôlées (Reiki, Feng Shui, Thérapie craniosacrée, *etc.*)⁸⁷, soit n'ont pas été évaluées⁸⁸. Il est donc probable qu'avec plus de précisions, selon la deuxième interprétation que nous avons proposée, ou bien nous jugions cette prémisse fautive, ou bien nous jugions impossible de statuer sur sa valeur de vérité. À la lumière des prochaines prémisses, nous verrons lors de l'analyse générale de l'argument s'il est possible de retenir l'une ou l'autre des interprétations proposées précédemment.

P2 – Les MAC sont pratiquées depuis bien longtemps.

De ce qui est entendu par « bien longtemps » va dépendre le jugement de la véracité de cette prémisse. Les contours de l'ensemble des MAC ne sont en effet discernables que depuis l'émergence d'une médecine scientifique dont l'expansion n'a eu lieu que récemment⁸⁹. Sans plus s'attarder sur cette prémisse, nous dirons que nous la jugeons acceptable.

P3 – Les MAC peuvent potentiellement contribuer à la santé des personnes.

Ici, nous négligeons l'expression « peut potentiellement »⁹⁰. Il reste donc : « Les MAC contribuent à la santé des personnes. ».

Cette prémisse s'apparente à la prémisse 1 dans sa deuxième interprétation (b). Elle appelle donc le même type d'évaluation.

87. S. Singh et E. Ernst, *Trick or Treatment ?*, *op. cit.*

88. *Ibid.*

89. M. Ramsey, « *Medical Pluralism in Early Modern France* », *op. cit.*

90. Les modalités aléthiques comme « peut potentiellement » sont abondantes dans le document de l'OMS. Si l'on choisit de les prendre en compte et de considérer qu'une prémisse attachée à cette modalité de ce type perd toute substance, tout l'argumentaire de l'OMS s'effrite d'emblée. L'avantage réside dans une économie de travail mais l'inconvénient est de passer à côté d'argument intéressant où la modalité n'intervient que comme précaution oratoire.

P4 – Les MAC peuvent potentiellement contribuer au bien-être des personnes.

Nous négligeons également ici le « peut potentiellement » pour retenir : « Les MAC contribuent au bien-être des personnes. ». Nous avons donc une prémisse vague et de portée atténuée avec le « contribue » doublée d'un flou sur le « des personnes » et triplée d'une incertitude sur le concept de « bien-être ». Admettons une conception élargie du concept de « bien-être ». Si par « des personnes » il est entendu « certaines personnes » (interprétation (a)), alors les données sociologiques et anthropologiques⁹¹ ainsi que l'expérience de vie courante attestent de la vérité de cette prémisse. En revanche, s'il est entendu par « des personnes », « toutes les personnes qui ont recours aux MAC » (interprétation (b)), alors nous jugeons la prémisse fautive. En effet, même si les MAC peuvent indiscutablement apporter un réconfort, un bien-être à certaines personnes, il est aussi indiscutable que ces mêmes MAC peuvent être la source de sérieux désagréments. Citons à titre d'exemples les dissections de l'artère vertébrale pour les manipulations vertébrales⁹², les pneumothorax et infections pour l'acupuncture⁹³ ou les pertes de chance par détournement des traitements efficaces pour l'homéopathie⁹⁴. Dans la même veine que pour l'homéopathie, on peut également citer cette étude de Pantelic et *al.* de 2015⁹⁵, qui a mis en évidence que le recours aux MAC était un facteur prédictif négatif d'un recours à des traitements antiviraux efficaces chez des patients séropositifs en Afrique du Sud.

P5 – Une politique active permettra aux MAC de jouer un rôle accru dans la santé des populations.

Encore une fois cette prémisse est floue et difficile à évaluer. Qu'est-il entendu par « politique active » ou par « jouer un rôle dans la santé des populations » ? Pour « politique active » nous supposons que l'OMS veut parler de politique intégrative des MAC.

Nous constatons que cette prémisse 5 inclut la prémisse 1 à savoir : « Les MAC jouent un rôle dans l'amélioration de la santé de la population ». Nous renvoyons donc à l'interprétation (b) de cette prémisse 1 qui débouchait sur un jugement de fausseté ou d'impossibilité à statuer sur sa valeur de vérité.

91. O. Schmitz, *Les Médecines en parallèle*, op. cit.

92. E. Ernst, « Adverse effects of spinal manipulations : a systematic review », *Journal of the Royal Society of Medicine*, juillet 2007, vol. 100, no 7, p. 330-338.

93. J. Zhang, H. Shang, X. Gao, et E. Ernst, « Acupuncture-related adverse events : a systematic review of the Chinese literature », *Bulletin of the World Health Organization*, décembre 2010, vol. 88, no 12, p. 915-921C.

94. S. Singh et E. Ernst, *Trick or Treatment ?*, op. cit., p. 186-187.

95. M. Pantelic, L. Cluver, M. Boyes, E. Toska, C. Kuo, et M. Moshabela, « Medical Pluralism Predicts Non-ART Use among Parents in Need of ART : A Community Survey in KwaZulu-Natal, South Africa », *AIDS and Behavior*, janvier 2015, vol. 19, no 1, p. 137-144.

P6 – Intégrer les MAC dans les systèmes de santé des États assure la promotion de la couverture sanitaire universelle.

L'évaluation de cette prémisse nécessite l'information périphérique 1 (voir page 27).

À la lumière de cette information périphérique, nous proposons de reformuler la prémisse 6 ainsi :

« Intégrer les MAC dans les systèmes de santé des États participe au but de la couverture sanitaire universelle ».

Pour rappel le but de la CSU est le suivant : « Le but de la couverture universelle en matière de santé est de faire en sorte que tous les individus aient accès aux services de santé dont ils ont besoin sans que cela n'entraîne pour les usagers de difficultés financières. »⁹⁶

Tout d'abord, évaluer la véracité ou l'acceptabilité de cette prémisse implique d'analyser le but de la couverture sanitaire universelle. Une partie de ce but nous apparaît problématique à cause de l'expression : « services de santé dont ils ont besoin ». De quels besoins est-il question ? Comment sont-déterminés ces besoins de service de santé ? Sont-ils déterminés par les individus eux-mêmes ou par un tiers institutionnel ?

Pour la suite de l'évaluation de cette prémisse, nous proposons deux réponses à cette dernière question :

- (1) les besoins en services de santé sont déterminés par les individus eux-mêmes ;
- (2) les besoins en services de santé sont déterminés par un tiers institutionnel.

Ensuite, concernant la prémisse en elle-même, il n'est pas possible de savoir ici de quelles MAC l'OMS parle. Les médecines traditionnelles, alternatives et complémentaires réfèrent à plusieurs centaines de pratiques différentes uniquement en Europe. Pour l'évaluation de cette prémisse nous considérerons les choses de deux façons :

- (a) l'OMS parle de toutes les MAC ;
- (b) l'OMS parle de certaines MAC seulement.

Nous allons maintenant examiner les quatre cas de figures possibles : (1a), (1b), (2a), (2b).

(1a) Selon ce cas de figure, dès qu'un individu (x) estimera avoir besoin d'une MAC (y) alors intégrer cette MAC (y) contribuera à la CSU. La prémisse 6 est donc vraie dans ce cas.

96. « OMS | Qu'est-ce que la couverture universelle en matière de santé ? », *op. cit.*

(1b) Selon ce cas de figure, il est possible qu'un individu (x) estime avoir besoin d'une MAC (y) mais que celle-ci ne fasse pas partie des MAC considérées par l'OMS. La prémisse 6 est donc fausse.

Pour considérer les cas de figure (2a) et (2b), il est nécessaire de savoir quel tiers institutionnel et quels critères sont impliqués dans la détermination des besoins en service de santé des individus. Nous ne faisons pas d'hypothèse ici et jugeons non-évaluable la prémisse dans ces deux cas de figure dans l'attente de plus d'information.

3.3.2 Pertinence

D'après la définition que nous avons reprise chez Dufour pour la pertinence (voir page 26), nous estimons que si nous négligeons le caractère vague de chacune des prémisses, toutes sont pertinentes au regard de la conclusion de l'argument.

3.3.3 Justification

P1 – Les MAC constituent un pan important des services de santé.

Nous avons envisagé deux possibilités d'interprétation pour cette prémisse que nous rappelons ici :

(a) soit elle peut signifier que les MAC sont répandues ;

(b) soit elle peut signifier que les MAC jouent un rôle significatif pour la santé des populations qui y ont recours.

Dans le cas (a), le fait qu'une pratique thérapeutique soit répandue ne justifie pas que celle-ci soit intégrée au sens défini par l'OMS (voir pages 19-20). Au XIX^e siècle, François Joseph Victor Broussais, médecin français, enseignait que l'on pouvait guérir toutes les fièvres par des saignées par sangsues. Ses enseignements eurent un succès retentissant et la France importa à l'époque des millions de sangsues (42 millions pour la seule année 1833)⁹⁷. Pourtant des évaluations contrôlées ultérieures montrèrent que non seulement cette pratique était inefficace pour une écrasante majorité d'affections mais qu'en plus elle majorait le risque de décès par rapport à des individus non soignés (pour les infections pulmonaires par exemple, appelées alors pneumonie)⁹⁸. S'il existe aujourd'hui des pratiques non évaluées et répandues, comme ce fut le cas pour la saignée, justifier leur intégration sur la seule base de leur popularité n'est pas recevable.

97. A. Morabia, « La convergence historique de l'épidémiologie et de la médecine clinique », L'émergence de la médecine scientifique, Éditions Matériologiques, Paris, 2012, p. 80-81.

98. *Ibid.*

Dans le cas de l'interprétation (b), si nous supposons que le rôle des MAC considérées par l'OMS est un rôle positif pour la santé de la population alors la prémisse 1 justifie la conclusion. Si nous supposons encore que ce rôle tient compte d'une balance bénéfiques/risques (c'est-à-dire que les bénéfiques sont supérieurs aux risques) alors cette prémisse suffit à justifier la conclusion.

P2 – Les MAC sont pratiquées depuis bien longtemps.

Cette prémisse est un *argumentum ad antiquitatem* encore appelé « appel à la tradition » ou encore « argument d'historicité ». Ce type de prémisse s'appuie sur au moins quatre présupposés contestables (les deux derniers fonctionnent de pair) :

- 1) la pratique « pratiquée depuis bien longtemps » était justifiée au moment où elle a été introduite dans le passé ;
- 2) les justifications qui ont conduit à l'introduction de la pratique dans le passé sont toujours valables aujourd'hui ;
- 3) le temps qui passe renforce la justification d'une pratique (ainsi plus le temps passe, plus il est légitime de continuer) ;
- 3') le grand nombre de personnes qui ont eu recours à une pratique dans le passé renforce la justification de cette pratique (c'est une forme d'*argumentum ad populum*).

Pour revenir à notre propos, imaginons la création d'une nouvelle pratique thérapeutique que nous appellerons la « globulothérapie ». Cette pratique serait en tout point similaire à la pratique de la saignée de l'époque mais avec des ustensiles modernes. Elle reprendrait point par point les arguments théoriques avancés à l'époque pour la saignée et revendiquerait d'ailleurs une filiation historique. Il est de notre point de vue évident que le fait que la saignée a été *pratiquée depuis bien longtemps* ne pourrait justifier en rien l'intégration de la globulothérapie à un système de santé quelconque.

P3 – Les MAC peuvent potentiellement contribuer à la santé des personnes.

Cette prémisse est similaire à la prémisse 1 interprétation (b).

P4 – Les MAC peuvent potentiellement contribuer au bien-être des personnes.

Cette prémisse justifie selon nous la conclusion mais n'est pas suffisante pour la justifier. De nombreuses activités, pratiques humaines peuvent potentiellement contribuer au bien-être des personnes : pratiquer l'équitation, écouter de la musique, aller manger dans un bon restaurant, lire

un livre passionnant, etc. Il est clair pour nous que ceci ne justifie pas, de manière isolée, une conclusion telle que celle de l'argument de l'OMS.

P5 – Une politique active permettra aux MAC de jouer un rôle accru dans la santé des populations.

Comme nous l'avons vu précédemment, cette prémisse inclut la prémisse 1, interprétation (b). Nous renvoyons le lecteur à cette analyse.

P6 – Intégrer les MAC dans les systèmes de santé des États assure la promotion de la couverture sanitaire universelle.

Nous pensons que l'évaluation de la justification entre cette prémisse et la conclusion est dépendante de la valeur morale que l'on accorde à la CSU. Quand nous prenons connaissance du but de la CSU, nous glissons spontanément vers la valeur « bien » et c'est sur cette sensation spontanée que nous nous appuyons. Par conséquent, nous estimons que cette prémisse justifie la conclusion et qu'elle est suffisante pour cela.

Les prémisses 3 et 5 se sont avérées redondantes avec la prémisse 1. Pour cela, nous ne les avons pas incorporées dans l'évaluation générale de l'argument.

3.3.4 Synthèse de l'analyse

Tableau 4 : Récapitulatif des prémisses de l'argument 1 de l'OMS

P1 – Les MAC constituent un pan important des services de santé.
P2 – Les MAC sont pratiquées depuis bien longtemps.
P4 – Les MAC peuvent potentiellement contribuer au bien-être des personnes.
P6 – Intégrer les MAC dans les systèmes de santé des États assure la promotion de la couverture sanitaire universelle.

Tableau 5 : Synthèse de l'analyse de l'argument 1 de l'OMS

Prémisse		Vérité, acceptabilité	Pertinence	Justification
P1	Int. (a)	Acceptable	Oui	Non
	Int. (b)	Incertaine	Oui	Oui / isolément
		Fausse		
P2		Acceptable	Oui	Non
P4	Int. (a)	Vraie	Oui	Oui / non-isolément
	Int. (b)	Fausse		
P6	Int. (1a)	Vraie	Oui	Oui / isolément
	Int. (1b)	Fausse		
	Int. (2a)	Incertaine		
	Int. (2b)			
<i>C – Les MAC doivent être intégrées dans les systèmes de santé des États.</i>				

Légende. Int. : interprétation

Pour rappel :

Un argument est dit "robuste" s'il présente les trois caractéristiques suivantes :

- ses prémisses sont toutes vraies ;
- ses prémisses sont toutes pertinentes par rapport à la conclusion, soit indépendamment, soit en liaison avec d'autres prémisses ou d'autres informations périphériques ;
- ses prémisses suffisent à garantir la vérité des conclusions.⁹⁹

Il est clair selon notre analyse critique synthétisée dans le tableau précédent que l'argument de l'OMS n'est pas robuste. Maintenant il est difficile de dire que l'argument est faible dans la mesure où les prémisses importantes (celles qui pourraient, par vérité, assurer la solidité de l'argument : la prémisse 1 et la prémisse 6) sont soit vraies mais selon certaines interprétations, soit non-évaluables selon d'autres interprétations.

3.4 Conclusion de l'analyse

Le pluralisme médical est un fait social indiscutable. Non seulement les individus en tant que patients ont recours à de multiples pratiques thérapeutiques hors des parcours de soins conventionnels mais l'offre de thérapeutiques est pléthorique. Pour parler de ce pluralisme, il est bien difficile aujourd'hui de se passer de la catégorisation polarisante qui comme nous l'avons vu renvoie à une terminologie variée. Un positionnement tant intellectuel que politique qui se nomme « médecine intégrative » correspond à la volonté de réunir les différents pôles en un système de

99. M. Dufour, Argumenter - Cours de logique informelle, op. cit., p. 142.

santé « intégré ». L'OMS fait partie des acteurs institutionnels ayant érigé ce courant de pensée en stratégie politique : les États doivent intégrer les médecines non conventionnelles à leur système de santé. Pour qu'une institution comme l'OMS défende une telle stratégie, nous nous attendions à ce qu'elle propose un argumentaire robuste. D'autant plus que cette idée de médecine intégrative fait débat. Nous avons donc souhaité réaliser une analyse critique de cet argumentaire en examinant un échantillon du dernier rapport de l'OMS sur le sujet. Pour cela, nous avons proposé un cadre méthodologique minimal afin de donner de la transparence à notre démarche d'analyse et pour la soumettre à son tour à la critique. Il ressort de notre analyse critique que l'argumentaire de l'OMS en faveur d'une médecine intégrative tient en un argument. Cet argument ne peut être considéré comme robuste mais ne peut pas non plus être considéré comme faible. En effet les prémisses qui lui assureraient sa solidité ont soit une valeur de vérité dépendante de l'interprétation que l'on en fait, soit une valeur de vérité qui ne peut être appréciée en s'appuyant uniquement sur notre échantillon. Parmi ces prémisses, la première stipule que « Les MAC constituent un pan important des services de santé. » Interprétée dans le sens où les MAC auraient une efficacité thérapeutique spécifique¹⁰⁰ pour une ou plusieurs maladies, cette prémisse est pertinente et peut justifier à elle seule la conclusion. Seulement elle nécessite des précisions qui ne sont pas disponibles telles que le type de MAC et le type de problème de santé que cette MAC est censé gérer. S'il s'agit de la prière d'intercession par exemple, alors la prémisse est fautive puisque cette pratique a échoué à montrer un effet thérapeutique pour une maladie quelconque dans des conditions contrôlées^{101,102}. En revanche, s'il s'agit de la pratique d'activité physique, les données abondent dans le sens d'effets positifs pour de nombreuses affections¹⁰³. Seulement il est évident qu'avec ce genre de précision, la prémisse perd en « force de justification » car si elle ne concerne que quelques MAC pour quelques pathologies alors elle ne justifie plus que partiellement la conclusion. Elle n'est plus suffisante. Quant à la prémisse 6, elle peut selon deux des quatre interprétations que nous avons proposées soit être vraie, soit être incertaine. De surcroît, rappelons que nous avons selon un principe de charité

100. L'*efficacité thérapeutique spécifique* d'un traitement est à distinguer de l'*efficacité thérapeutique globale*. Cette dernière inclut l'*efficacité thérapeutique spécifique* et l'*efficacité thérapeutique non spécifique*. L'*efficacité thérapeutique non spécifique* inclut elle-même l'*effet placebo* et l'effet résultant de l'*évolution naturelle de la maladie*. L'*effet placebo* est l'effet thérapeutique qui peut être engendré par le simple fait de se voir administrer ou de s'auto-administrer un traitement dépourvu de propriétés thérapeutiques. Ce sont le rituel de l'administration et les propriétés phénoméniques du traitement (couleur, goût, forme, etc.) qui peuvent créer cet effet. L'*évolution naturelle de la maladie* ou *histoire naturelle de la maladie* correspond à l'évolution d'une maladie en l'absence de traitement. Celle-ci peut être favorable, défavorable, oscillante, récurrente, etc.

101. D.R. Hodge, « A Systematic Review of the Empirical Literature on Intercessory Prayer », *Research on Social Work Practice*, mars 2007, vol. 17, no 2, p. 174-187.

102. K.S. Masters, G.I. Spielmanns, et J.T. Goodson, « Are there demonstrable effects of distant intercessory prayer ? A meta-analytic review », *Annals of Behavioral Medicine : A Publication of the Society of Behavioral Medicine*, août 2006, vol. 32, no 1, p. 21-26.

103. Expertise collective, *Activité physique - Contextes et effets sur la santé*, INSERM, 2008.

fait fi des modalités aléthiques présentes à tous les niveaux de l'argumentaire. Pour ces raisons, nous affirmons que les arguments de l'OMS pour défendre un projet de médecine intégrative sont faibles et dépourvus de substance.

Comme nous l'avons évoqué lors de la présentation de l'échantillon du rapport de l'OMS, nous n'avons pas souhaité étendre notre analyse à l'ensemble du document. Tout du moins, nous n'avons pas souhaité présenter de manière formelle une analyse que nous avons réalisée informellement. La première raison à cela est que l'analyse de l'argumentaire de l'OMS ne constitue qu'une partie de notre problématique générale et sert surtout de tremplin pour aborder les parties suivantes de notre travail. La deuxième raison est que l'on ne trouve pas d'autres arguments dans le reste du rapport qui pourraient infléchir nos conclusions. Conclusions qui se trouvent renforcées par une brève lecture et analyse du deuxième argument de l'OMS, lequel ne sera pas analysé en détail (voir page 28). Les conclusions de ce deuxième argument contiennent en effet de multiples pétitions de principe et de véritables non-sens. À titre illustratif, citons : « L'efficacité des MAC doit être renforcée par la réglementation et par la formation. » ou encore « L'efficacité des MAC doit être favorisée par la recherche. » Tout d'abord, dire que l'efficacité des MAC (lesquelles ?) *doit être renforcée* signe une pétition de principe manifeste sur l'efficacité des MAC. Cette efficacité est sous-entendue sans ambiguïté. Ensuite prétendre que l'efficacité des MAC ou autrement dit que l'efficacité d'un traitement peut être *renforcée* ou *favorisée* par la recherche n'a évidemment pas de sens. La recherche permet de tester si oui ou non un traitement est efficace et en aucun cas de le renforcer ou de le favoriser ! Quant à la réglementation, si on peut concevoir qu'elle puisse permettre de favoriser l'accès à tel ou tel traitement, on ne voit pas comment celle-ci peut être un facteur d'optimisation du traitement *en lui-même*¹⁰⁴. La troisième raison est qu'il est probable que pour des raisons politiques l'OMS ait adopté d'autres critères pour construire son projet que ceux de la vérité ou de la pertinence argumentaire. Enfin, parler d'intégrer les MAC *en général* comme le fait l'OMS n'a pas de sens non plus. Ce que nous nous sommes attelé à démontrer dans la suite de notre travail en précisant à la fois *ce que sont* les MAC, et à la fois en analysant le concept de « médecine intégrative »¹⁰⁵.

104. En fait, on peut aussi concevoir que la réglementation favorise l'efficacité d'un traitement au *niveau populationnel*. C'est par exemple le cas de la vaccination qui peut s'avérer efficace au *niveau individuel* sans l'être au niveau populationnel. Ainsi, réglementer pour élargir la couverture vaccinale peut améliorer l'efficacité au *niveau populationnel*. Néanmoins, ce cas de figure est valable dans la mesure où le vaccin en question a *déjà montré* une efficacité au niveau individuel.

105. Dans la suite de ce mémoire, lorsqu'il sera à nouveau question d'argumentation, nous abandonnerons par souci de légèreté la présentation dictée par notre cadre méthodologique. En outre, nous opterons pour le terme « argument » en lieu et place de « prémisse » comme cela est d'usage dans le langage courant.

Partie II

Que sont les « médecines alternatives et complémentaires » ?

4. Outils d'analyse conceptuelle

Nous soutiendrons dans cette partie que le concept de MAC est un ensemble flou, une catégorie de ressemblance prototypique et un artefact déontique. Pour cela, nous présenterons d'abord quelques éléments apportés par le philosophe de la médecine Kazem Sadegh-Zadeh¹⁰⁶ qui vont nous permettre de penser le concept de « médecine alternative et complémentaire » et de justifier la terminologie employée ci-dessus. Ce sont ces éléments que nous appelons « outils d'analyse conceptuelle ».

4.1 La critique du commun-à-tous

Le premier élément consiste en la critique du principe du *commun-à-tous* ou de la conception classique des catégories héritées d'Aristote et de Platon. Selon cette conception, il est possible de déterminer un nombre fini de caractéristiques communes pour une catégorie A appartenant à une super-catégorie Ω . Ainsi ces caractéristiques ne seraient pas possédées par les autres sous-catégories B, C, D, *etc.* de Ω . Par exemple, selon cette conception, si l'on considère l'ensemble Ω *être humain* ainsi que la sous-catégorie *femme*, alors cette sous-catégorie *femme* possède un nombre fini de caractéristiques communes que ne possède aucun membre de la sous-catégorie *homme* de Ω . Si cette conception classique, empruntée aux sciences formelles, est tout à fait pertinente pour des concepts comme celui de *carré* ou de *nombre pair*, elle est selon Sadegh-Zadeh inappropriée pour l'ensemble des catégories non formelles de la vie courante et de l'écrasante majorité des concepts utilisés en médecine (maladie, santé, dépression, infarctus du myocarde, *etc.*). Comme nous le verrons, bien que Sadegh-Zadeh n'adopte pas d'engagement explicite à propos de sciences empiriques autres que la biologie, ces considérations peuvent selon nous être étendues. Nous en donnerons une illustration avec l'astrophysique. Un exemple, aisément appréhendable, que donne Sadegh-Zadeh d'une catégorie de la vie courante qui échappe à la conception classique est la catégorie *enfant* qu'il compare à la catégorie *nombre pair*. Pour cette dernière catégorie, la limite entre l'ensemble des *nombres pairs* et l'ensemble des *nombres impairs* est nette et sans ambiguïté. N'importe quel nombre pris au hasard parmi l'ensemble des entiers naturels appartient ou n'appartient pas à l'une ou l'autre des deux catégories. En revanche, concernant la catégorie *enfant*, il est impossible de distinguer une limite nette à partir de laquelle un être humain n'appartient plus à la catégorie. Nous verrons par la suite que la catégorie MAC, à l'instar de la catégorie *enfant* ne se prête pas à la conception classique des catégories.

106. K. Sadegh-Zadeh, *Handbook of Analytic Philosophy of Medicine*, Édition 2012, Dordrecht ; New York, Springer, 2011.

4.2 Le concept d'ensemble flou

4.2.1 Définitions

À partir de la critique précédente, nous pouvons maintenant présenter la deuxième composante de notre argument que nous empruntons encore une fois à Sadegh-Zadeh. Ce dernier, pour résoudre le problème de la manipulation des concepts *non-classiques*¹⁰⁷, introduit le concept d'*ensemble flou*. Historiquement, le concept d'ensemble flou a été élaboré dans les années 1960 par Lotfi Zadeh, mathématicien, logicien et informaticien d'origine Azerbaïdjanaise et formé aux États-Unis. À partir de ce concept, Zadeh a construit un vaste édifice théorique : la logique floue (*fuzzy logic*)¹⁰⁸. D'un point de vue technique, un ensemble flou se définit comme suit.

Définition 1 (sous-ensemble flou d'un univers de discours). Si Ω est un ensemble quelconque d'objets alors A est un *sous-ensemble flou* de Ω si et seulement si il existe une fonction μ_A telle que :

1. $\mu_A : \Omega \mapsto [0,1]$
2. $A = \{(x, \mu_A(x)) \mid x \in \Omega\}$

où μ_A est une fonction qui à chaque membre x_i de Ω associe un nombre réel compris dans l'intervalle $[0,1]$. $\mu_A(x_i)$ est appelé *degré d'appartenance* de x_i au sous-ensemble flou A de Ω .

Définition 2 (ensemble flou). A est un *ensemble flou* si et seulement s'il existe un univers de discours Ω tel que A est un *sous-ensemble flou* de Ω .¹⁰⁹

Dans le cas d'une fonction caractéristique pour un ensemble classique, la fonction $\mu_A(x)$ assigne à chaque élément d'un univers de discours Ω , ou la valeur "0" ou la valeur "1". Cette conception classique des ensembles est adaptée aux sciences formelles avec des concepts comme celui de *carré* ou de *nombre pair* mais non à des catégories de la vie courante comme la catégorie *enfant*. Comme nous l'avons évoqué, il est en effet impossible de distinguer nettement à partir de quand un individu qui fut un enfant (valeur "1") n'est plus un enfant (valeur "0"). Grâce au concept d'ensemble flou, il devient possible de manipuler de manière formelle cette catégorie « enfant » en assignant à chaque membre de l'univers de discours *être humain* un degré d'appartenance au sous-ensemble flou *enfant* compris dans l'intervalle $[0,1]$. Ceci implique de considérer que n'importe quel être humain puisse être plus ou moins un enfant avec une étendue variable comprise entre 0 et 1. Comme le fait remarquer Sadegh-Zadeh, le concept d'ensemble flou permet de se débarrasser des paradoxes

107. Les concepts *non-classiques* s'opposent aux concepts *classiques* réductibles à un nombre fini de caractéristiques (carré, nombre pair, etc.).

108. La logique floue au sens large comprend bien plus que les composants habituels d'une logique quelconque (alphabet, termes, formules, etc.). La logique floue inclut la théorie des ensembles flous, la théorie des variables linguistiques, la théorie des inférences floues, la théorie des possibilités et la théorie du calcul avec des mots.

109. K. Sadegh-Zadeh, *Handbook of Analytic Philosophy of Medicine*, op. cit., p. 1074.

sorites. Pour mémoire, un paradoxe sorite comme celui du *tas* pose un problème identique à celui posé par la catégorie *enfant* à savoir : à partir de combien de grains de sable ajoutés à un grain isolé obtient-on un tas ? La difficulté que nous rencontrons alors pour établir une limite entre ce qui relève d'un *tas* ou d'un *non-tas* est la même que pour le couple *enfant vs non-enfant*. Cependant, comme l'explique Sadegh-Zadeh, ce paradoxe se résout si l'on admet que le concept de *tas* est un concept *non-classique* pour lequel l'utilisation du concept *classique* d'ensemble n'est pas adapté. En effet, grâce au concept d'*ensemble flou*, il est possible de considérer qu'un grain isolé constitue un tas d'étendue "0" alors que dix milliards de grains constituent un tas d'étendue "1". Entre ces deux bornes, il devient alors possible de concevoir des tas d'étendues variables. Il persiste tout de même un problème : qui décide et comment d'assigner tel ou tel degré d'appartenance à un élément quelconque d'un ensemble flou ? Nous aborderons d'ici peu cette problématique importante.

4.2.2 Un flou ontologique méthodologique

En attendant, nous souhaitons préciser quel est l'arrière-plan philosophique de Sadegh-Zadeh qui accompagne son idée d'utiliser le concept d'ensemble flou (et plus généralement la logique floue) pour manipuler les concepts issus de la médecine. Sadegh-Zadeh défend un *flou ontologique* (*ontic vagueness*) que nous qualifions de *flou ontologique méthodologique* :

Le flou ontologique est le flou prototypique et la source de tous les autres types de flous authentiques. Il concerne le flou des objets individuels, des classes, des relations, et des situations dans 'le monde hors de nous'. Existe-t-il de telles entités floues ? À quoi ressemble ce flou ? [...] Affirmer ou dénier un flou dans le monde, restera un postulat ontologique dans n'importe quel cas. D'un point de vue pratique, cependant, il apparaît raisonnable de préférer l'affirmative. Cela signifie qu'il est plus raisonnable de supposer qu'il y a des objets individuels flous, des ensembles flous incluant des relations et des situations floues.¹¹⁰

L'adjonction du terme « méthodologique » se justifie selon nous par l'avant-dernière phrase de cette citation. Il apparaît clairement que Sadegh-Zadeh ne revendique pas un flou ontologique pour les choses *en soi* mais un flou ontologique indexé sur l'action. En l'occurrence pour son propos, indexé sur la méthodologie d'analyse philosophique de concepts comme celui de « maladie ». Sadegh-Zadeh donne l'exemple de la transition entre l'être têtard et l'être grenouille pour les objets individuels, l'ensemble des individus chauves pour les classes et le prédicat *être chauve* pour les situations.

110. Ibid., p. 46.

4.3 Catégorie de ressemblance prototypique et principe de similarité

La critique du principe du *commun-à-tous*, et le concept *d'ensemble flou* conduisent à deux nouveaux éléments issus de l'outillage philosophique de Sadegh-Zadeh : le *principe de similarité* et la *catégorie de ressemblance prototypique*. Pour comprendre ces deux concepts, nous devons effectuer un retour vers notre précédente partie. Nous nous posons la question suivante : qui décide et comment d'assigner tel ou tel degré d'appartenance à un élément quelconque d'un ensemble flou ? Comment détermine-t-on par exemple si un individu est jeune, non-jeune ou plus ou moins jeune avec un certain degré d'appartenance ? Pour Sadegh-Zadeh, la détermination d'un degré d'appartenance pour un élément x_i à un ensemble flou A va d'abord se réaliser par l'application d'un *principe de similarité* par rapport à une *catégorie de ressemblance prototypique*. Commençons par introduire ce concept de *catégorie de ressemblance prototypique*.

4.3.1 La catégorie de ressemblance prototypique

Sadegh-Zadeh a forgé ce concept sur la base de la notion de *ressemblance de famille* de Wittgenstein¹¹¹. Wittgenstein, dans son ouvrage *Recherches philosophiques* faisait déjà la critique de la règle du *commun-à-tous* appliquée à la définition de la catégorie *langage* :

Au lieu d'indiquer quelque chose qui est commun à tout ce que nous nommons langage, je dis que pas une chose n'est commune à ces phénomènes, qui nous permettent d'user du même mot, — mais qu'ils sont apparentés les uns aux autres de différentes manières. Et c'est à cause de cet apparentement ou de ces affinités que nous les nommons tous « langages ».

Wittgenstein construit par la suite sa démonstration en prenant l'exemple des « jeux ». Il explique qu'il n'est pas possible de trouver un ensemble fini de caractéristiques communes pour définir ce qu'est un jeu. Si l'on compare un jeu de carte et un jeu d'échec par exemple, nous trouverons évidemment certains traits communs, mais si nous comparons maintenant le jeu d'échec avec un jeu de boules, bien que certains traits communs resteront, d'autres apparaîtront et d'autres disparaîtront. Ainsi, la catégorie « jeux » que nous employons pour désigner différentes activités humaines se fonde sur la base d'une *ressemblance de famille* et non sur la reconnaissance d'un nombre fini de caractéristiques que partagent toutes ces activités. Sadegh-Zadeh reconnaît la valeur de l'intuition de Wittgenstein et la manière dont elle l'a influencé pour créer son concept de *catégorie de ressemblance prototypique*. Sadegh-Zadeh explique cependant qu'il n'a pas souhaité conserver le terme « famille » car il est selon lui porteur d'une ambiguïté. En effet, en utilisant l'idée

111. L. Wittgenstein, *Recherches philosophiques*, traduit par F. Dastur, M. Elie, J.-L. Gautero, D. Janicaud et É. Rigal, Paris, Gallimard, 2014.

de *ressemblance de famille*, il n'est pas possible de savoir si par « famille », on entend que deux éléments a et b se ressemblent *parce qu'ils font partie de la même famille* ou bien si a et b font partie de la même famille *parce qu'ils se ressemblent*. D'où la substitution du terme de *ressemblance de famille* par *catégorie de ressemblance prototypique*. Néanmoins, dans le même esprit que Wittgenstein, Sadegh-Zadeh garde cette idée qu'une *catégorie de ressemblance prototypique* désigne une catégorie irréductible à un nombre fini de caractéristiques dont certains membres apparaissent *plus typiques que d'autres*. Selon Sadegh-Zadeh, cette conception se justifie par les résultats des travaux de la psychologue Eleanor Rosch obtenus dans une série d'expériences menées dans les années 1970¹¹². Dans ses expériences, Eleanor Rosch a conçu des listes de membres de catégories usuelles (oiseaux, fruits, meubles, *etc.*) qu'elle a soumis à des individus en leur demandant d'attribuer une note comprise entre 1 et 7 à chaque membre de la liste. Voici quelle a été une partie de la consigne exacte :

Au sommet de la page figure le nom de la catégorie. En dessous il y a les noms de plusieurs membres de la catégorie. À côté de chaque membre il y a un blanc. Vous évaluez à quel point chaque membre est un bon exemple de la catégorie sur une échelle à 7 niveaux. Le 1 signifie que vous sentez que le membre est un très bon exemple de l'idée que vous vous faites de la catégorie. Le 7 signifie que le membre est loin de l'idée ou de l'image que vous vous faites de la catégorie. Le 4 signifie que le membre y correspond de manière modérée.¹¹³

De cette série d'expériences il est ressorti que les sujets considèrent certains membres comme étant plus typiques que d'autres. Le rouge-gorge et le moineau, par exemple, sont perçus comme plus typiques de la catégorie « oiseau » que le pingouin ou l'émeu (1,02 et 1,18 pour les deux premiers vs 4,38 et 4,53 pour les suivants) ou encore le football et le base-ball sont perçus comme plus typiques de la catégorie « sport » que les cartes ou le bain de soleil (1,03 et 1,05 vs 5,79 et 6,75). Ceci témoigne selon Sadegh-Zadeh de la prégnance du raisonnement par ressemblance prototypique dans la vie courante. Nous avons donc maintenant un premier élément de réponse à notre questionnement : qui décide et comment assigner tel ou tel degré d'appartenance à un élément quelconque d'un ensemble flou ? Il s'agit d'abord d'avoir à disposition une *catégorie de ressemblance prototypique*. Cela nous conduit au deuxième principe proposé par Sadegh-Zadeh qui est le *principe de similarité*.

112. E. Rosch, « Cognitive representations of semantic categories. », *Journal of experimental psychology : General*, 1975, vol. 104, no 3, p. 192.

113. *Ibid.*, p. 198.

4.3.2 Le principe de similarité

Nous considérons qu'un membre appartient ou non à la catégorie en vertu d'un degré de similarité vis-à-vis des membres les plus prototypiques de la catégorie considérée. Techniquement, le degré d'appartenance ou de similarité d'un élément par rapport à une catégorie de ressemblance prototypique peut d'après Sadegh-Zadeh se faire de différentes manières¹¹⁴.

1. On peut déterminer ce *degré d'appartenance* selon une définition stipulative. Pour déterminer si, par exemple, un être humain est jeune ou non, nous pouvons poser la fonction caractéristique de la catégorie floue *jeune* comme suit :

$$\mu_{\text{jeune}}(x) = 1 \quad \text{si } 0 \leq x < 20$$

$$\mu_{\text{jeune}}(x) = 1/30*(50-x) \quad \text{si } 20 \leq x < 50$$

$$\mu_{\text{jeune}}(x) = 0 \quad \text{si } 50 \leq x$$

2. On peut déterminer ce *degré d'appartenance* par une évaluation sur une échelle [0,1].
3. On peut évaluer ce *degré d'appartenance* en utilisant d'abord une échelle bornée par deux valeurs numériques quelconques pour ensuite la ramener sur une échelle [0,1]. Cette dernière manière de procéder est fréquente en médecine avec par exemple l'évaluation de la douleur au moyen d'une *échelle visuelle analogique* (EVA) donnant une valeur comprise entre 0 et 100, mais aussi pour les nombreux scores de qualité de vie ou des tests psychométriques en psychologie.

Il est évident que dans la vie courante, nous ne procédons pas à de pareilles mesures. Cependant il en est tout autrement en médecine ou en intelligence artificielle. Quoi qu'il en soit, ce qui apparaît clairement dans l'exemple de la définition stipulative ci-dessus pour la catégorie floue *jeune*, c'est qu'à la fois les bornes qui conditionnent le calcul du degré d'appartenance (20 ans et 50 ans) et à la fois la fonction qui détermine les degrés d'appartenance intermédiaires entre 0 et 1 relèvent d'un *choix*. En aucun cas sur la base de ce choix, il n'est question de considérer qu'un individu de moins de 20 ans est jeune « par essence ». Comme nous allons bientôt le voir, ce choix peut refléter des intérêts de divers ordres.

4.3.3 L'exemple de l'astrophysique : des intérêts épistémiques

Voyons maintenant dans quelle mesure on retrouve l'application de ces idées de *flou ontologique* (méthodologique), de *catégorie de ressemblance prototypique*, de *principe de*

114. K. Sadegh-Zadeh, Handbook of Analytic Philosophy of Medicine, op. cit., p. 1075-1076.

similarité et de *choix* de la *catégorie de ressemblance prototypique* dans la discipline scientifique de l'astrophysique. Pour cela, nous utiliserons quelques citations prélevées dans un ouvrage de Stéphanie Ruphy¹¹⁵ où celle-ci donne les principales caractéristiques des classifications stellaires qui constitueraient un argument en défaveur d'un monisme classificatoire dans les sciences physiques (nos italiques) :

1) Structuralisme stellaire

Des étoiles sont regroupées dans une classe lorsqu'elles présentent des traits « *suffisamment similaires* » à ceux d'une *étoile standard choisie pour définir la classe*.

2) Dépendance à la résolution

Pour un ensemble donné de paramètres de similarité, qu'une étoile soit *suffisamment similaire à l'étoile standard* dépend de la résolution à laquelle sont effectuées les observations utilisées par le classificateur. En d'autres termes, le *degré de similarité* entre deux étoiles demeure dépendant de la résolution instrumentale.

3) Caractère vague

Une autre conséquence immédiate du fait que les propriétés structurales d'une étoile (comme la température ou la densité) varient continûment est le *caractère vague des relations de similarité* entre deux étoiles. Il en résulte que les espèces stellaires n'ont *pas de frontière précisément définie* et qu'une étoile peut être classifiée comme *cas intermédiaire* entre deux espèces.

4) Dépendance vis-à-vis des intérêts épistémiques

Les astrophysiciens qui s'intéressent, par exemple, à la physique des vents stellaires ont besoin de classifications dans l'UV, alors que ceux qui étudient des étoiles évoluées entourées de poussières s'appuient sur des classifications dans l'infrarouge.

5) Nomadisme taxinomique

Une dernière caractéristique importante de la taxinomie stellaire est le fait que *la classification d'une étoile n'est pas permanente* : les propriétés sur lesquelles les classifications sont fondées sont des propriétés transitoires. Une étoile n'a pas le même type spectral, la même classe de luminosité, la même perte de masse, etc., tout au long de sa vie.

115. S. Ruphy, *Pluralismes scientifiques : Enjeux épistémiques et métaphysiques*, Editions Hermann, 2013, p. 225-233.

On retrouve cette idée de *flou ontologique* (méthodologique) dans les expressions telles que « caractère vague » ou « pas de frontière précisément définie » mais encore dans cette idée qu'une étoile puisse être classée comme « cas intermédiaire » ou tout simplement changée de classe en fonction de l'évolution de ses propriétés. Ne peut-on pas de la même façon classer comme cas intermédiaire un être humain d'un certain âge entre les catégories *jeune* et *non-jeune* ? Ne peut-on pas également dire qu'un être humain change de classe en fonction de son avancée en âge ? Il n'y a selon nous ici pas de différence si ce n'est au niveau des intérêts à ces diverses classifications. Considérons à présent l'idée de *catégorie de ressemblance prototypique* et de son *choix*. Elle se retrouve complètement dans la formule « étoile standard choisie pour définir la classe ». Pour ce qui est du *principe de similarité*, il ressort sans ambiguïté à travers les portions de phrases « suffisamment similaire à l'étoile standard », « degré de similarité » et « relation de similarité ». Concernant la quatrième caractéristique des classifications stellaires, la « dépendance vis-à-vis des intérêts épistémiques », celle-ci nous indique que le fait d'adopter tel ou tel système classificatoire relève d'un *choix* indexé à la fois sur des propriétés objectives des étoiles (p. ex., le rayonnement électromagnétique) et sur des intérêts épistémiques (étude des vents stellaires vs étoiles évoluées).

4.3.4 L'exemple de la médecine : des intérêts déontiques

Revenons au concept de *catégorie de ressemblance prototypique* pour le domaine de spécialité qui intéresse Sadegh-Zadeh : la médecine. L'objectif est d'expliquer la dynamique de la catégorie *maladie*¹¹⁶. C'est-à-dire expliquer pourquoi des situations humaines comme l'*évasion fiscale* ne sont pas considérées comme des maladies alors que l'*addiction aux jeux vidéo* l'est. Pourquoi certaines situations humaines ont été considérées comme des maladies et ne le sont plus aujourd'hui (ex : la *drapétomanie*¹¹⁷, l'*homosexualité*, etc.). Succinctement, pour Sadegh-Zadeh, la dynamique classificatoire pour la catégorie *maladie* est régie par l'application d'un principe de similarité en référence à une catégorie de ressemblance prototypique. Se posent alors les questions suivantes : en quoi consiste cette catégorie de ressemblance prototypique pour la catégorie maladie et comment émerge-t-elle ? Selon Sadegh-Zadeh, cette catégorie est une *construction sociale* apparue à une certaine époque par un acte ostensif de baptême. La confrontation historique de certains membres de l'espèce humaine à des situations humaines particulières (p. ex., le cancer du sein, la crise cardiaque, l'épilepsie étaient déjà décrits il y a plus de deux mille ans) a conduit ces individus à désigner ces situations de manière ostensive « ça c'est une maladie » de la même façon qu'a un jour

116. K. Sadegh-Zadeh, « The Prototype Resemblance Theory of Disease », *Journal of Medicine and Philosophy*, 1 avril 2008, vol. 33, no 2, p. 106-139.

117. La *drapétomanie* fut une entité nosologique créée par le médecin états-unien Samuel Cartwright au 19^e siècle, pour expliquer la fuite des esclaves.

été baptisé un être vivant « ça c'est un oiseau » ou « ça c'est un poisson »¹¹⁸. D'un point de vue pragmatique, il est possible, d'après Sadegh-Zadeh, de considérer cette action comme un acte coopératif des membres de l'espèce. D'un point de vue praxéologique, il s'agit, toujours pour Sadegh-Zadeh, d'une *construction sociale déontique* porteuse d'une injonction à l'action pour l'environnement social (injonction à la prise en charge, le traitement ou autrement dit à l'amélioration de la situation humaine désignée comme maladie). Si l'on accepte le raisonnement de Sadegh-Zadeh, le cas de la catégorie *maladie*, nous informe que sa création relève d'un *choix* indexé à la fois sur des propriétés objectives du monde (des états biologiques particuliers) et à la fois sur nos intérêts à agir sur ces états biologiques, à les prendre en charge (par exemple, prendre en charge les conséquences de ces états : risque d'épidémie, souffrance, incapacité, etc.).

4.3.5 Préambule à l'analyse des MAC

Sadegh-Zadeh se prononce sans ambiguïté en défaveur de l'existence objective des espèces naturelles¹¹⁹ et plus particulièrement pour les maladies :

Toute classification, y compris la classification des objets naturels en 'espèces naturelles', e.g., les animaux en différentes espèces, est artificielle. Par conséquent, il n'y a pas non plus de système naturel de classification des maladies, ce qui signifie que les maladies ne sont pas des 'espèces naturelles'.¹²⁰

En dépit du fait que Sadegh-Zadeh ne propose pas un argumentaire *orienté* pour la défense de la première partie de cette citation (les classifications des objets naturels sont artificielles), nous pensons que les éléments exposés précédemment peuvent servir cette fin. Ainsi, nous soutenons que le processus classificatoire qui mène à la création de catégories relève de *choix* qui aboutissent à la production d'artefacts culturels fondés sur des *intérêts* (épistémiques, p. ex. mieux connaître tel ou tel phénomène stellaire en astrophysique ; pratiques, p. ex. utiliser les bons condiments en cuisine ; déontiques, p. ex. inviter à la prise en charge thérapeutique de telle ou telle situation humaine en

118. Cela ne signifie pas que le concept de maladie a été et est nécessairement le même pour toutes les sociétés et qu'il n'a pas pu évoluer, être façonné par certaine communauté (comme la communauté médicale de certaines sociétés industrielles comme la nôtre). Cette idée indique simplement comment a été *apposé* initialement le label maladie à certain type de concept désignant un certain type de situation humaine dans le monde.

119. Nous nous représentons le concept d'« espèce naturelle » de la manière suivante : le découpage que nous opérons dans le monde en désignant différentes sortes de choses coïncide avec la manière dont est délimité le « monde en dehors de nous ». Les choses que nous désignons sont donc des « espèces naturelles ». Comme le dit de Hacking de manière tout à fait éclairante : « Bien qu'on puisse juger que certaines classifications sont plus naturelles que d'autres, il n'existe aucune classe de classifications, ni vague ni précise, qui puisse être utilement nommée la classe des sortes naturelles [espèces naturelles]. Une définition conventionnelle, qui sélectionne une certaine classe précise ou confuse et la définit comme la classe des sortes naturelles, ne sert aucun but, étant donné qu'il y a tant de conceptions concurrentes de ce que sont les sortes naturelles. En bref, en dépit d'une tradition honorable sur les sortes et les sortes naturelles qui remonte à 1840, les sortes naturelles n'existent pas. » I. Hacking, *Des classifications naturelles - Cours « B » : Les choses, les gens et la raison*, Collège de France, 2006.

120. K. Sadegh-Zadeh, *Handbook of Analytic Philosophy of Medicine*, op. cit., p. 75.

médecine, etc.) mais aussi sur les *propriétés du monde hors de nous* (tel rayonnement électromagnétique pour cette étoile-ci ; telle molécule pour ce condiment-là ; tel état biologique pour cette maladie-ci) qui contraignent à la fois nos intérêts et les choix que nous faisons pour élaborer nos catégories. Concernant notre sujet, cela signifie que nous ne nous attellerons pas à rechercher une « essence » de MAC ou autrement dit à rechercher ce qui caractérise objectivement les MAC indépendamment de nos intérêts. À ce titre, nous pouvons dire d'emblée que ce qui va nous intéresser est d'essayer de comprendre la *dynamique* de la catégorie « MAC » de la même façon que Sadegh-Zadeh a cherché à comprendre la dynamique de la catégorie maladie.

5. Application aux MAC : premier niveau d'analyse

5.1 La catégorie MAC : ensemble flou et artefact déontique

Initialement, nous avons évoqué que nous allions soutenir que le concept de « médecine alternative et complémentaire » était un ensemble flou, une catégorie de ressemblance prototypique et un artefact déontique.

Tout d'abord, c'est un *ensemble flou* ou *catégorie floue* car il n'est pas possible de trouver un nombre fini de caractéristiques communes aux membres de la catégorie MAC qui serait commun à tous ses membres et qui ne serait possédé par aucun des membres extérieurs à cette catégorie. La caractéristique fréquemment avancée pour définir les MAC, par exemple, est l'absence de preuve scientifique en faveur de leur efficacité¹²¹. Seulement, le fait que cette caractéristique s'applique aussi à de nombreuses pratiques issues de la médecine conventionnelle est un secret de polichinelle dans le milieu médical. Ensuite, la catégorie MAC est une *construction sociale déontique*¹²², ou *artefact déontique* qui en fonction du label que l'on va lui assigner va indiquer une injonction déontique à l'usage ou à l'évitement¹²³. Le label « médecine alternative » sera par exemple préférentiellement utilisé pour inviter à l'usage alors que le label « pseudomédecine » sera plutôt utilisé pour inviter à l'évitement. Enfin, nous pensons que la catégorie MAC peut être considérée

121. Dire d'une pratique à prétention thérapeutique qu'elle ne bénéficie d'aucune preuve d'efficacité peut signifier plusieurs choses. Schématiquement, cela peut indiquer soit qu'aucun essai clinique n'a été mené, soit que de nombreux essais cliniques à faible risque de biais ont été menés sans réussir à mettre en évidence un effet supérieur à l'effet placebo, soit que des essais cliniques ont été menés qui ne montrent pas d'effet, ou montrent des effets discutables au regard de leur amplitude, et du nombre et de la qualité méthodologique des études en question, etc.

122. Précisons que par « construction sociale » nous ne voulons pas dire que nous n'avons pas de bonnes raisons, ancrées sur un réel non social, d'affecter tel ou tel groupe d'activités humaines dans la catégorie. Prenons le cas d'une voiture. Il s'agit d'un artefact technologique résultant des activités coordonnées d'êtres humains. En ce sens c'est une construction sociale. En revanche, les propriétés des matériaux utilisées pour élaborer cette construction n'ont elles rien de social !

123. R. Jütte, « Alternative Medicine and Medico-Historical Semantics », op. cit., p. 11-23.

comme une *catégorie de ressemblance prototypique* bien que cette caractéristique ne soit pas sans poser des problèmes que nous allons maintenant détailler.

5.2 La catégorie MAC : catégorie de ressemblance prototypique ?

Si nous sommes convaincus que la dynamique classificatoire de la catégorie « MAC », à l'instar de la catégorie « maladie », peut raisonnablement s'envisager comme une *catégorie de ressemblance prototypique*, une réflexion à partir de cette conception se heurte à plusieurs difficultés. La première difficulté concerne la multiplicité des labels disponibles que nous avons évoqués dans la première partie de notre introduction. Ces différents labels recouvrent-ils la même catégorie ? Pour certains d'entre eux, il est possible d'en douter. Au sujet des labels « MAC » et « Médecine traditionnelle », par exemple, il n'est pas sûr que les différents éléments qu'y classerait telle ou telle personne soient les mêmes. La deuxième difficulté, en lien avec la première, concerne le type de réponse que nous obtiendrions si nous réalisions une expérience du type de celle réalisée par Eleanor Rosch (cf. chapitre 4.3 de la partie II). En effet, si l'on peut s'attendre à ce que les sujets d'une société donnée disposent de termes consensuels dans leur usage courant comme ceux d'« oiseau », de « jeu », de « sport », de « fruit » ou de « légume », il est moins évident voir douteux qu'il en soit de même ce qui est de désigner la catégorie MAC. Nous ne disposons pas d'une multitude d'étiquettes telles que « oiseau alternatif », « oiseau complémentaire » ou « oiseau traditionnel » qui nous ferait hésiter pour décider, à la vue d'un être vivant ailé et à bec, à quelle catégorie celui-ci appartient. Pour essayer de résoudre ces difficultés, nous avons imaginé un premier modèle qui se présente en substance de la manière suivante¹²⁴ :

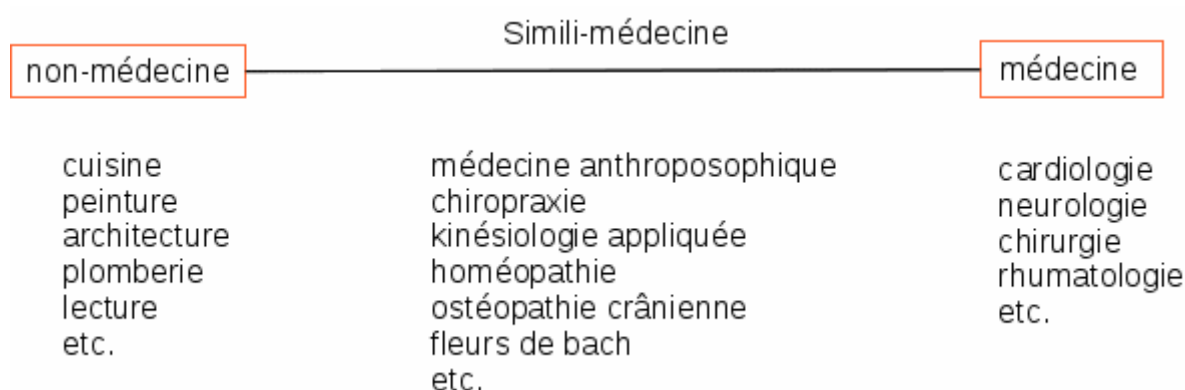


Illustration 1: Catégorisation des MAC (modèle hypothétique 1)

124. Il faut comprendre les différentes entités mentionnées en tant qu'*activités* et non se représenter leurs potentiels effets qui peuvent bien entendu concerner la santé et la maladie (p. ex. la cuisson des aliments en cuisine, le type de canalisation en plomberie, etc.).

L'idée initiale pour ce modèle fut de considérer qu'il existait une catégorie générale de « médecine » pour laquelle nous disposerions de membres prototypiques que nous classerions sans hésitation dans la catégorie et auxquels nous attribuerions une note proche de 1 selon le protocole d'Elenaor Rosch. À l'opposé, une non-catégorie « non-médecine » vient matérialiser le fait que *nous ne classons pas*, avec un fort degré de certitude dans la catégorie « médecine » un grand nombre d'activités humaines telles que la cuisine, la peinture, la plomberie, *etc.* Entre les deux, nous placerions des groupements d'activités humaines que nous positionnerions plus ou moins proche de la catégorie « médecine » en fonction d'un *principe de similarité* tel qu'évoqué précédemment. Nous avons fait le choix du label « simili-médecine » en remplacement de « médecine alternative et complémentaire » car les prédicats « alternatif » et « complémentaire » indiquent des engagements discutables quant aux propriétés des membres de la catégorie.

Un des problèmes posé par ce modèle réside dans le fait que certaines activités humaines comme la psychologie clinique, l'orthophonie, la kinésithérapie, peuvent se retrouver dans le même entre-deux que les entités évoquées pour illustrer la catégorie simili-médecine. Or il s'avère qu'intuitivement nous contestons cet état de fait. En effet, si nous ne souhaiterons pas attribuer à l'orthophonie une note similaire à la cardiologie en matière de similarité avec l'idée que nous nous faisons de la catégorie générale de « médecine », nous ne souhaiterons pas non plus placer cette activité dans la même catégorie que l'homéopathie. En outre, nous avons fait le choix de placer l'homéopathie dans la catégorie simili-médecine et pourtant il est difficile de défendre en quoi l'homéopathie constitue une *activité humaine* au même titre qu'une simili-médecine comme la kinésiologie appliquée ou l'ostéopathie. Ces différents problèmes nous ont donc conduit à envisager le deuxième modèle ci-après :

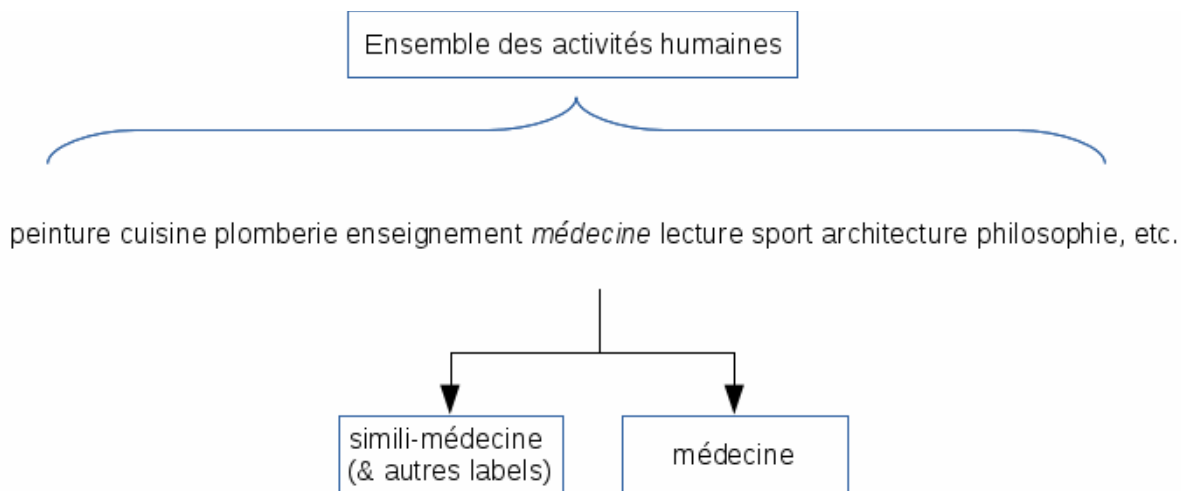


Illustration 2: Catégorisation des MAC (modèle hypothétique 2)

Dans ce modèle, après avoir considéré l'ensemble des activités humaines, nous y avons intégré un élément médecine qui réfère à une idée plus générale que le concept de médecine usuel que l'on retrouve comme sous-catégorie du sous-ensemble médecine. Cette idée plus générale de médecine dénote l'ensemble des activités humaines qui visent à la prise en charge de situations humaines classées dans la catégorie maladie indépendamment de toute autre caractéristique. Les sous-catégories « médecine » et « simili-médecine » n'interviennent ici plus comme des catégories appartenant à un même continuum mais à deux sous-catégories distinctes (mais floues).

Que ce soit le premier ou le deuxième modèle que nous venons de présenter, nous n'avons jugé aucun des deux suffisamment satisfaisant pour prétendre aller plus loin que la simple idée que la catégorie MAC était une catégorie de ressemblance prototypique. Par ailleurs, comme il n'est pas sûr que cette catégorie puisse être mise sur un même pied que la catégorie « oiseau » ou « maladie », nous dirons pour nuancer notre propos initial que la catégorie MAC s'apparente à une catégorie de ressemblance prototypique. Quoi qu'il en soit, les réflexions sur ces deux modèles nous ont conduit au constat qu'il était nécessaire de chercher à réaliser une clarification du concept de *médecine* qui s'avère plus fondamental que celui de MAC. En effet, toutes les expressions telles que « médecine alternative », « médecine alternative et complémentaire », « simili-médecine », *etc.* ont pour caractéristique commune d'être associées au mot « médecine ». Clarifier la chose que dénote ce terme s'avère donc essentiel pour la suite de nos réflexions.

6. Clarification du concept de « médecine »

Dans cette partie, nous allons opérer plusieurs distinctions et clarifications sur les idées de « médecine » et de « pratique clinique ».

6.1 Médecine

Il est courant dans la littérature philosophique, anthropologique et sociologique sur les MAC, de voir opposées ces dernières à ce que différents auteurs qualifient de « biomédecine »^{125,126,127}. Ainsi, selon ces auteurs, il y aurait les médecines alternatives et complémentaires d'un côté et la biomédecine de l'autre. Malheureusement, quel que soit le terme que l'on utilise pour désigner cet « autre côté » (biomédecine, médecine conventionnelle, médecine scientifique, *etc.* ; voir le tableau de Jütte page 9), ceux-ci amalgament deux entités de nature très différentes tant au niveau praxéologique qu'au niveau épistémologique : la *médecine clinique* et la *biomédecine*. C'est de la distinction entre ces deux entités dont nous devons maintenant rendre compte.

Sadegh-Zadeh distingue deux choses différentes auxquelles réfère le concept générique de « médecine » (qualifié aussi de « biomédecine », « médecine conventionnelle », « médecine scientifique », *etc.* comme nous l'avons mentionné ci-dessus). Ces deux choses sont d'un côté la *médecine clinique* et d'un autre côté la *médecine préclinique, biomédicale* ou encore *biomédecine*¹²⁸.

Pour Sadegh-Zadeh, la *médecine clinique* réfère aux activités humaines qui visent à résoudre la catégorie de problèmes de *homo patients* (la chirurgie, la médecine interne, la psychiatrie, l'obstétrique, *etc.*). Cet ensemble d'activités inclut toutes les actions humaines relatives au diagnostic et à la thérapeutique des maladies. Sadegh-Zadeh subdivise encore cette catégorie de *médecine clinique* en trois sous-catégories qui sont la *pratique clinique*, la *recherche clinique* et l'*éducation clinique*. La première vise l'application de *règles d'action diagnostiques* (si ce patient présente tels et tels signes cliniques et tels et tels symptômes, alors ce patient a la maladie X) et de *règles d'action thérapeutiques* (si ce patient a la maladie X, alors je dois appliquer ou lui proposer le traitement Y). Dans la suite de ce mémoire, nous réunirons ces deux types de règles d'action sous le nom de *règles d'action cliniques*. La deuxième sous-catégorie de la *médecine clinique*, la *recherche clinique*, vise l'évaluation de l'efficacité de ces règles d'action. Concernant les *règles d'action diagnostiques*, seront par exemple conduites des études de sensibilité, de spécificité et de reproductibilité. Au sujet des *règles d'action thérapeutiques* seront conduits les emblématiques essais contrôlés randomisés. Quant à la troisième sous-catégorie de cette *médecine clinique*,

125. O. Schmitz, *Les Médecines en parallèle*, *op. cit.*

126. J.-J. Wunenburger, *Imaginaires et rationalité des médecines alternatives*, 1re éd., Paris, Les Belles Lettres, 2006

127. N. Gale, « The Sociology of Traditional, Complementary and Alternative Medicine », *Sociology Compass*, juin 2014, vol. 8, no 6, p. 805-822.

128. Il est possible que des philosophes de la médecine autres que Sadegh-Zadeh aient proposé cette distinction ou des distinctions différentes. S'il serait intéressant de les confronter, nous avons jugé ce travail hors de notre propos principal et la conception de Sadegh-Zadeh suffisamment pertinente pour être utilisée dans notre présente réflexion.

Sadegh-Zadeh évoque l'*éducation clinique* qui, elle, vise à l'enseignement des *règles d'action cliniques*.

La deuxième entité que Sadegh-Zadeh distingue au sein de la catégorie générique de médecine est la *médecine préclinique* ou *biomédecine*. Il s'agit ici des pratiques de recherche scientifiques qui investiguent les structures, fonctionnements et dysfonctionnements du corps humain. Parmi ces disciplines, on trouve l'anatomie, la biochimie, l'histologie, la cytologie, la physiologie, la neurophysiologie, etc. De la même façon que pour la *médecine clinique*, Sadegh-Zadeh subdivise en deux sous-catégories la *biomédecine* avec d'un côté la recherche proprement dite et d'un autre côté l'éducation qui vise l'enseignement des connaissances théoriques acquises par la recherche biomédicale.

6.2 Pratique clinique

Abordons maintenant l'idée de *pratique clinique* que nous avons évoquée précédemment comme étant l'ensemble des *règles d'action cliniques* (diagnostiques et thérapeutiques). Nous proposons d'enrichir cette catégorie de *pratique clinique* de nouvelles sous-catégories. Si X est un élément de la catégorie *pratique clinique*, alors X est lui-même une catégorie comprenant les sous-catégories suivantes : la sous-catégorie *corpus théorique*, la sous-catégorie *individus* et la sous-catégorie *infrastructures*.

La sous-catégorie *corpus théorique* inclut : (a) un ensemble de propositions pouvant être implicites ou explicites qui consistent en des *règles d'actions cliniques* et en des *règles d'action relationnelles* (des manières de se comporter dans telle ou telle situation et avec tel ou tel patient ; par exemple : rassurer, être empathique, être sympathique, expliquer, être à l'écoute, etc.)¹²⁹ ; (b) un ensemble de *propositions nosologiques* (par exemple : « Telle et telle combinaison de signes et de symptômes est la maladie M .»); (c) un ensemble de *propositions relatives aux processus pathologiques* (étiopathogénie, pathogénie, physiopathologie) ; (d) un ensemble de *propositions sur le fonctionnement de la personne saine* (qui peuvent être physiologique, psychologique mais aussi spirituelle ou religieuse) ; et enfin (e) un ensemble de *propositions philosophiques* (par exemple : « l'état sain vaut mieux que la maladie »). Un médecin généraliste souscrit, par exemple, à des propositions philosophiques de type « optimisme praxéologique »¹³⁰ (« Je peux aider la personne

129. Ce que d'aucuns qualifieraient d'« ethos ».

130. L'« optimisme praxéologique » ou *praxiological optimism* fait partie des postures philosophiques proposées par le philosophe Mario Bunge pour caractériser la philosophie implicite qu'adopte un médecin contemporain dans une société comme la nôtre lors d'un examen clinique de routine. Bunge suggère également un « réalisme ontologique » (*ontological realism*), un « humanisme » (*humanism*), un « réalisme épistémologique » (*epistemological realism*), un « scepticisme méthodologique » (*methodological skepticism*), un « naturalisme » (*naturalist view*) et un

qui vient me consulter »), à des propositions sur le fonctionnement du corps humain de type physiologique (« L'insuline est une protéine produite par l'organe pancréas et est impliquée dans la régulation de la glycémie »), à des propositions de type nosologique (« Il existe une entité nosologique appelée diabète de type 1 »), des propositions portant sur des règles d'action diagnostiques (« Si à deux reprises les résultats biologiques indiquent une glycémie à jeun supérieure à 126 mg/dl et une glycémie post-prandriale supérieure à 200 mg/dl, alors ce patient a un diabète de type 1 », et des règles d'action thérapeutiques (« Si ce patient a un diabète de type 1, alors il faut mettre en place une pompe à insuline »). Voyons ce que cela donne avec un praticien de la catégorie des MAC, le praticien de l'ostéopathie crânienne¹³¹. Ce dernier souscrit à des propositions philosophiques de type holiste (« Le tout du corps humain est plus que la somme de ses parties. »), à des propositions sur le fonctionnement du corps humain de type physiologique (« Il existe un mouvement respiratoire primaire (MRP) qui anime les os du crâne à une certaine fréquence. »), des propositions de type nosologique (« Il existe une entité nosologique appelée dysfonction ostéopathique crânienne. »), des propositions portant sur des règles d'action diagnostiques (« Si la fréquence du MRP est perturbée, alors il y a une dysfonction ostéopathique crânienne. »), et à des règles d'action thérapeutiques (« S'il y a une dysfonction ostéopathique crânienne alors je dois agir sur la mobilité des os du crâne. »).

Examinons maintenant la deuxième sous-catégorie *individus*. Cette sous-catégorie comprend : (a) des *praticiens* qui appliquent les règles d'actions incluses dans le *corpus théorique* sus-cité et qui considèrent l'ensemble des propositions de ce *corpus théorique* comme étant des propositions vraies ; (b) des *formateurs* qui enseignent des règles d'action et les propositions comprises dans l'ensemble du *corpus théorique* au *praticien* ou au futur praticien.

Quant à la dernière sous-catégorie *infrastructures*, il s'agit des lieux physiques (bâtiments) dans lesquels évoluent les *individus*. Lieux physiques qui sont les sites de prise en charge des patients (cabinet de ville, hôpitaux, clinique, etc.) et les sites de formations.

« systémisme » (*systemism*). Pour plus de détails sur sa conception, voir : M. Bunge, *Medical Philosophy*, op. cit., p. xiii-xiv.

131. Nous avons travaillé sur cette pratique particulière dans le cadre d'une mission d'expertise commandée par le Conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes : CORTECS, *L'ostéopathie crânienne*, Grenoble, CNOMK, 2015. Les résultats de notre expertise sont disponibles dans un rapport accessible en ligne sur le site du Conseil national : Rapport sur l'ostéopathie crânienne – Ordre des Masseurs Kinésithérapeutes, <http://www.ordremk.fr/2016/01/29/rapport-sur-losteopathie-cranienne/>, consulté le 20 mai 2016.

7. Application aux MAC : deuxième niveau d'analyse

À partir des deux clarifications précédentes des concepts de *médecine* et de *pratique clinique*, il devient possible de mieux appréhender en quoi consiste la catégorie MAC. Lors de la réalisation de notre premier niveau d'analyse de la catégorie MAC, nous avons évoqué qu'il devait être possible de concevoir une idée plus générale de médecine que l'idée usuelle. Par idée usuelle nous entendons la catégorie dans laquelle nous classons spontanément l'activité du médecin généraliste, du cardiologue, du chirurgien, *etc.* Par la suite, nous désignerons cette catégorie par le label *médecine classique*. Par idée plus générale, nous pensons à une catégorie qui pourrait recouvrir à la fois les activités humaines qui tombent dans la catégorie médecine classique, et à la fois les autres activités classées dans la catégorie MAC. Le concept de *pratique clinique* que nous avons exposé précédemment nous semble coïncider avec cette idée générale. Le détail de ce que recouvre ce concept permet d'une part de caractériser les activités humaines classées dans la catégorie de médecine classique et d'autre part de classer des activités humaines usuellement placées dans la catégorie MAC. Nous en avons donné une illustration avec l'ostéopathie crânienne. En outre, ceci permet de comprendre pourquoi un praticien appartenant à l'une ou l'autre des catégories peut emprunter certaines règles d'action ou adhérer à certaines propositions du corpus théorique de l'autre catégorie sans que cela remette en cause son classement de base. Un médecin peut, par exemple, tout à fait prescrire ça et là des granules d'homéopathie et donc ainsi utiliser des règles d'action thérapeutiques appartenant à la médecine homéopathique (de la catégorie MAC) sans que cela fasse de lui un praticien de la catégorie MAC. Inversement, un ostéopathe peut utiliser des règles d'action diagnostiques issues de la catégorie médecine classique (par exemple, prendre la tension artérielle) sans que cela remette en question son positionnement dans la catégorie MAC. Faire coïncider une idée générale de médecine avec le concept de *pratique clinique* permet également de comprendre pourquoi cela n'a pas de sens de parler d'intégration des MAC. C'est ce que nous allons voir dans la partie suivante.

Partie III

Analyse du concept de médecine intégrative

8. Un problème de catégories

Comme nous l'avons vu précédemment, la catégorie MAC et la catégorie *médecine classique* sont des sous-catégories floues et des constructions déontiques. Ce sont des sous-catégories d'une classe plus générale que nous avons nommée *pratique clinique*. Cette classe *pratique clinique* désigne elle-même une catégorie floue et déontique pour toutes les raisons que nous avons évoquées. À partir de là, nous dirons que parler d'intégration des MAC à la médecine classique revient à *fondre* les deux sous-catégories ensemble. Car si l'on souhaite intégrer la sous-catégorie MAC dans la sous-catégorie *médecine classique* cela signifie que l'on souhaite incorporer à la catégorie *médecine classique* les différents éléments qui se trouvent normalement à l'intérieur de la catégorie MAC. Autrement dit, le partitionnement devient obsolète. Pour expliciter notre propos, nous proposons le schéma suivant :

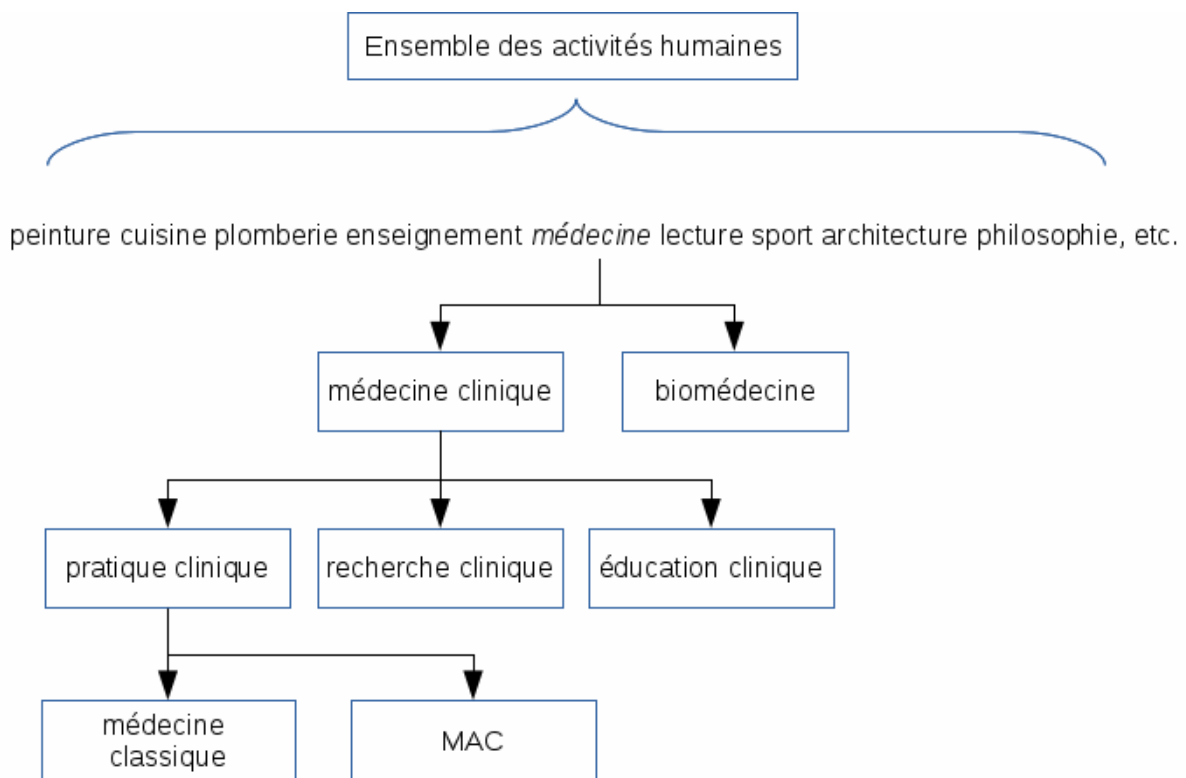


Illustration 3: Les sous-catégories de la médecine clinique

Nous pensons inutile de reproduire un schéma qui présenterait le résultat de la fonte de la catégorie MAC avec la catégorie « médecine classique ». Comme nous l'avons déjà dit, une telle intégration signifie l'abolition des deux sous-catégories au profit de la seule catégorie de pratique clinique. Considérons maintenant que les étiquettes « homéopathie », « chiropraxie », « kinésiologie appliquée », « médecine anthroposophique », *etc.* désignent des sous-ensembles de la catégorie MAC qui sont eux-mêmes des ensembles incorporant les sous-sous-ensembles *corpus théorique*,

praticiens et *infrastructures* que nous avons explicités précédemment. Il est alors possible d'imaginer conserver les catégories de « médecine classique » et de MAC en n'incluant que certains sous-ensembles de la catégorie MAC au sein de la catégorie médecine classique. C'est d'ailleurs ce qu'a fait tout récemment le ministère de l'intérieur suisse en annonçant l'élaboration d'un plan visant à la reconnaissance de l'homéopathie, de l'acupuncture et de la médecine traditionnelle chinoise au même statut que la médecine classique¹³². Il s'agit donc en quelque sorte d'un projet de médecine intégrative partiel qui ne met pas en cause le partitionnement MAC et médecine classique. Nous avons donc deux cas de figure possibles : une médecine intégrative totale qui correspondrait à la fonte des catégories MAC et médecine classique, et une médecine intégrative partielle qui correspondrait à l'importation de certains sous-ensembles de la catégorie MAC dans la catégorie médecine classique. Quel que soit le projet considéré, total ou partiel de médecine intégrative, nous allons voir maintenant qu'il n'y a aucun intérêt à rester à ce niveau d'analyse pour réfléchir à la dimension éthique de tels projets.

9. Un projet composite

Nous avons dorénavant à disposition tous les éléments pour faire l'inventaire des questions de base auxquelles conduit l'idée de médecine intégrative telle que défendue par l'OMS. Dans cette optique, nous allons d'abord imaginer quelques questions plus générales auxquelles une institution comme l'OMS devrait pouvoir répondre. Ceci va nous permettre d'entrevoir la nature composite du projet de médecine intégrative.

1. Quel(s) membre(s) du sous-ensemble MAC souhaitez-vous intégrer ? Car les *corpus théoriques* qui sous-tendent la pratique et la formation sont très différents d'une MAC à l'autre.
2. Si vous souhaitez intégrer la MAC (x), est-ce de son *corpus théorique* ou bien de ses *individus* dont il est question ? Cela n'est pas la même chose de vouloir enseigner les règles d'action de la MAC (x) que de vouloir *déplacer* les *individus* de la MAC (x) dans les *infrastructures* de soin et de formation conventionnels (hôpitaux, facultés de médecine, etc.). Par *déplacer* nous entendons par exemple proposer le salariat à des kinésologues (*individus* praticiens de la MAC « kinésiologie appliquée ») dans les hôpitaux plutôt que de les laisser pratiquer dans leur cabinet privé.
3. Si vous souhaitez intégrer la MAC (x), est-ce au niveau de la *pratique clinique*, de la *recherche clinique*, de l'*éducation clinique* ? Ou alors est-ce au niveau de la *recherche biomédicale* ou de

132. « Swiss to recognise homeopathy as legitimate medicine », *op. cit.*

l'éducation biomédicale ? Comme nous l'avons vu précédemment, ces différents secteurs des deux entités *médecine clinique* et *biomédecine* sont de nature bien différentes et les questionnements au sujet de l'intégration de telle ou telle MAC dans un secteur donné ne seront pas les mêmes. Si l'on défend par exemple un projet de type intégratif pour la MAC (x) qui vise à ce qu'elle fasse l'objet de recherche et que l'on considère la *recherche clinique* alors il s'agira d'une volonté d'évaluation des *règles d'action* du *corpus théorique* de la MAC (x). Si l'on regarde maintenant du côté de la recherche biomédicale, alors il pourra s'agir ici de réaliser une analyse des propositions sur le fonctionnement et les dysfonctionnements du corps humain appartenant au *corpus théorique* de la MAC (x). En France, ce fut par exemple la volonté du Conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes qui a fait réaliser plusieurs expertises de MAC ciblées (biokinergie et ostéopathie crânienne)¹³³ consistant à la fois en une évaluation de type *recherche clinique* et à la fois en une évaluation de type *recherche biomédicale*. L'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) a quant à lui soutenu une évaluation exclusivement de type *recherche clinique* au sujet de l'ostéopathie¹³⁴.

4. Si l'on souhaite intégrer la MAC (x) et que les *praticiens* se forment et appliquent les *règles d'action* issues du *corpus théorique* de la MAC (x), est-ce bien de toutes les règles d'action de ce corpus dont il s'agit ou bien de certaines seulement ? Des précisions supplémentaires sont encore requises à ce niveau.

Cet ensemble de questions conduit d'après nous à une évidence. Il n'est pas possible de répondre d'un bloc à la question : « Intégrer les médecines alternatives et complémentaires est-il justifiable ? ». Ceci parce que d'une part elle porte sur une catégorie floue *de facto*, les MAC. Et parce que d'autre part elle implique un nombre important de sous-questions de nature différentes. Ce sont ces sous-questions que nous allons maintenant préciser.

10. Une pluralité de questionnements

Notre propos précédent va servir à présent à mettre en évidence certaines des questions qui se cachent derrière le questionnement général sur le bien-fondé de la médecine intégrative. Auparavant, nous proposons l'axiome suivant :

L'attente du patient pris en charge par un *praticien*, est que celui-ci applique des règles d'action efficaces pour le soulager, transformer sa situation d'individu souffrant de telle ou telle catégorie de symptômes

133. CORTECS, *L'ostéopathie crânienne*, op. cit.

134. C. Barry et B. Falissard, *Evaluation de l'efficacité de la pratique de l'ostéopathie*, INSERM, 2012.

(démangeaisons, douleurs, fatigue, vomissements, diarrhée, pertes d'équilibre, paralysie, vue trouble, anxiété, etc.).

Considérant cet axiome comme un point de départ, nous pouvons aborder quelques questions que posent l'intégration des MAC.

Au sujet de la *pratique clinique*, le *praticien* doit-il appliquer des règles d'action qui n'ont pas été évaluées par la *recherche clinique* ? Doit-il utiliser des règles d'action qui ne sont pas soutenues par les données issues de la *recherche clinique* ? Doit-il appliquer les *règles d'action relationnelles* qui semblent se déployer dans bon nombre de MAC ? Est-il justifiable qu'il attende que ces règles soient évaluées par la *recherche clinique* avant de les mettre en place ?

Concernant l'*éducation clinique* les questions peuvent être : le *formateur* doit-il enseigner des règles d'actions qui n'ont pas été testées par la *recherche clinique* ? Doit-il enseigner des règles d'action qui ne sont pas soutenues par les données issues de la *recherche clinique* ? Doit-il enseigner les *règles d'action relationnelles* qui semblent se déployer dans nombreuses MAC ? Est-il éthiquement tenable qu'il attende que ces règles soit évaluées par la *recherche clinique* avant de les enseigner ?

Au niveau de la *recherche clinique*, est-il soutenable d'encourager des programmes de recherche visant à évaluer l'efficacité de *règles d'action relationnelles* semblant à l'œuvre dans les MAC ? Doit-on évaluer les *règles d'action cliniques* sans en analyser le fondement théorique ? Doit-on évaluer les règles d'action cliniques qui reposent sur un arrière-plan théorique incommensurable avec les données actuelles issues de la *recherche biomédicale* ?

Au niveau de la *recherche biomédicale*, une question que l'on peut se poser est : doit-on analyser les conceptions théoriques sur le fonctionnement et les dysfonctionnements du corps humain qui *a priori* semblent incommensurables avec les données issues de la *recherche biomédicale* et qui fondent la *pratique clinique* d'une MAC ?

Pour l'*éducation biomédicale*, un formateur doit-il enseigner des *corpus théoriques* sur le fonctionnement et les dysfonctionnements du corps humain qui soient *a priori* incommensurables avec les données issues de la *recherche biomédicale* ?

Pour ces différentes questions, nous pensons qu'il est possible de les décliner selon un niveau collectif et un niveau individuel. Au sujet de la *pratique clinique* on aurait par exemple : 1) « Dois-je utiliser (niveau individuel : le professionnel de santé) des règles d'action issues de telle ou telle MAC ? » et 2) « Doit-on (niveau collectif) promouvoir l'utilisation par les professionnels de santé

de règles d'action issues de telle ou telle MAC ? ». Nous empruntons cette distinction essentielle à Marcel Mertz qui est le seul auteur du corpus que nous avons parcouru à la proposer¹³⁵. En fait, suite à plusieurs lectures sur les problèmes éthiques que pose la médecine intégrative^{136, 137, 138, 139, 140, 141}, nous avons été surpris de ne trouver que ce seul auteur à avoir opéré des distinctions que nous estimons essentielles. Pour résumer le propos de Mertz, disons qu'il procède à une analyse par niveau des justifications éthiques à l'utilisation des MAC : « Cet article présente une analyse philosophique des justifications éthiques possibles et plausibles pour une utilisation générale des MAC. », « Il est important de faire une distinction entre trois niveaux d'analyse spécifique des questionnements éthiques relatifs aux MAC [...] ». Selon Mertz ces trois niveaux sont : 1) les modalités d'utilisation des MAC par un professionnel de santé (qu'est-ce qui est permis, obligé, interdit ?) ; 2) l'utilisation, la promotion des MAC par un professionnel de santé (permission, obligation, interdiction ?) ; 3) l'utilisation, la promotion, l'offre de MAC par la *société en général* (permission, obligation, interdiction ?). C'est aux niveaux 2 et 3 que Mertz s'intéresse dans son article. Néanmoins les distinctions que propose Mertz, bien que conduisant à des interrogations plus fines que le questionnement général sur la médecine intégrative, manquent encore de précision. En revanche les questions précédentes que nous avons proposées nous apparaissent constituer un ensemble plus « fondamental » pour décrire l'arrière-plan de la problématique générale de l'éthique de la médecine intégrative. Parmi ces questions nous avons choisi de nous arrêter sur une d'entre elles : les *règles d'action thérapeutiques des pratiques cliniques* issues des MAC doivent-elles être évaluées par la *recherche clinique* ? Nous expliquons les raisons de ce choix dans la partie suivante.

135. M. Mertz, « *Complementary and alternative medicine* », *op. cit.*

136. J.-J. Wunenburger, *Imaginaires et rationalité des médecines alternatives*, *op. cit.*

137. K.E. Adams, M.H. Cohen, D. Eisenberg, et A.R. Jonsen, « Ethical considerations of complementary and alternative medical therapies in conventional medical settings », *Annals of Internal Medicine*, octobre 2002, vol. 137, no 8, p. 660-664.

138. E. Ernst, « Ethical problems arising in evidence based complementary and alternative medicine », *Journal of Medical Ethics*, avril 2004, vol. 30, no 2, p. 156-159.

139. S. Beider, « An Ethical Argument for Integrated Palliative Care », *Evidence-based Complementary and Alternative Medicine*, juin 2005, vol. 2, no 2, p. 227.

140. M. Mertz, « *Complementary and alternative medicine* », *op. cit.*

141. R. Seip, *Complementary and Alternative Medicine*, *op. cit.*

Partie IV

MAC et recherche clinique

11. Doit-on évaluer l'efficacité des MAC ?

Au sujet de notre problématique générale sur l'intégration des MAC dans un système de santé donné, nous avons vu qu'il y avait différentes questions possibles. Donnons deux exemples pour fixer les idées : 1) doit-on faire en sorte que les praticiens de certaines MAC (ex. les magnétiseurs) puissent mettre en application leurs pratiques en étant salarié dans les hôpitaux publics ? 2) doit-on conduire des essais cliniques pour évaluer l'efficacité des traitements issus de telle ou telle MAC (ex. pompage du quatrième ventricule pour une douleur cervicale¹⁴²) ? C'est à cette deuxième question que nous allons nous intéresser dans cette partie. Au fil de nos lectures sur le sujet des MAC, nous n'avons trouvé personne se posant cette question comme si la réponse allait de soi : les traitements proposés par les MAC doivent être évalués. Ceci débouche sur de nombreux programmes de recherche clinique tant en France qu'à l'étranger. En France par exemple, dans le cadre du Programme de Recherche Clinique (PHRC) national, plusieurs projets de recherche de ce type ont été financés ces dix dernières années¹⁴³. Les MAC concernées ont été : l'acupuncture, l'hypnose, l'ostéopathie, le toucher relationnel et la sophrologie. À l'étranger le *National Institutes of Health* aux États-Unis investit plus de 100 millions de dollars par an pour l'évaluation de MAC telles que l'acupuncture, le yoga, le tai-chi, le *mindfulness* et bien d'autres¹⁴⁴. La Suisse aussi possède son propre programme national d'évaluation des MAC dont l'homéopathie, la médecine traditionnelle chinoise, la phytothérapie, la thérapie neurale et la médecine anthroposophique¹⁴⁵. Plus généralement, sans pouvoir vérifier les sources de financement de ces différents essais cliniques, ont également été conduits des essais pour évaluer le Reiki, la réflexologie plantaire, la thérapie par les aimants ou encore la méthode Feldenkrais¹⁴⁶. L'Organisation mondiale de la santé, comme nous l'avons déjà mentionné, encourage la recherche sur les MAC^{147,148,149}. Pourtant cette politique de recherche ne va pas de soi. C'est ce qui fait dire au philosophe des sciences Mario Bunge dans un ouvrage récent de philosophie de la médecine la chose suivante :

142. Cette technique est issue de l'ostéopathie crânienne.

143. J.-Y. Fagon et C. Viens-Bitker, *Médecines Complémentaires à l'Assistance Publique – Hôpitaux De Paris, AP-HP*, 2012.

144. « *NCCIH* », *op. cit.*

145. A. Burton, T. Falkenberg, M. Smith, Q. Zhang, et X. Zhang, *Stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle pour 2014-2023*, *op. cit.*

146. S. Singh et E. Ernst, *Trick or Treatment ?*, *op. cit.*

147. OMS, *Principes méthodologiques généraux pour la recherche et l'évaluation relatives à la médecine traditionnelle*, *op. cit.*

148. T. Falkenberg, J. Sawyer, et X. Zhang, *Stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle pour 2002-2005*, *op. cit.*

149. A. Burton, T. Falkenberg, M. Smith, Q. Zhang, et X. Zhang, *Stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle pour 2014-2023*, *op. cit.*

Cependant, dans les années récentes, des thérapies hétérodoxes ont été sujettes à des essais cliniques rigoureux. En particulier, entre 1999 et 2009, le *National Institutes of Health* a investi des millions de dollars du contribuable pour tester l'efficacité de diverses thérapies "alternatives", de la guérison à distance aux médicaments védiques et traditionnels chinois, des champs magnétiques, et de nombreuses autres herbes et champignons, sans résultat positif. La morale méthodologique est évidente : à ce niveau, le tâtonnement relève de la négligence intellectuelle et de l'erreur sociale. Seules des hypothèses compatibles avec l'ensemble des connaissances scientifiques devraient être sujettes à des essais cliniques autant chronophages que coûteux.¹⁵⁰

Au fil de nos lectures, nous n'avons trouvé personne à part Bunge pour remettre en cause la tendance générale à l'évaluation des MAC. D'autres auteurs évoquent plus prudemment la pertinence de poursuivre des essais cliniques quand la masse des données accumulées indique de faibles résultats^{151,152}. Fréquemment en effet la plupart des essais cliniques et des revues systématiques de littérature concluent par « les résultats sont faibles (ou issus d'études de mauvaise qualité méthodologique) des recherches supplémentaires sont nécessaires ». Dans ce cas-ci, il ne s'agit plus d'*entreprendre* des essais cliniques mais de poursuivre des recherches, autrement dit de conduire de *nouveaux* essais cliniques. Cependant nous pensons que la problématique de la poursuite ou non de recherches peut se questionner en amont, c'est-à-dire en interrogeant la pertinence de *d'initier* des essais cliniques. Ne pourrait-on pas, comme on peut le déduire du propos de Bunge, apprécier l'intérêt d'une MAC particulière en examinant attentivement son corpus théorique et sa commensurabilité avec les données scientifiques actuelles ? Comme nous l'avons déjà signalé la question de base que nous nous posons, doit-on ou non évaluer par des essais cliniques les pratiques issues des MAC, ne semble pas répandue. Concernant la problématique générale de l'intégration des MAC, nous avons plutôt affaire dans la littérature à des questionnements relatifs à l'intégration de *règles d'action cliniques* dans la *pratique clinique* ou encore à l'intégration des *praticiens* issus de telle ou telle MAC dans les institutions de santé.

Dans la partie suivante de ce chapitre, nous tâcherons de présenter différents arguments favorables et défavorables à l'évaluation de l'efficacité spécifique des MAC au moyen d'essais cliniques¹⁵³, tout en procédant à la critique de ces arguments. Ensuite, nous défendrons la thèse suivante : entreprendre ou non un essai clinique pour évaluer une *règle d'action thérapeutique* issue d'une MAC relève d'un choix politique qui ne peut se justifier de manière absolue.

150. M. Bunge, *Medical Philosophy*, op. cit., p. 21.

151. J.M. Menke, « Do Manual Therapies Help Low Back Pain ? A Comparative Effectiveness Meta-analysis », *Spine*, avril 2014, vol. 39, no 7, p. E463-E472.

152. J.-B. Paolaggi et J. Coste, *Le raisonnement médical : de la science à la pratique clinique*, Paris, Éditions Estem, 2001.

153. Voir la note de bas de page n°97 pour ce concept d'*efficacité spécifique*.

Comme nous l'avons vu précédemment, la recherche clinique vise à évaluer l'efficacité et la fiabilité¹⁵⁴ des *règles d'action cliniques*. Si nous nous appuyons sur notre sous-catégorisation de la catégorie *pratique clinique* (voir page 59), nous constatons que ces règles d'action ne sont pas isolées et peuvent s'articuler avec la sous-catégorie de la pratique clinique que nous avons appelée *corpus théorique*.

À partir de ces précisions et distinctions préalables (voir page 55-56 pour le détail complet), nous allons maintenant pouvoir nous intéresser aux arguments qui justifient ou non le fait d'évaluer par la recherche clinique les règles d'action thérapeutiques issues des MAC.

12. Présentation et critique des arguments

12.1 Arguments favorables

À chaque argument correspond une critique. L'intitulé de chaque argument est de notre fait.

1. Argument déontologique : les professionnels de santé sont tenus par le code de la santé publique et par leur code de déontologie respectif de pratiquer des soins conformes avec les données actuelles de la science. Or de nombreuses pratiques n'ont pas encore été ou pas complètement éprouvées. Parmi ces pratiques, plusieurs sont issues des MAC (ostéopathie, acupuncture, homéopathie, *etc.*) et sont utilisées par les professionnels de santé (médecins, sage-femmes, kinésithérapeutes, *etc.*). Il est donc nécessaire que ces pratiques fassent l'objet d'évaluation pour savoir si elles doivent ou non être interdites.

Critique 1. De nombreuses pratiques non-issues des MAC et non-éprouvées par la recherche clinique sont utilisées par les professionnels de santé. Cet argument ne peut donc justifier que l'on s'intéresse spécifiquement à telle ou telle règle d'action issue d'une MAC plutôt qu'à une règle de la pratique courante non-éprouvée (l'écrasante majorité des outils des pratiques paramédicales n'ont, par exemple, pas été évalués – soins infirmiers, orthophonie, ergothérapie, kinésithérapie, *etc.*).

2. Argument de la popularité : de nombreux praticiens et patients ont recours aux pratiques issues des MAC.

Critique 2. De nombreuses pratiques populaires en leur temps se sont avérées être des chimères sans avoir besoin de recourir à des essais cliniques. C'est le cas de la thérapie basée sur l'Orgone, de

154. La *fiabilité* (ou reproductibilité) est la « [...] propriété d'une mesure (et de l'instrument de mesure) dont les résultats peuvent être reproduits aussi longtemps que les conditions de la mesure ne changent pas ; les termes voisins sont reproductibilité, précision, fidélité. » Voir : J.-B. Paolaggi et J. Coste, *Le raisonnement médical*, op. Cit. ; la fiabilité s'applique également aux règles d'action diagnostiques qui n'impliquent pas d'instrument.

traitements à base de composés radioactifs, de cure de bitume et de l'application d'électrothérapies dans la première moitié du 20^e siècle¹⁵⁵. Qu'en sera-t-il demain ? Un site internet canadien¹⁵⁶ donne une liste de plus d'une soixantaine d'indications pour lesquelles l'argent colloïdal serait efficace. Parmi ces indications on trouve le SIDA, la sclérose en plaque, *etc.* Penser que parce que l'argent colloïdal deviendrait populaire il faudrait conduire un essai clinique pour chacune de ces prétentions n'est pas raisonnable.

3. Argument sécuritaire (qui se combine avec l'argument précédent) : il existe une forte demande pour les pratiques issues des MAC. La plupart d'entre elles n'ont pas été évaluées et on ne peut savoir si elles sont ou non sécuritaires. Il faut donc les évaluer pour apprécier les risques qu'encourt la population.

Critique 3. Ceci est également valable pour nombre de pratiques qui ne sont pas issues des MAC (voir critique 1). Les arguments défavorables 2 & 4 de la section suivante peuvent aussi servir ici de critique.

4. Argument de la justification politique/médicale : il faut justifier pourquoi on souhaite ou on ne souhaite pas intégrer/interdire ces pratiques.

Critique 4. Si l'on décidait d'évaluer les *règles d'actions relationnelles*¹⁵⁷ (être sympathique, être empathique, être à l'écoute, *etc.*) et que celles-ci ne montrent pas la preuve de leur efficacité dans les affections considérées, devra-t-on pour autant les interdire ou ne pas les intégrer ? Ceci paraît difficile à défendre. De surcroît, peut s'appliquer également ici la critique 1.

5. Argument de la curiosité épistémique : en l'absence d'évaluation clinique nous ne saurons jamais si ces pratiques sont efficaces.

Critique 5. Il existe une infinité de questions que l'on peut se poser sur le monde et *a fortiori* sur toutes les règles d'action que nous mettons en place pour essayer de le transformer. Il en est de même pour les règles d'action thérapeutiques. Il est donc nécessaire de faire des choix.

12.2 Arguments défavorables

Nous procédons ici selon la même présentation que dans la partie précédente.

155. D. Raynaud, Qu'est-ce que la technologie ?, Éditions Matériologiques, Paris, 2015.

156. Nombreux usages médicaux de l'argent colloïdal, <http://www.institut-katharos.com/#!/usages-medicaux-prouves-argent/cwq>, consulté le 15 avril 2016.

157. Des essais cliniques qui incorporent l'évaluation de ces règles existent déjà. Voir par exemple : D. Rakel, B. Barrett, Z. Zhang, T. Hoeft, B. Chewning, L. Marchand, et J. Scheder, « Perception of empathy in the therapeutic encounter : Effects on the common cold », *Patient Education and Counseling*, décembre 2011, vol. 85, no 3, p. 390-397.

1. Argument économique : entreprendre des essais cliniques est chronophage et financièrement coûteux (un des arguments de Bunge).

Critique 1. Ceci est vrai pour n'importe quelle règle d'action thérapeutique qu'elle soit issue des MAC ou non.

2. Argument de la multiplicité des pratiques et des indications (qui se combine avec l'argument 1) : entreprendre un essai clinique nécessite de se poser une question précise (Quelle règle d'action souhaite-t-on évaluer ? Pour quelle maladie ? Pour quels signes, symptômes ? Pour quel terme (court, moyen, long) ?). Or les MAC disposent d'une multitude de règles d'action pour un large ensemble d'indications. Si l'on prend l'exemple de l'ostéopathie, ses indications prétendues concernent des affections aussi diverses que la lombalgie (mal de dos), l'asthme, l'infertilité féminine¹⁵⁸ et bien d'autres encore !

Critique 2. Il existe également une multitude de règles d'action thérapeutiques non éprouvées qui sont appliquées tous les jours par les professionnels de santé.

3. Argument de l'allocation des ressources (toujours en combinaison avec l'argument 1) : la plupart des MAC ont des prétentions à prendre en charge des troubles fonctionnels. C'est-à-dire des troubles pour lesquels nous n'avons pas de connaissance sur l'étiopathogénie et pas de certitude sur l'entité nosologique : c'est le cas des lombalgies, du syndrome de l'intestin irritable, du syndrome fibromyalgique, *etc.* Ces affections ne sont pas une priorité de santé publique.

Critique 3. Nombre de maladies chroniques sont soit des troubles fonctionnels, soient des affections pour lesquelles, par définition, un traitement curatif n'existe pas. La démonstration du coût pour la société de ces affections n'est plus à faire¹⁵⁹. Avancer l'idée d'une hiérarchie dans les enjeux de santé publique implique d'une part de préciser les critères de choix pour cette hiérarchie, et d'autre part, si le coût économique fait partie de ces critères, de disposer d'éléments empiriques consistants. En effet, l'appréciation du coût économique d'une affection ne s'apprécie pas au doigt mouillé et nécessite des études médico-économiques rigoureuses¹⁶⁰.

4. Argument de la dynamique de la catégorie MAC : l'histoire des MAC montre que la catégorie MAC s'enrichit de manière incessante de nouvelles entités. À ce jour, la Collaboration

158. J.-P. Barral et P. Mercier, *Manipulations viscérales 1*, 2e éd., Paris, Elsevier Masson, 2004.

159. Voir par exemple pour la lombalgie : S. Dagenais, J. Caro, et S. Haldeman, « A systematic review of low back pain cost of illness studies in the United States and internationally », *The Spine Journal*, janvier 2008, vol. 8, no 1, p. 8-20.

160. J.-B. Paolaggi et J. Coste, *Le raisonnement médical*, *op. cit.*

Cochrane¹⁶¹ recense plus de quatre cents médecines alternatives et complémentaires. Comme le fait remarquer Thomas Sandoz, historien des MAC¹⁶², celles-ci s'hybrident en permanence pour en créer de nouvelles¹⁶³. Chercher à évaluer ces pratiques s'apparente donc à un véritable rocher de Sisyphe.

Critique 4. De nouvelles thérapeutiques apparaissent tous les jours même au sein de la médecine classique.

5. Argument de la parcimonie des hypothèses : les MAC ont des prétentions d'efficacité pour des affections ou des symptômes à composante psychosomatique majoritaire (douleur, anxiété, inconfort digestif, *etc.*). Or, ces affections sont très sensibles aux effets contextuels. Il est donc plus parcimonieux d'envisager l'hypothèse d'un effet placebo que l'hypothèse d'une efficacité spécifique. Par conséquent des évaluations sont inutiles.

Critique 5. L'écrasante majorité des traitements pharmacologiques des affections courantes sont des traitements symptomatiques. La classe des antalgiques par exemple, s'adresse par définition au symptôme qu'est la douleur. La douleur est psychosomatique par essence, c'est un vécu. Doit-on donc d'emblée considérer qu'un traitement de cette classe est un placebo ? Il est évident que dans ce cas l'argument ne tient pas.

6. Argument méthodologique : il existe d'autres méthodes moins coûteuses et moins complexes pour évaluer l'efficacité potentielle d'une MAC. Parmi elles on trouve les études testant les *règles d'action diagnostiques*. En effet, si une MAC prétend utiliser telle ou telle règle d'action thérapeutique *en fonction* des résultats de la mise en application de ses *règles d'action diagnostiques*, alors si ces règles d'action diagnostiques sont démontrées non fiables, on pourra en déduire l'inefficacité des règles d'action thérapeutiques.

Critique 6. Le fait qu'une règle d'action diagnostique soit démontrée non-fiable n'implique pas nécessairement que le traitement qui en découle le soit aussi. En fait, tout dépend dans quelle mesure la règle diagnostique s'*articule* avec la règle thérapeutique. Si quelle que soit la règle diagnostique, c'est toujours le même traitement qui est délivré, alors évaluer la règle diagnostique ne sera pas informatif. En médecine physique et réadaptation (qui comprend la kinésithérapie) par

161. La Collaboration Cochrane est une organisation internationale indépendante à but non lucratif dont l'objet est l'organisation systématique des informations issues de la recherche clinique.

162. T. Sandoz, *Histoires parallèles de la médecine : Des Fleurs de Bach à l'ostéopathie*, Seuil, 2005.

163. Donnons un exemple éloquent d'hybridation récente. En plus de l'ostéopathie crânienne, nous avons également travaillé récemment pour le Conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes sur une pratique nommée « microkinésithérapie ». Il y a peu de temps, nous apprenions l'existence de deux pratiques récentes distinctes appelées « micro-ostéopathie » et « micro-ostéo-digitale ».

exemple, il est d'usage de réaliser chez un patient lombalgique chronique un examen morphostatique¹⁶⁴. En pratique, cet examen chronophage réalisé parfois méticuleusement n'a que rarement une incidence sur les règles d'action thérapeutiques qui vont être appliquées par la suite.

7. Argument épistémique 1 : le *corpus théorique* des MAC est incommensurable avec les données scientifiques actuelles (c'est un des arguments de Bunge).

Critique 7. L'incommensurabilité d'un corpus théorique n'est pas nécessairement connecté au traitement qui en découle. Si les concepts de la médecine traditionnelle chinoise de "qi", de "ying", de "yang" et de "méridiens énergétiques" s'inscrivent dans un corpus théorique incommensurable avec les données scientifiques actuelles, cela n'exclut pas le fait que sur les multiples herbes utilisées par cette MAC, certaines aient une efficacité réelle à découvrir.

8. Argument épistémique 2 : les mécanismes possibles d'une hypothétique efficacité des règles d'action thérapeutiques issues de certaines MAC ne sont scientifiquement pas plausibles (c'est un des arguments de Bunge).

Critique 8. Cet argument s'avère être selon nous un argument difficilement critiquable. Il existe tout de même une critique classique qui prend la forme qui suit : si des hypothèses ne paraissent pas plausibles aujourd'hui c'est parce que nous n'avons tout simplement pas encore les moyens de les tester. Le problème est que cet argument peut être avancé pour défendre n'importe quelle hypothèse aussi fantaisiste soit-elle. On nous rétorquera que des hypothèses sont apparues fantaisistes en leur temps mais se sont avérées valables par la suite (l'hypothèse de la rotondité de la terre pourra alors être invoquée comme illustration).

9. Argument épistémique 3 : si des essais cliniques sont conduits et qu'ils sont négatifs, cela ne prouvera pas que la pratique évaluée n'est pas efficace mais simplement que l'on a échoué à mettre en évidence son efficacité (mauvais praticiens, méthode inadaptée, mauvaise manière d'appliquer les règles, etc.).

Critique 9. Cet argument est à double tranchant. D'un côté, il est tout à fait possible que l'effet réel d'un traitement ne soit pas mis en évidence dans un essai clinique rigoureux. Par exemple, l'aspirine réduit le risque de maladie coronarienne pour 15 patients sur 10 000 traités par an¹⁶⁵. Des essais cliniques utilisant un petit échantillon (200 ou 300 personnes par exemple) auraient facilement pu

164. L'examen morphostatique est un examen clinique qui consiste à apprécier qualitativement et quantitativement l'organisation spatiale de certains repères osseux pour une posture donnée. Par exemple, chez un individu dans une position debout standardisée, on va apprécier l'horizontalité de la ligne imaginaire passant par les deux épines iliaques postéro-supérieures (deux repères osseux classiques des deux os coxaux du bassin).

165. A. Morabia, Santé - Distinguer croyances et connaissances, Odile Jacob, Paris, 2011.

passer à côté de cet effet. D'un autre côté, remettre en cause systématiquement la méthodologie des essais pour en rejeter les résultats frise l'irréfutabilité. C'est la pente que semble prendre les tenants de l'homéopathie face à un récent rapport australien¹⁶⁶. Ce rapport conclut, suite à l'analyse de 225 essais cliniques, à l'échec de l'homéopathie à se montrer plus efficace qu'un placebo pour plus d'une soixantaine d'affections¹⁶⁷.

13. MAC et recherche clinique : un choix politique

Dans la partie précédente, nous avons envisagé cinq arguments favorables et neuf arguments défavorables à la recherche clinique sur les MAC. Pour chacun de ces arguments, nous avons proposé une critique possible. De cette analyse critique, il ressort qu'aucun argument, qu'il soit favorable ou non, n'est irréfutable. De ce constat nous dégagons la conclusion suivante, plutôt banale, qui est que choisir ou non d'entreprendre des recherches cliniques sur telle ou telle MAC relève d'un choix politique qui devrait faire l'objet d'une discussion au cas par cas. À l'inverse, prétendre pouvoir avancer des raisons définitives de ne pas entreprendre de recherche clinique pour évaluer les règles d'action thérapeutiques issues des MAC ne nous semble pas justifié. Autrement dit, s'il n'est pas raisonnable de rejeter *a priori* en bloc de la recherche clinique toute MAC, nous pensons l'inverse vrai également. Faire un choix est une obligation qui s'impose à nous en vertu de l'argument de la finitude des ressources et du temps disponible pour une société donnée. Une nouvelle problématique émerge alors : comment choisir et sur la base de quels critères ? Nous nous proposons d'essayer de répondre à cette question en proposant d'abord dans la partie suivante un certain nombre de critères que nous essayerons ensuite d'appliquer à une MAC particulière : l'ostéopathie crânienne.

14. Quels critères de décision ?

14.1 Proposition de critères

Dans cette partie, nous allons proposer plusieurs critères pour orienter une décision en matière d'évaluation clinique d'une MAC spécifique. Cette proposition se veut utile à une évaluation à la fois comparative (telle MAC plutôt que telle autre) et absolue (évaluer ou non telle ou telle MAC). Dans ce dernier cas, il ne sera pas proposé de règle quant au nombre de critères nécessaires à une

166. L'homéopathie est-elle totalement inefficace ? - France Inter, <http://www.franceinter.fr/depeche-l-homeopathie-est-elle-totalement-inefficace>, consulté le 12 avril 2016.

167. NHMRC Statement on Homeopathy and NHMRC Information Paper - Evidence on the effectiveness of homeopathy for treating health conditions | National Health and Medical Research Council, <http://www.nhmrc.gov.au/guidelines-publications/cam02>, consulté le 16 avril 2016.

décision favorable ou défavorable. Il ne sera pas non plus proposé de pondération pour ces différents critères. Précisons qu'à chaque fois que sera évoqué le terme de « coût », il s'agira d'un coût au sens large (financier, humain, temporel, *etc.*). Chaque critère sera considéré, dans la mesure du possible, de manière isolée. Cela signifie qu'à chaque fois que nous avons suggéré une inclination (favorable ou défavorable) pour l'évaluation d'un critère, celle-ci doit être interprétée *toutes choses égales par ailleurs*. L'ordre dans lequel apparaissent les critères n'informe pas de leur importance hiérarchique, sur laquelle nous n'avons pas travaillé.

14.1.1 Critère démographique

Le nombre de praticiens d'une MAC est un critère à prendre en compte. Dans la mesure où de nouvelles MAC émergent continuellement et que n'importe quelle personne peut créer sa propre thérapie, il apparaît important de considérer la diffusion de la dite thérapie. Par exemple en France, les ostéopathes sont plus nombreux que les chiropracteurs. Selon ce critère, en France, un essai clinique en ostéopathie serait plus pertinent à entreprendre qu'un essai clinique en chiropraxie¹⁶⁸.

14.1.2 Présence dans le système de santé

S'intéresser à la présence et à la diffusion d'une MAC au sein d'un système de santé peut signifier s'intéresser au nombre de professionnels de santé définis par le code de la santé publique¹⁶⁹ qui la pratique, aux programmes de formation de ses professionnels et à la pratique effective de cette MAC en médecine de ville ou dans les services hospitaliers. Par exemple, l'acupuncture, l'homéopathie ou l'ostéopathie peuvent être et sont pratiquées par des médecins. Les médecins qui pratiquent ces MAC sont souvent organisés en syndicats^{170,171,172}. À notre connaissance, il n'existe que peu de médecin français chiropraticien ou biokinergiste. D'après ce critère, évaluer l'homéopathie est préférable à la biokinergie.

14.1.3 Prévalence des recours

Ce critère est intimement lié au critère n°1. Il s'agit par exemple du nombre d'individus qui consultent chaque année pour une MAC donnée (prévalence annuelle). Une forte prévalence en matière de recours à une MAC est un élément favorable à la réalisation d'une évaluation clinique.

168. Ceci est valable pour le contexte français. Aux États-Unis ou en Suisse, c'est l'inverse qui est vrai (plus de chiropracteurs que d'ostéopathes). Le résultat de l'évaluation de ce critère pour ces pays serait donc différent. Pour les exemples qui illustrent le reste des critères, nous avons toujours choisi la France comme pays de référence.

169. Code de la santé publique | Legifrance, <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do cidTexte=LEGITEXT000006072665>, consulté le 12 mai 2016.

170. SNMHF : Syndicat National des Médecins Homéopathe Français, <http://www.snmhf.net/>, consulté le 12 mai 2016

171. SNMAF, <http://www.acumedsyn.org/>, consulté le 12 mai 2016.

172. SNMO, <http://www.medecin-osteopathe.org/accueil.htm>, consulté le 12 mai 2016.

14.1.4 Risques

Ce critère se décline en deux sous-critères :

(a) Les risques *effectifs* d'une MAC s'évaluent par la prévalence et l'incidence des cas problématiques, des signalements d'effets indésirables. Ce sous-critère nécessite bien sûr qu'existe effectivement un système de recensement.

(b) Les risques *potentiels* pour le patient au regard de la forme du traitement (imposition des mains pour un magnétiseur *versus* manipulation du rachis cervical pour un chiropracteur) peuvent également être considérés. Par exemple, la manipulation du rachis cervical par un chiropracteur peut être vue comme potentiellement plus dangereuse que l'imposition des mains du magnétiseur.

Les risques *potentiels* ou *effectifs* peuvent être pris en considération dans l'évaluation de l'intérêt ou non d'entreprendre un essai clinique. Il est en effet important de tester les bénéfices d'un traitement à risque pour bien évaluer sa balance bénéfices/risques¹⁷³.

14.1.5 Existence et résultats d'essais cliniques

Ce critère nécessite la recherche ou la mise en œuvre de *revues systématiques de littérature* et éventuellement de *méta-analyses*¹⁷⁴. À partir de ce critère plusieurs cas de figure peuvent être envisagés. Pour chaque cas de figure, son appréciation est placée entre parenthèses :

- (a) aucun essai clinique déjà conduit (favorable à une évaluation clinique de la MAC) ;
- (b) plusieurs essais cliniques mais sur des affections diverses (favorable) ;
- (c) plusieurs essais cliniques sur une même affection :
 - bonne qualité méthodologique (défavorable) ;
 - mauvaise qualité méthodologique favorisant l'émergence de résultats positifs (exemple : multiplicité des critères de jugement sans correction statistique) :
 - absence d'effet (défavorable) ;

173. Pour les MAC, on peut concevoir d'autres gammes de risques telles que les *intrusions spiritualistes*, les *dérives dites sectaires*, les *risques médicaux indirects* (retard de diagnostic, perte de chance, etc.). Chacune de ces gammes nécessiterait un long développement voir un travail à part entière que nous n'avons pas souhaité entreprendre ici. Au sujet des intrusions spiritualistes, le lecteur pourra approfondir ici : J. Dubessy, G. Lecointre, et J. Bouveresse (éd.), *Intrusions spiritualistes et impostures intellectuelles en sciences*, Paris, Syllepse, 2001.

174. Une *revue systématique de littérature* consiste en la réalisation d'une recherche, d'une analyse et d'une synthèse de la littérature scientifique selon une méthodologie explicite qui permette sa reproductibilité. Une *méta-analyse* consiste en une revue systématique de littérature visant la réunion des données issues d'essais cliniques les plus homogènes possibles dans leur réalisation (groupes comparés, méthodologie, etc.) afin de leur appliquer un traitement statistique spécifique aboutissant à un résultat de synthèse.

- effet statistiquement ou cliniquement significatif (favorable) ;
- mauvaise qualité méthodologique défavorisant l'émergence de résultats positifs (exemple : taille de l'échantillon inadapté au regard de la taille de l'effet attendue) (favorable dans tous les cas).

14.1.6 Existence et résultats d'études diagnostiques

L'inexistence de telles études pour la MAC considérée est défavorable à son évaluation par un essai clinique. En effet, dans la mesure où une *pratique clinique* articule à la fois des *règles d'action diagnostiques* et des *règles d'action thérapeutiques*, il apparaît raisonnable que soit privilégié en priorité l'évaluation des règles d'action diagnostiques qui conditionnent l'utilisation des règles d'action thérapeutiques. Par exemple, le *National Health and Medical Research Council* australien a réalisé une revue systématique de la littérature scientifique sur l'efficacité de l'homéopathie pour une soixantaine d'affections¹⁷⁵. Les résultats indiquent que l'homéopathie n'a pas d'efficacité thérapeutique supérieure à l'efficacité d'un placebo pour toutes les affections considérées. Cependant, ces résultats sont contestés par certains membres de la communauté des homéopathes au prétexte que ces essais cliniques testent des traitements homéopathiques homogènes. Selon les homéopathes, chaque patient étant différent, la présence d'une même pathologie n'indique pas nécessairement que le même traitement devrait être prescrit. Autrement dit, les homéopathes prétendent individualiser les traitements. Cet argument est selon nous tout à fait recevable et conforte l'intérêt du présent critère. En effet, si les traitements homéopathiques sont individualisés cela signifie que les homéopathes mettent en place des *règles d'action diagnostiques* qui les conduisent à choisir tel ou tel traitement pour un patient donné. Par conséquent, l'évaluation de ces règles d'action diagnostiques permettrait de tester cette prétention d'individualisation. Par exemple, la reproductibilité inter-observateur est la capacité qu'ont différents examinateurs à aboutir à un même résultat d'évaluation pour un patient donné. Cette reproductibilité pourrait être testée en demandant à 10 homéopathes d'évaluer séparément un même patient et de comparer les traitements prescrits. Si la démarche homéopathique est reproductible, alors les 10 homéopathes devraient proposer le même traitement au patient. Si cette reproductibilité n'est pas au rendez-vous, cela n'implique pas nécessairement que les traitements prescrits soient inefficaces mais cela implique en revanche qu'il n'y a pas lieu de privilégier tel ou tel traitement dans un essai clinique puisque les homéopathes ne peuvent se mettre d'accords entre eux. Ce type d'étude relativement peu coûteux

175. « *NHMRC Statement on Homeopathy and NHMRC Information Paper - Evidence on the effectiveness of homeopathy for treating health conditions | National Health and Medical Research Council* », *op. cit.*

devrait être un prérequis aux essais cliniques. Dans le cas où des études de ce type existent, des résultats négatifs (absence de reproductibilité inter-observateur, *etc.*) doivent décourager la réalisation d'essais cliniques et inversement pour des résultats positifs.

14.1.7 Plausibilité scientifique des fondements théoriques

Comme nous l'avons déjà évoqué (voir pages 55-56), une pratique clinique de type MAC se rattache à un *corpus théorique* (explicite ou non) à l'intérieur duquel on trouve des énoncés sur le fonctionnement et les dysfonctionnements du corps humain (étiopathogénie, physiopathologie, *etc.*). La validité scientifique de ces conceptions doit pouvoir fournir un critère quant à l'intérêt ou non d'évaluer les actions thérapeutiques de la MAC considérée :

(a) Il peut s'agir de la plausibilité physiologique des conceptions théoriques issues du *corpus théorique* de la MAC. Par exemple, l'ostéopathie crânienne postule une mobilité des os du crâne tout au long de la vie. Cette hypothèse paraît *a priori* plus plausible que l'hypothèse de la circulation d'un fluide énergétique dans le corps humain pour les MAC de type magnético-énergétique.

(b) Il peut être aussi examiné la plausibilité physiopathologique des conceptions théoriques issues du *corpus théorique* de la MAC. Par exemple, l'ostéopathie viscérale suppose l'existence de déterminants mécaniques (perturbation de la mobilité des viscères entre eux) dans la physiopathologie des troubles fonctionnels digestifs (syndrome de l'intestin irritable, reflux gastroesophagien, *etc.*). Cette hypothèse paraît *a priori* plus plausible qu'une autre de type généalogique qui énoncerait comme déterminant causal à ces troubles digestifs le vécu d'un événement traumatique chez un lointain ancêtre.

Les points (a) et (b) consistent évidemment en une évaluation *a priori* qui doit s'accompagner d'une évaluation *a posteriori* par la lecture de la littérature scientifique sur le sujet. Par exemple, concernant l'hypothèse mécaniste de l'ostéopathie viscérale pour les troubles fonctionnels digestifs, celle-ci s'avère absente des nombreuses hypothèses du « marché scientifique » pour expliquer le trouble fonctionnel digestif le plus fréquent : le syndrome de l'intestin irritable¹⁷⁶. À ce titre, il est donc légitime de considérer la validité scientifique de l'hypothèse de l'ostéopathie viscérale avec suspicion et ce d'autant plus qu'elle ne s'accompagne d'aucun étayage expérimental même minime.

Un autre point pour lequel il peut être pertinent d'évaluer la validité ou commensurabilité scientifique du corpus théorique d'une MAC est l'ensemble des hypothèses explicatives pour

176. M. El-Salhy, « Irritable bowel syndrome : Diagnosis and pathogenesis », World Journal of Gastroenterology, octobre 2012, vol. 18, no 37, p. 5151-5163.

l'efficacité prétendue du traitement. En effet, s'il est par exemple possible de concevoir une hypothèse plausible scientifiquement pour expliquer l'efficacité de telle ou telle herbe issue de la pharmacopée traditionnelle chinoise, il est en revanche plus délicat d'imaginer une hypothèse pour expliquer le potentiel mécanisme d'action thérapeutique d'une imposition des mains.

En tout état de cause, nous pensons que le manque de plausibilité ou de validité scientifique des différents types d'hypothèses doit constituer un critère défavorable à l'évaluation clinique de la MAC concernée.

14.1.8 Prétentions thérapeutiques

Pour ce critère, il s'agit de déterminer quelles sont les prétentions thérapeutiques associées à la MAC considérée selon les sous-critères suivants :

- la prévalence de la pathologie que prétend prendre en charge la MAC (importante ou non) ;
- les conséquences sociales et économiques de la pathologie ;
- la pertinence clinique des paramètres rattachés à la pathologie que la MAC prétend améliorer ;
- la précision sur la taille et sur le maintien des effets (court, moyen, long terme) ;
- la précision des prétentions¹⁷⁷ ;
- les avantages prétendus par rapport aux traitements existants.

14.1.9 Coût de l'action thérapeutique

L'*action thérapeutique* résulte de l'application d'une *règle d'action thérapeutique*¹⁷⁸ : donner telle ou telle gélule, donner tel ou tel conseil, réaliser telle ou telle action manuelle, prescrire une cure de jeûne dans un centre spécialisé, etc. Pour ce critère, l'intérêt à l'évaluation de la MAC est inversement proportionnel au coût. C'est-à-dire que toutes choses égales par ailleurs, une MAC (x) dont les actions thérapeutiques sont plus coûteuses que la MAC (y) est moins intéressante à évaluer que la MAC (y).

177. Par exemple, les prétentions attachées aux élixirs floraux de Bach telles que : « Cache ses soucis derrière un masque jovial », « Peur ou inquiétude sans raison apparente » ou « Difficulté à dire non, veut toujours plaire », ne peuvent pas être considérées comme suffisamment précises...Fleurs de bach Originales, élixirs Floraux, Formation Fleurs de Bach, Edward Bach, http://www.mesfleursdebach.com/produit_liste.asprproduitsiege_soussousfamille=1, consulté le 20 mai 2016.

178. Pour rappel, une *règle d'action thérapeutique* prend la forme conditionnelle suivante : « Si ce patient présente la maladie x, alors je dois réaliser l'action thérapeutique y ». De manière plus générale, une *règle d'action* présente la forme conditionnelle suivante : « Si je suis confronté à la situation x, alors je dois réaliser y ».

14.1.10 Coût de l'agent thérapeutique

L'*agent thérapeutique* est l'objet vers lequel est orienté l'*action thérapeutique* : une gélule, un conseil, une action manuelle, une cure de jeûne dans un centre spécialisé, *etc.* Notons que dans le cas de l'action manuelle, l'agent thérapeutique et l'action thérapeutique se confondent. Pour ce critère également, l'intérêt à l'évaluation de la MAC est inversement proportionnel au coût.

14.1.11 Typologie des critères de jugement

Un *critère de jugement* correspond à ce qui va être mesuré pour juger de l'efficacité thérapeutique d'un traitement au cours d'un essai clinique. Ces critères peuvent être *subjectifs* (par exemple : douleur, anxiété, qualité de vie, incapacité fonctionnelle, *etc.*) par opposition à des critères *objectifs* (grandeurs évaluables par une mesure physique, taux d'un élément sanguin, survie, vitesse de marche, *etc.*). Ces critères peuvent également être dit en *auto-évaluation* (c'est le patient qui réalise la mesure) par opposition à des critères en *hétéro-évaluation* (c'est un agent autre que le patient qui réalise la mesure). Des critères objectifs et en hétéro-évaluation sont préférables à des critères subjectifs et en auto-évaluation pour prévenir le risque d'un biais d'évaluation (voir plus bas) d'autant plus grand que l'essai n'est pas réalisé en aveugle (voir plus bas). S'il n'est pas possible de réaliser une évaluation de critères objectifs et en hétéro-évaluation pour une MAC spécifique, alors ceci ne doit pas encourager à son évaluation clinique.

14.1.12 Possibilité du double aveugle ou du simple aveugle

Le *double aveugle* est un sous-dispositif méthodologique de l'essai clinique comparatif contre placebo. Un *placebo* est un simulacre d'*agent thérapeutique X* qui ne doit pas pouvoir être différencié du véritable *agent thérapeutique X* par son apparence phénoménique (goût, odeur, apparence visuelle, *etc.*), ni par le praticien ni par le patient. L'agent thérapeutique X est le traitement dont on cherche à évaluer l'efficacité thérapeutique au moyen de l'essai clinique. On dit qu'un essai clinique comparatif est *ouvert* quand les patients et les praticiens savent, respectivement, que le traitement qu'ils reçoivent et le traitement qu'ils donnent est le placebo ou l'agent thérapeutique. On dit qu'un essai clinique comparatif contre placebo est en *simple aveugle* lorsque les patients impliqués dans l'essai ne savent pas si le traitement qu'ils reçoivent est le placebo ou l'agent thérapeutique. On dit qu'un essai clinique comparatif est en *double aveugle* lorsque les patients *et* les praticiens ne savent pas, respectivement, si le traitement qu'ils reçoivent et qu'ils administrent est le placebo ou l'agent thérapeutique. Ce sous-dispositif méthodologique permet d'éviter les *biais de suivi, de mesure et d'évaluation*.

Un *biais de suivi* est suspecté lorsque les groupes de l'essai comparatif ne sont pas comparables ou perdent leur comparabilité au cours de l'essai. Cette absence ou perte de comparabilité risque d'induire des différences dans la façon dont les groupes vont être suivis au cours de l'essai (plus d'attention envers le groupe traité par l'agent thérapeutique, *etc.*). Un *biais d'évaluation* est suspecté pour les mêmes raisons que pour le biais de suivi, avec des conséquences ici sur la façon dont les groupes vont être évalués au cours de l'essai (risque de majoration ou de minoration des résultats pour le groupe traité par l'agent thérapeutique, *etc.*).

Pour bon nombre de MAC, en particulier celles impliquant des actions thérapeutiques manuelles, mettre en place un double aveugle n'est pas possible car le praticien connaît nécessairement le traitement (placebo ou agent thérapeutique) qu'il délivre. En outre, la concomitance de l'action thérapeutique manuelle avec l'action relationnelle du toucher¹⁷⁹ interroge sur la façon dont l'application d'une action thérapeutique manuelle placebo *dégrade* sa composante relationnelle (fermeture des prises et des contacts, *etc.*) ainsi que l'ensemble des actions relationnelles inconscientes déployées par le praticien (mimiques, ton de voix, posture, *etc.*). Ainsi on peut aussi se questionner sur la capacité du patient à percevoir cette dégradation. Car si le patient est capable même inconsciemment de percevoir cette dégradation, le simple aveugle est également rompu. En dehors des actions thérapeutiques manuelles, d'autres agents thérapeutiques soulèvent des difficultés en matière de préservation du simple aveugle. C'est le cas par exemple des agents thérapeutiques de type « modification du comportement alimentaire » tels que les régimes ou le jeûne. Dans le cadre du jeûne par exemple, il n'est évidemment pas possible d'avoir un simple aveugle strict. Dans un cas comme dans l'autre, l'impossibilité de réaliser un double aveugle ou un simple aveugle nuit à l'interprétation que l'on peut faire des résultats d'un essai clinique et doit donc être considérée comme un critère défavorable à l'évaluation d'une règle d'action thérapeutique issue d'une MAC. Comparativement, le fait de ne pas pouvoir réaliser un simple aveugle est plus problématique que le fait de ne pas pouvoir réaliser un double aveugle.

14.1.13 Possibilité d'une démarche analytique

Ce critère nécessite d'évaluer si des règles d'actions thérapeutiques peuvent être isolées au sein de la pratique clinique. Dans le cas de l'ostéopathie par exemple, certains ostéopathes soutiennent qu'il n'est pas possible de segmenter leur pratique et que c'est l'ensemble de leur pratique clinique

179. Toucher quelqu'un peut avoir une influence notable sur le comportement d'autrui indépendamment de toute dimension thérapeutique. Voir par exemple le travail princeps de Goldman et *al.* : M. Goldman, O. Kiyohara, et D. Pfannensteil, « Interpersonal Touch, Social Labeling, and the Foot-in-the-Door Effect », *The Journal of Social Psychology*, 1983, vol. 125, no 2, p. 143-147.

qui doit être évaluée¹⁸⁰. En recherche clinique, une évaluation de ce type s'appelle une évaluation en « boîte noire ». Le problème que pose ce type d'évaluation ne peut s'appréhender indépendamment du critère précédent (possibilité du double aveugle ou du simple aveugle). Comme nous l'avons expliqué, l'impossibilité de réaliser un double aveugle ou un simple aveugle nuit à l'interprétation que l'on peut faire des résultats d'un essai clinique et doit être considéré comme un critère défavorable à l'évaluation d'une règle d'action thérapeutique. Or, l'évaluation d'une pratique clinique selon le principe de la « boîte noire », s'il est certain qu'elle ne permet pas le double aveugle, rend la possibilité de tendre vers un simple aveugle difficile. En effet, bien que la mise en place d'un simple aveugle « pur » pour certains agents thérapeutiques (action thérapeutique manuelle, jeûne, *etc.*) ne soit pas possible, on peut cependant essayer de s'en rapprocher en évaluant par exemple *a priori* la crédibilité du placebo conçu. C'est ce qu'a fait par exemple l'équipe de Haller et *al.*¹⁸¹ pour évaluer la thérapie crâniosacrée (sous-ensemble de l'ostéopathie crânienne). Le problème de l'évaluation en « boîte noire » est qu'elle augmente considérablement la complexité de ce qui est évalué (un mélange de règles d'actions diagnostiques, thérapeutiques et relationnelles). Il devient donc beaucoup plus difficile voir impossible de concevoir un placebo de « boîte noire » et ainsi de se rapprocher un tant soit peu d'un simple aveugle. Comme pour le critère précédent, cette situation nuit à l'interprétation que l'on peut faire des résultats d'un essai clinique dans des proportions supérieures à la simple absence de double ou de simple aveugle. Ce critère doit donc être considéré comme un critère défavorable à l'évaluation clinique d'une MAC.

14.2 Étude de cas : l'ostéopathie crânienne

14.2.1.1 Contexte

Depuis quelques années, différentes institutions sanitaires ou scientifiques françaises s'intéressent aux MAC et à leur efficacité thérapeutique. L'INSERM par exemple, a déjà proposé plusieurs rapports sous forme de revues systématiques de littérature. Ont été ainsi analysées l'ostéopathie, l'acupuncture et l'hypnothérapie^{182,183,184}. L'Académie nationale de médecine a émis quant à elle un rapport sur les MAC en 2011 mais n'a pas réalisé de revue systématique de la

180. Communication personnelle.

181. H. Haller, R. Lauche, H. Cramer, T. Rampp, F.J. Saha, T. Ostermann, et G. Dobos, « Craniosacral Therapy for the Treatment of Chronic Neck Pain : A Randomized Sham-controlled Trial », *The Clinical Journal of Pain*, mai 2016, vol. 32, no 5, p. 441-449.

182. C. Barry et B. Falissard, *Evaluation de l'efficacité de la pratique de l'ostéopathie*, *op. cit.*

183. J. Gueguen, C. Barry, C. Hassler, et B. Falissard, *Evaluation de l'efficacité de la pratique de l'hypnose*, INSERM, 2015.

184. C. Barry, V. Seegers, J. Gueguen, C. Hassler, A. Ali, et B. Falissard, *Evaluation de l'efficacité et de la sécurité de l'acupuncture*, INSERM, 2014.

littérature scientifique ni de méta-analyse¹⁸⁵. Le Conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes s'est pour sa part intéressé à plusieurs pratiques telles que la fasciathérapie méthode Danis Bois, la microkinésithérapie, la biokinergie et dernièrement l'ostéopathie crânienne. Concernant les deux dernières pratiques, nous avons participé à l'élaboration des expertises¹⁸⁶. Si la biokinergie, pratique relativement récente et peu répandue n'a pas exigé une investigation très lourde, l'ostéopathie crânienne en revanche a nécessité plusieurs revues systématiques de littérature ainsi qu'une enquête historique poussée. L'enjeu fut à la fois de réaliser un historique des fondements théoriques et pratiques de cette MAC, d'évaluer ses fondements théoriques au regard des connaissances scientifiques actuelles, et de rechercher et analyser les études diagnostiques et essais cliniques à son sujet. Avant de nous intéresser à l'état de la recherche clinique en ostéopathie crânienne, nous allons présenter succinctement cette pratique.

14.2.2 Présentation de l'ostéopathie crânienne

14.2.2.1 Un bref historique¹⁸⁷

L'ostéopathie crânienne est un courant de l'ostéopathie. Il convient donc de donner quelques éléments de présentation relatifs à l'ostéopathie avant de détailler le courant « crânien ».

De nombreuses définitions de l'ostéopathie ont été proposées depuis celle de son fondateur Andrew Taylor Still à la fin du 19^e siècle¹⁸⁸. Il n'existe à ce jour en France pas de définition légale même si un décret définit les actes de cette pratique. À titre illustratif, évoquons la définition de l'association Académie d'ostéopathie de France : « L'ostéopathie est une approche diagnostique et thérapeutique manuelle des dysfonctions de mobilité articulaire et tissulaire en général, dans le cadre de leur participation aux altérations de l'état de santé. »¹⁸⁹ L'ostéopathie comprend une multitude de courants et de pratiques dérivées. Cependant, trois champs majoritaires ressortent dans l'analyse de la littérature ostéopathique : l'ostéopathie dite crânienne, l'ostéopathie dite viscérale et l'ostéopathie dite structurelle.

185. D. Bontoux, D. Couturier, et C.-J. Menkès, *Thérapies complémentaires - acupuncture, hypnose, ostéopathie, taï-chi - leur place parmi les ressources de soins*, Académie de médecine, 2013.

186. L'auteur de ce mémoire, l'un des directeurs de ce mémoire (Nicolas Pinsault) ainsi que Nelly Darbois et Richard Monvoisin tous membres du Collectif de recherche transdisciplinaire esprit critique et sciences (CORTECS) missionné par le Conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes pour réaliser ses expertises.

187. Ce bref historique s'appuie sur la vaste enquête historique disponible ici : *CORTECS, L'ostéopathie crânienne, op. Cit.* ; toutes les sources des propos tenus dans cette partie son disponibles dans ce rapport.

188. A.T. Still, *The Philosophy and Mechanical Principles of Osteopathy*, The Still Project eBook, 1902.

189. Académie d'Ostéopathie de France | Conservatoire, Laboratoire et Observatoire de l'Ostéopathie Francophone, <https://academie-osteopathie.fr/>, consulté le 15 novembre 2015.

Le fondateur états-unien de l'ostéopathie crânienne, William Garner Sutherland (1873-1954) est un contemporain de Still, le fondateur de l'ostéopathie. En 1898, Sutherland s'inscrit à l'école d'ostéopathie de Kirskville, fondée par Still, et en sort diplômé en 1900. En 1907, il fut élu président de la *Minnesota State Osteopathic Association* et fut délégué de l'*American Osteopathic Association* (AOA). C'est seulement dans les années 20 qu'il commença à élaborer les éléments théoriques de la future ostéopathie crânienne. La construction de ces éléments pris corps sur la base de différentes démarches : l'observation de crânes, l'étude d'ouvrages de mécanique, l'étude des ouvrages de Still, l'étude des travaux du philosophe théologien suédois Emanuel Swedenborg (1688-1772), sa pratique clinique, et des auto-expérimentations (d'auto-palpation notamment) sur sa personne. L'hypothèse centrale de Sutherland survint durant l'observation d'un crâne désarticulé de la collection de Still en 1899. Pendant cette observation, il fit une analogie entre la configuration des surfaces articulaires de l'os sphénoïde et celle des ouïes du poisson. De cette analogie il émit l'hypothèse que les os du crâne devaient être animés de mobilité. À partir de là, plutôt que de tester son hypothèse, il partit du principe que les os du crâne étaient effectivement mobilisés par ce qu'il qualifia de « mécanisme respiratoire primaire ». Ici encore, sans chercher à mettre en évidence ce phénomène, il spécula sur les phénomènes physiologiques qui pouvaient être à l'origine de ce mécanisme. L'hypothèse que Sutherland formula pour expliquer cette dynamique fut qu'il devait exister une mobilité inhérente du cerveau et de la moelle épinière associée à la circulation du liquide céphalo-rachidien. Il postula également que les sutures crâniennes ne devaient pas être totalement fusionnées pour permettre la mobilisation des os du crâne. Un peu plus tard dans sa vie, Sutherland proposa une hypothèse difficilement testable voire invérifiable pour expliquer la mobilité inhérente du cerveau, le « souffle de vie » : « Le cerveau humain est un moteur, le souffle de vie est l'étincelle d'allumage du moteur, quelque chose qui n'est pas matériel, et que nous ne pouvons voir. »¹⁹⁰. Sutherland formula d'autres hypothèses de ce type qui seront reprises en un sous-courant de l'ostéopathie crânienne : l'ostéopathie crânienne biodynamique. D'un point de vue pathologique, Sutherland élaborait le concept de « lésion crânienne » sur la base des hypothèses précédentes. Très simplement, une « lésion crânienne » consistait pour Sutherland en une perturbation de la mobilité des os du crâne. D'un point de vue étiopathogénique, sans donner plus de précision, Sutherland évoqua des causes pouvant être traumatique, psychologique ou réflexe. Pour Sutherland, les conséquences cliniques de ces différentes considérations étaient que les ostéopathes devaient être en mesure de détecter et de corriger ces « lésions crâniennes ».

190. A.S. Sutherland et H.O. Louwette, *Avec des doigts qui pensent*, Vannes, Sully, 2014, p. 278.

À la suite de Sutherland, de nombreux ostéopathes ont proposé de nouvelles conceptions. Randolph Stone (1890-1981) évoqua une « énergie » du cerveau (*brain energy*) qui générerait des « ondes vibrantes rythmiques » responsables du mécanisme respiratoire primaire (MRP) postulé par Sutherland. D'après Stone, l'ostéopathe pourrait avoir une action sur cette énergie. Toujours pour expliquer ce MRP et toujours dans la même mouvance « énergétique », Robert Fulford (1905-1997) introduisit les idées de « champs de vie » ou « champs d'énergie » quand Rollin Becker (1910-1996) parlait lui de « potentiels biodynamiques ». Harold Magoun postula quant à lui que la fréquence du MRP devait être de 10 à 14 mouvements par minute chez l'adulte. Plus récemment, l'ostéopathe John Upledger (1932-2012) rejeta l'idée que les perturbations de mobilité se situaient au niveau des os du crâne pour la remplacer par l'idée que ces perturbations étaient localisées au niveau de la dure-mère, et que c'est cette dernière qui devrait être la cible thérapeutique.

14.2.2.2 L'ostéopathie crânienne aujourd'hui

À ce jour, l'ostéopathie crânienne est pratiquée par des ostéopathes dans plusieurs pays du monde (p. ex. Australie, Royaumes-Unis, Canada, États-Unis, Suisse, France, Suède). En France, bien qu'elle soit pratiquée par les ostéopathes, il n'existe pas de donnée sur son utilisation par des professionnels de santé formés à l'ostéopathie comme les kinésithérapeutes (on en comptait 7451 en 2014)¹⁹¹. Quant à l'enseignement de l'ostéopathie crânienne, il a été interdit en France entre 2007 et 2008 : « Tout enseignement relatif à une approche viscérale ou crânio-sacrée [ostéopathie crânienne], à des pratiques se rapportant à la sphère urogénitale ainsi qu'à une pratique de l'ostéopathie chez la femme enceinte est strictement exclu de la formation. »¹⁹², puis cette interdiction a été levée suite à un recours de l'Association française d'ostéopathie et du Syndicat national des ostéopathes de France. Que ce soit dans le cas de l'interdiction ou de sa levée, leurs motifs n'ont pas été mentionnés publiquement. En dehors du contexte français, l'ostéopathie crânienne fait partie des programmes de formation détaillés par l'OMS¹⁹³. En outre, il existe une multitude d'organismes privés proposant des formations spécifiques internationales à l'ostéopathie crânienne.

14.2.2.3 Recherche clinique et ostéopathie crânienne

Dans le travail commandé par le CNOMK¹⁹⁴, il a été réalisé une revue systématique de la littérature indexée, dans des bases de données bibliographiques scientifiques, et non indexée

191. D. Sicart, Les professions de santé, DREES, 2014.

192. X. Bertrand, « Arrêté du 25 mars 2007 relatif à la formation en ostéopathie, à la commission d'agrément des établissements de formation et aux mesures dérogatoires ».

193. WHO, Benchmarks for Training in Osteopathy, 2010.

194. CORTECS, *L'ostéopathie crânienne*, op. cit.

(littérature grise) pour récolter l'ensemble des essais cliniques portant sur l'ostéopathie crânienne. Au total, sur 562 références scrutées, 30 articles ont été retenus après lecture du titre et 12 articles inclus pour la phase d'analyse standardisée. Ces essais cliniques ont été réalisés sur une période s'étalant de 1971 à 2015. Ceci indique une faible activité de recherche clinique pour cette MAC. Cependant, 8 des 12 études incluses datent de moins de 5 ans témoignant ainsi d'une relative augmentation de la recherche clinique sur l'ostéopathie crânienne. De surcroît, une brève recherche bibliographique dans la base de donnée MEDLINE¹⁹⁵ et sur ClinicalTrials.gov¹⁹⁶ indique qu'un nouvel essai clinique a déjà été réalisé sur une population d'enfants prématurés¹⁹⁷ et que quatre autres études sont en cours dont deux sur la lombalgie chronique^{198,199}, une sur la maladie de parkinson²⁰⁰ et une sur les colites infantiles²⁰¹. Ainsi, la recherche clinique actuelle pour cette MAC, à défaut d'être en explosion est cependant bien réelle. Néanmoins, concernant notre problématique, nous nous demandons s'il est pertinent de continuer à produire des essais cliniques pour évaluer l'efficacité de l'ostéopathie crânienne. C'est pourquoi nous proposons de réaliser une étude de cas en passant cette pratique au crible des différents critères définis précédemment.

14.2.3 Est-il justifiable d'évaluer l'efficacité de l'ostéopathie crânienne ?

Nous allons maintenant appliquer les différents critères que nous avons préalablement définis, au cas de l'ostéopathie crânienne. Précisons cependant que cette application n'aura qu'une vocation illustrative car comme nous le verrons, plusieurs critères nécessitent des choix qui ne peuvent être fait que par l'éventuel *promoteur* d'un essai clinique sur l'ostéopathie crânienne. Or, par définition, le promoteur d'un essai clinique pour une MAC quelconque ne peut être que favorable à l'évaluation

-
195. Medline est une des plus importantes bases de données bibliographiques scientifiques médicales : Home - PubMed - NCBI, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>, consulté le 20 mai 2016 ; la formule utilisée dans la barre de recherche de base fut "craniosacral" [tiab] OR ("cranial" [tiab] AND (osteopathy [tiab] OR osteopathic [tiab])) pour une recherche s'étalant du 1^{er} janvier 2015 au 13 mai 2016.
196. Home - ClinicalTrials.gov, <https://clinicaltrials.gov/>, consulté le 20 mai 2016 ; la formule utilisée dans la barre de recherche de base fut "craniosacral" OR (cranial AND (osteopathy OR osteopathic)).
197. W. Raith, P.B. Marschik, C. Sommer, U. Maurer-Fellbaum, C. Amhofer, A. Avian, E. Löwenstein, S. Soral, W. Müller, C. Einspieler, et B. Urlesberger, « General Movements in preterm infants undergoing craniosacral therapy : a randomised controlled pilot-trial », BMC complementary and alternative medicine, janvier 2016, vol. 16, p. 12.
198. W.R. Martins, L.R. Diniz, J.C. Blasczyk, K.F. Lagoa, S. Thomaz, M.E. Rodrigues, R.J. de Oliveira, et A.C. Bonini-Rocha, « Immediate changes in electroencephalography activity in individuals with nonspecific chronic low back pain after cranial osteopathic manipulative treatment : study protocol of a randomized, controlled crossover trial », BMC complementary and alternative medicine, juillet 2015, vol. 15, p. 223.
199. Craniosacral Therapy in Patients With Chronic Low Back Pain - Full Text View - ClinicalTrials.gov, <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT02527252?term=craniosacral+OR+%28cranial+AND+%28osteopathic+OR+osteopathy%29%29&rank=3>, consulté le 13 mai 2016.
200. Effect on Parkinson's Disease After Therapeutic Induction of CranioSacral Integrated Therapy - Full Text View - ClinicalTrials.gov, <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT01989013?term=craniosacral+OR+%28cranial+AND+%28osteopathic+OR+osteopathy%29%29&rank=6>, consulté le 13 mai 2016.
201. Cranial Osteopathy in Infantile Colic - Full Text View - ClinicalTrials.gov, <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT01942928?term=craniosacral+OR+%28cranial+AND+%28osteopathic+OR+osteopathy%29%29&rank=9>, consulté le 13 mai 2016.

de cette MAC. Par conséquent, dans le cadre d'une recherche de financement, ce serait au promoteur d'apporter les éléments qui selon lui justifient que l'on évalue la MAC qui l'intéresse. C'est un élément important à prendre en compte car dans notre cas, *nous sommes défavorable à l'intérêt de réaliser des essais cliniques pour évaluer l'ostéopathie crânienne*. Autrement dit, nous pensons qu'il n'est pas justifié d'essayer d'évaluer son efficacité thérapeutique. Or, de façon similaire au principe de la *charge de la preuve* en science ou de *onus probandi* en droit latin, nous pensons que c'est à la personne qui présente un projet d'évaluation de justifier son bien-fondé. Dès lors l'application de nos critères n'aura qu'un caractère illustratif même si cela permettra de pointer les difficultés auxquelles devra faire face un éventuel promoteur d'essai clinique sur l'ostéopathie crânienne pour justifier son projet. Pour chaque critère, nous concluons si oui ou non le résultat de son examen nous conduit à trouver justifié d'évaluer (ou de continuer à évaluer) l'ostéopathie crânienne. Précisons que pour certains critères, il sera nécessaire d'envisager un système de santé ou un pays de référence. Pour notre étude de cas, nous choisirons la France et le système de santé français. Enfin, rappelons que la conclusion pour chacun de ces critères doit s'interpréter *toutes choses égales par ailleurs*.

14.2.3.1 Démographie, présence dans le système de santé et recours

Nous avons regroupé les évaluations du *critère démographique*, du critère de la *présence dans le système de santé* et le critère de la *prévalence des recours* car elles sont confrontées à la même problématique. En effet, en France, il n'existe pas à notre connaissance de données permettant de savoir qui pratique l'ostéopathie crânienne parmi les professionnels de santé habilités à user du titre professionnel d'ostéopathe (médecins, infirmiers, sage-femmes, kinésithérapeutes, *etc.*), ou parmi les ostéopathes dits « exclusifs » eux-mêmes. Si nous pourrions nous appuyer sur des données indirectes (diffusion des enseignements en ostéopathie crânienne, nombre de consultations en ostéopathie, données de pays étrangers), nous avons fait le choix de juger ces critères non évaluables pour notre étude de cas.

14.2.3.2 Risques

Rappelons que nous avons divisé ce critère en deux sous-critères : les risques *effectifs* (a) et les risques *potentiels* (b).

(a) Concernant l'incidence et la prévalence d'événements indésirables associés aux actions thérapeutiques de l'ostéopathie crânienne, il n'existe pas de données à notre connaissance à ce sujet. Nous considérons donc ce critère comme non évaluable pour notre étude de cas.

(b) Pour apprécier le risque potentiel d'événements indésirables associé au type d'action thérapeutique de l'ostéopathie crânienne, il est nécessaire de prendre connaissance de descriptifs techniques de ces actions. Si l'on se réfère aux différents ouvrages sur le sujet ainsi qu'aux protocoles mis en place dans les essais cliniques, on se rend compte que les actions thérapeutiques de l'ostéopathie crânienne n'impliquent bien souvent rien de plus que des manœuvres lentes, de faible amplitude, avec de faibles pressions au niveau du crâne des patients. À ce titre, il nous paraît raisonnable de considérer ce type d'action thérapeutique comme peu risqué *a priori*. Ce sous-critère ne justifie donc pas l'évaluation clinique de l'ostéopathie crânienne.

14.2.3.3 Existence et résultats d'essais cliniques

La dernière revue systématique de littérature conduite sur le sujet²⁰² inclut douze études comparatives qui portent sur onze pathologies différentes. Par conséquent, nous nous trouvons dans le cas de figure (a) du critère que nous avons proposé (pour mémoire, « plusieurs essais cliniques réalisés mais sur des affections diverses » ; voir pages 74-75). Nous considérons donc ce critère comme justifiant l'évaluation clinique de l'ostéopathie crânienne.

14.2.3.4 Existence et résultats d'études diagnostiques

La dernière revue systématique de littérature réalisée sur le sujet²⁰³ met en évidence neuf études diagnostiques (reproductibilités intra et inter-observateur) qui échouent toutes, quand leurs résultats sont exploitables, à mettre en évidence une évaluation reproductible entre deux évaluateurs et pour un même évaluateur, pour tous les paramètres considérés. Parmi ces paramètres, l'évaluation de la fréquence du MRP évoquée dans l'historique de l'ostéopathie crânienne a été réalisée dans sept études. Les résultats de cette revue systématique convergent avec ceux de trois revues antérieures^{204,205,206}. Nous considérons donc le résultat de l'examen de ce critère comme défavorable à l'évaluation clinique de l'ostéopathie crânienne.

14.2.3.5 Plausibilité scientifique des fondements théoriques

Au sujet de la partie biodynamique de l'ostéopathie crânienne qui intègre des concepts comme « souffle de vie », « champs de vie », « champs d'énergie », *etc.* aucun de leur créateur n'en donne

202. CORTECS, *L'ostéopathie crânienne, op. cit.*

203. *Ibid.*

204. C.J. Green, C.W. Martin, K. Bassett, et A. Kazanjian, A systematic review and critical appraisal of the scientific evidence on craniosacral therapy, British Columbia Office of Health Technology Assessment, University of British Columbia, 1999.

205. S.E. Hartman et J.M. Norton, « Interexaminer reliability and cranial osteopathy », in *reliability and cranial osteopathy. The Scientific Review of Alternative Medicine*, 2002, vol. 6, no 1, p. 23-24.

206. G.T. Fadipe et S. Vogel, Reliability of Palpation of the Cranial Rhythmic Impulse : A Systematic Review, The British School of Osteopathy, 2009.

une explication pouvant donner lieu à une mise à l'épreuve empirique. Nous considérons pour notre étude de cas que ceux-ci peuvent être raisonnablement rejetés sur le plan de la plausibilité scientifique²⁰⁷. Pour les autres concepts théoriques, la synthèse des dernières revues systématiques de littérature est qu'aucune des hypothèses qui font la spécificité des fondements de l'ostéopathie crânienne n'est confirmée²⁰⁸. Ces résultats convergent avec la seule revue réalisée sur le sujet en 1999²⁰⁹. Nous considérons donc le résultat de l'examen de ce critère comme défavorable à l'évaluation clinique de l'ostéopathie crânienne.

14.2.3.6 Prétentions thérapeutiques et typologie des critères de jugement

Nous avons regroupé les évaluations du critère *prétentions thérapeutiques* et du critère *typologie des critères de jugement* car elles sont confrontées à la même problématique. Si l'on se réfère aux multiples affections impliquées dans les essais cliniques existants, on constate que les prétentions thérapeutiques de l'ostéopathie crânienne sont multiples. Dans la dernière revue systématique de littérature réalisée sur le sujet²¹⁰, si l'on observe les essais cliniques inclus et non inclus, on relève plus d'une dizaine de pathologies parmi lesquelles la maladie de Parkinson, la sclérose en plaques, le trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité, le syndrome post-commotionnel, la cervicalgie chronique, la céphalée chronique, *etc.* Par ailleurs, toujours parmi ces essais, l'ostéopathie crânienne prétend jouer un rôle pendant l'accouchement ou encore dans le développement neurologique des enfants. Pour toutes ces situations, pathologiques ou non, les critères de jugement évalués sont des critères de jugement classiques relevant de la sphère thérapeutique (douleur, répercussion fonctionnelle de la maladie, *etc.*)²¹¹. Néanmoins, ce constat est fait *a posteriori* d'essais cliniques déjà réalisés et n'augure ni de la pathologie, ni des critères de jugement qui intéresseront le potentiel futur promoteur d'un essai clinique sur l'ostéopathie crânienne. À ce titre, nous jugeons ces critères non évaluables pour notre étude de cas car il incombe à la personne désirant entreprendre l'essai clinique d'apporter les précisions nécessaires.

14.2.3.7 Coût de l'action thérapeutique

L'ostéopathie crânienne étant une pratique clinique manuelle, l'action thérapeutique est confondue avec l'agent thérapeutique. Ce critère est donc évalué avec le suivant ci-dessous.

207. En fait, le problème se situe même au-delà de la plausibilité scientifique car ces concepts tels qu'ils sont présentés par leurs auteurs n'apparaissent pas appréhendable scientifiquement.

208. CORTECS, *L'ostéopathie crânienne*, op. cit., p. 244.

209. C.J. Green, C.W. Martin, K. Bassett, et A. Kazanjian, *A systematic review and critical appraisal of the scientific evidence on craniosacral therapy*, op. cit.

210. CORTECS, *L'ostéopathie crânienne*, op. cit.

211. Nous opposons les critères de jugement spécifiques de la sphère thérapeutique à des critères de jugement qui ne lui sont pas spécifiques comme le bien-être ou la qualité de vie.

14.2.3.8 Coût de l'agent thérapeutique

Nous n'avons pas trouvé d'étude médico-économique évaluant le coût de l'ostéopathie crânienne. Nous n'avons donc pas évalué ce critère pour notre étude de cas.

14.2.3.9 Possibilité du double-aveugle ou du simple aveugle

L'ostéopathie crânienne étant une pratique clinique manuelle, il n'est pas possible d'envisager de double aveugle ni même de simple aveugle strict. Même s'il est possible de tendre vers le simple aveugle comme l'on par exemple fait Haller et *al.* dans une étude sur ostéopathie crânienne et cervicalgie chronique²¹², cela laisse malgré tout perdurer un risque de biais incompressible. Nous considérons donc le résultat de l'évaluation de ce critère comme défavorable à l'évaluation clinique de l'ostéopathie crânienne.

14.2.3.10 Possibilité d'une démarche analytique

Ici encore, nous pensons qu'il incomberait au promoteur de l'essai clinique de spécifier le détail de la prise en charge qu'il souhaiterait évaluer. Cependant, nous allons tout de même examiner ce critère en prenant à titre illustratif la prise en charge en ostéopathie crânienne évaluée dans l'étude de Haller et *al.* Il s'agit en effet de l'étude présentant à ce jour la meilleure méthodologie relativement aux autres études sur le sujet. La prise en charge se compose des 19 actions thérapeutiques suivantes (sur 45 minutes) :

- étirement de l'os pariétal ;
- étirement de l'os frontal ;
- compression médiale des os pariétaux ;
- relâchement de la suture sagittale ;
- relâchement de l'articulation atlanto-occipitale ;
- compression-décompression de l'articulation sphéno-basilaire ;
- compression-décompression des articulations temporo-mendibulaires ;
- relâchement de la base du crâne ;
- relâchement du diaphragme hyoïde ;

212. H. Haller, R. Lauche, H. Cramer, T. Rampp, F.J. Saha, T. Ostermann, et G. Dobos, « *Craniosacral Therapy for the Treatment of Chronic Neck Pain* », *op. cit.*

- relâchement de l'ouverture thoracique supérieure ;
- relâchement du diaphragme thoracique ;
- relâchement du diaphragme pelvien ;
- décompression de l'articulation lombo-sacrée ;
- décompression des articulations sacro-iliaques ;
- déroulement fascial au niveau du cou ;
- déroulement fascial au niveau des épaules ;
- déroulement fascial au niveau des membres inférieurs ;
- induction du point de Still ;
- techniques de dialogues si besoin²¹³.

Précisons que l'étude de Haller et *al.* est la seule étude existante sur l'ostéopathie crânienne qui présente une bonne qualité méthodologique et qui montre un effet cliniquement significatif sur la douleur²¹⁴. Cependant, l'interprétation de ce résultat est problématique car la multiplication des actions thérapeutiques évaluées permet de douter de la comparabilité des prises en charge entre le groupe traité et le groupe placebo. De plus, en admettant qu'une ou certaines techniques dans cet ensemble aient une efficacité propre, le résultat n'est selon nous que de faible intérêt. En effet, il ne permet pas au praticien d'ostéopathie crânienne de savoir laquelle de ces techniques est efficace ou inefficace. Ainsi, ce résultat ne lui donne pas la possibilité d'effectuer un tri dans ses techniques. D'autre part, cela ne permet pas à un professionnel de santé non formé à l'ostéopathie crânienne, mais intéressé par des techniques ayant une efficacité spécifique, de faire un choix éclairé dans cet ensemble. Soit il se forme à toutes les techniques, soit il se forme à l'une ou l'autre selon d'autres critères que celui de l'efficacité spécifique, soit il ne se forme à aucune. En somme, si un promoteur présentait un projet d'évaluation incorporant autant d'actions thérapeutiques différentes, nous considérerions le résultat de l'examen de ce critère comme défavorable à l'évaluation clinique de l'ostéopathie crânienne.

213. Ces techniques font partie intégrante du sous-courant d'ostéopathie crânienne évalué dans cette étude : la thérapie crâniosacrée. Ce n'est donc pas une thérapie manuelle « pure » mais cela ne change rien à la problématique sous-jacente au critère que nous évaluons.

214. Pour différentes raisons, ce résultat est biaisé par un déséquilibre entre les prises en charge entre le groupe traité et le groupe placebo.

14.2.3.11 Synthèse de l'étude de cas

Les résultats de notre évaluation sont présentés dans le tableau ci-après.

Critères	Résultat de l'évaluation
1) Critère démographique	Non évalués
2) Présence dans le système de santé	
3) Prévalence des recours	
4) Risques	Défavorable
5) Existence et résultats d'essais cliniques	Favorable
6) Existence et résultats d'études diagnostiques	Défavorable
7) Plausibilité scientifique des fondements théoriques	Défavorable
8) Prétentions thérapeutiques	Non évalués
9) Typologie des critères de jugement	
10) Coût de l'action thérapeutique	
11) Coût de l'agent thérapeutique	
12) Possibilité du double ou du simple aveugle	Défavorable
13) Possibilité d'une démarche analytique	Défavorable

Tableau 6: Synthèse de l'étude de cas sur l'ostéopathie crânienne

Les résultats de notre évaluation indiquent 7 critères sur 13 non évalués, 1 critère favorable et 5 critères défavorables à l'évaluation clinique de l'ostéopathie crânienne. En vertu de cette évaluation, il nous apparaît raisonnable de ne plus entreprendre d'essais cliniques pour évaluer l'efficacité de l'ostéopathie crânienne. Cependant, rappelons que cette évaluation n'a qu'une prétention illustrative. Elle permet toutefois de mettre en évidence les difficultés auxquelles devra faire face l'éventuel promoteur d'un essai clinique sur l'ostéopathie crânienne pour justifier son bien-fondé. De surcroît, nous pensons qu'il pourrait être intéressant de discuter de la pondération et donc de la hiérarchie des différents critères que nous avons proposés.

Conclusion

Dans ce mémoire, nous nous sommes intéressé à la problématique générale du bien-fondé de la médecine intégrative ou de l'intégration des MAC dans un système de santé. L'OMS, favorable à un projet de médecine intégrative, a produit plusieurs documents à ce sujet. L'identification et l'analyse d'une partie des arguments de l'OMS dans son dernier rapport nous ont permis de mettre en évidence la faiblesse et l'imprécision de l'argumentaire de l'OMS, ainsi que l'importance de procéder à des clarifications et analyses des concepts de « médecine alternative et complémentaire », de « médecine » et de « médecine intégrative ».

Pour le concept de « médecine alternative et complémentaire », une analyse réalisée au moyen d'un certain nombre d'outils proposés par le philosophe de la médecine Sadegh-Zadeh nous a conduit à envisager la catégorie MAC comme un ensemble flou et un artefact déontique s'apparentant à une catégorie de ressemblance prototypique. Par la suite, au sujet du concept de « médecine » nous avons fait la distinction entre ce qui relève de la *recherche biomédicale* dont la finalité est de produire des connaissances sur les fonctionnements et dysfonctionnements du corps humain, et la *médecine clinique* qui elle vise la prise en charge de *homo patients*. Au sein même de cette catégorie médecine clinique, nous avons proposé les sous-catégories *pratique clinique*, *éducation clinique* et *recherche clinique*. Ces distinctions, couplées à l'analyse de la catégorie MAC, nous ont permis à la fois de faire l'hypothèse que les MAC et ce que nous avons appelé la *médecine classique* sont deux sous-catégories de l'ensemble *pratique clinique*, et à la fois de proposer des caractéristiques à cet ensemble *pratique clinique* comme la présence d'un *corpus théorique*, d'*individus* et d'*infrastructures*. Enfin, ce travail de clarification et d'analyse nous a donné la possibilité de remettre en cause notre problématique générale par un examen du concept de « médecine intégrative ». En effet, nous avons mis en évidence, que notre problématique initiale sur le bien-fondé de la médecine intégrative aboutit à un questionnement trop général qui masque une multitude de sous-questions. Parmi ces sous-questions, nous avons choisi de nous intéresser à l'une d'entre elles, à peine abordée dans la littérature à laquelle nous avons été confrontée (que cette littérature soit clinique, philosophique ou scientifique). Elle concerne le problème de la justification à entreprendre des essais cliniques pour évaluer l'efficacité thérapeutique des MAC. Après avoir envisagé plusieurs arguments favorables et défavorables à ce type d'évaluation ainsi que leur critique respective, nous soutenons qu'il n'existe pas d'argument irréfutable d'un côté comme de l'autre et que la décision d'entreprendre ou non un essai clinique pour une MAC implique un choix politique. Dans la perspective d'un tel choix, nous avons proposé un ensemble de treize critères

argumentés. Pour illustrer leur mise en application, nous avons terminé par une étude de cas de la MAC « ostéopathie crânienne ». Cette analyse de cas nous a permis d'apporter un éclairage sur les difficultés que rencontrerait un éventuel promoteur d'essai clinique portant sur l'ostéopathie crânienne pour justifier son souhait de réaliser une telle étude. Par ailleurs, cela a également mis en évidence une piste de réflexion sur la pondération des critères que nous avons proposés.

D'une manière plus générale, notre travail démontre selon nous l'importance de l'analyse sur un sujet comme celui de la médecine intégrative et met en lumière le grand nombre de questions qu'il reste à traiter. S'il est possible de conférer une grande valeur aux MAC par les questionnements qu'elles induisent sur ce qu'est la médecine et sur ce que l'on en attend, cela ne doit pas conduire à proposer des projets dépourvus de sens. De ce point de vue, et même avant d'avoir traité les questions restantes, il est finalement possible de considérer qu'un projet général de médecine intégrative qui ne donne pas de précision sur les niveaux auxquels il compte opérer (pratique clinique, recherche clinique, *etc.*) n'est pas justifiable.

Bibliographie

Ouvrages

Barnett Libby et Maggie Babb, *Reiki Energy Medicine : Bringing Healing Touch into Home, Hospital, and Hospice*, Inner Traditions / Bear & Co, 1996.

Barral Jean-Pierre et Pierre Mercier, *Manipulations viscérales 1*, 2e éd., Paris, Elsevier Masson, 2004.

Beauchamps Tom Lee, « The Nature of Applied Ethics », *A Companion to Applied Ethics*, 1re éd., Blackwell Publishing Ltd, 2003, p. 1-16.

Beauzee Nicolas, *Grammaire generale, ou exposition raisonnee des elements necessaires du langage, pour servir de fondement a l'étude de toutes les langues.* - Paris, J. Barbon 1767, J. Barbon, 1767.

Benoist Jean, *Soigner au pluriel : essais sur le pluralisme médical*, Chicoutimi, J.-M. Tremblay, 1996.

Bouhours Dominique, *Rémarques nouvelles sur la langue française*, 1675.

Bourdieu Pierre, *Ce que parler veut dire : L'économie des échanges linguistiques*, Fayard, 1982.

Bunge Mario, *Medical Philosophy : Conceptual Issues in Medicine*, World Scientific, 2013.

Dubessy Jean, Guillaume Lecointre, et Jacques Bouveresse (éd.), *Intrusions spiritualistes et impostures intellectuelles en sciences*, Paris, Syllepse, 2001.

Dufour Michel, *Argumenter - Cours de logique informelle*, Armand Colin, 2008.

Giroux Élodie et Maël Lemoine, « Textes Clés De Philosophie De La Médecine. Vol. II: Santé, Maladie, Pathologie », 2012.

Hahnemann Samuel, *Exposition de la doctrine médicale homeopathique, ou Organon de l'art de guérir*, traduit par A.-J.-L. Jourdan, 3e édition, 1845.

Jütte Robert, « Alternative Medicine and Medico-Historical Semantics », *Historical Aspects of Unconventional Medicine - Approaches, Concepts, Case Studies*, The Editors on behalf of the European Association, 2001, p. 11-23.

Morabia Alfredo, « La convergence historique de l'épidémiologie et de la médecine clinique », *L'émergence de la médecine scientifique*, Éditions Matériologiques, Paris, 2012.

Morabia Alfredo, *Santé - Distinguer croyances et connaissances*, Odile Jacob, Paris, 2011.

Paolaggi Jean-Baptiste et Joël Coste, *Le raisonnement médical : de la science à la pratique clinique*, Paris, Éditions Estem, 2001.

Ramsey Matthew, « Medical Pluralism in Early Modern France », *Medical Pluralism : Past - Present - Future*, Franz Steiner Verlag, 2013, p. 57-80.

Raynaud Dominique, Qu'est-ce que la technologie ?, Éditions Matériologiques, Paris, 2015.

Ruphy Stéphanie, Pluralismes scientifiques : Enjeux épistémiques et métaphysiques, Editions Hermann, 2013.

Sadegh-Zadeh Kazem, Handbook of Analytic Philosophy of Medicine, Dordrecht, Springer Netherlands, coll. « Philosophy and Medicine », 2012, vol. 113.

Sandoz Thomas, Histoires parallèles de la médecine : Des Fleurs de Bach à l'ostéopathie, Seuil, 2005.

Schmitz Olivier, Les Médecines en parallèle : multiplicité des recours au soin en Occident, Paris, Karthala, 2006.

Singh Simon et Edzard Ernst, Trick or Treatment ? : Alternative Medicine on Trial, London, Corgi, 2009.

Still Andrew T., The Philosophy and Mechanical Principles of Osteopathy, The Still Project eBook, 1902.

Sutherland Adah Strand et Henri O Louwette, Avec des doigts qui pensent, Vannes, Sully, 2014.

Wittgenstein Ludwig, Recherches philosophiques, traduit par F. Dastur, M. Elie, J.-L. Gautero, D. Janicaud et É. Rigal, Paris, Gallimard, 2014.

Wunenburger Jean-Jacques, Imaginaires et rationalité des médecines alternatives, 1re éd., Paris, Les Belles Lettres, 2006.

Articles

Adams Karen E., Michael H. Cohen, David Eisenberg, et Albert R. Jonsen, « Ethical considerations of complementary and alternative medical therapies in conventional medical settings », *Annals of Internal Medicine*, octobre 2002, vol. 137, no 8, p. 660-664.

Adler Shelley R., « Integrative medicine and culture : toward an Anthropology of CAM », *Medical anthropology quarterly*, décembre 2002, vol. 16, no 4, p. 412.

Beider Shay, « An Ethical Argument for Integrated Palliative Care », *Evidence-based Complementary and Alternative Medicine*, juin 2005, vol. 2, no 2, p. 227.

Bell Iris R., Opher Caspi, Gary E. R. Schwartz, Kathryn L. Grant, Tracy W. Gaudet, David Rychener, Victoria Maizes, et Andrew Weil, « Integrative Medicine and Systemic Outcomes Research: Issues in the Emergence of a New Model for Primary Health Care », *Archives of Internal Medicine*, janvier 2002, vol. 162, no 2, p. 133.

Benoist Jean, « Réflexions sur le pluralisme médical : tâtonnements, alternatives ou complémentarités », *Psychosomatische und Psychosoziale Medizin*, 1997, p. 1-2.

Bujold Mathieu, « Pluralisme médical polarisé : La représentation de la maladie du patient comme canal de communication interdisciplinaire », *Anthropologie et Sociétés*, 2008, vol. 32, p. 18.

Clark Peter A., « The Ethics of Alternative Medicine Therapies », *Journal of Public Health Policy*,

2000, vol. 21, no 4, p. 447.

Dagenais Simon, Jaime Caro, et Scott Haldeman, « A systematic review of low back pain cost of illness studies in the United States and internationally », *The Spine Journal*, janvier 2008, vol. 8, no 1, p. 8-20.

El-Salhy Magdy, « Irritable bowel syndrome : Diagnosis and pathogenesis », *World Journal of Gastroenterology*, octobre 2012, vol. 18, no 37, p. 5151-5163.

Ernst E, « Adverse effects of spinal manipulation : a systematic review », *Journal of the Royal Society of Medicine*, juillet 2007, vol. 100, no 7, p. 330-338.

Ernst E, « Ethical problems arising in evidence based complementary and alternative medicine », *Journal of Medical Ethics*, avril 2004, vol. 30, no 2, p. 156-159.

Fontanarosa Phil B. et George D. Lundberg, « Alternative medicine meets science », *Jama*, novembre 1998, vol. 280, no 18, p. 1618-1619.

Fontanarosa PB et Lundberg GD, « Complementary, alternative, unconventional, and integrative medicine : Call for papers for the annual coordinated theme issues of the ama journals », *JAMA*, décembre 1997, vol. 278, no 23, p. 2111-2112.

Gale Nicola, « The Sociology of Traditional, Complementary and Alternative Medicine », *Sociology Compass*, juin 2014, vol. 8, no 6, p. 805-822.

Goldman Morton, Odette Kiyohara, et Dorothy Pfannensteil, « Interpersonal Touch, Social Labeling, and the Foot-in-the-Door Effect », *The Journal of Social Psychology*, 1983, vol. 125, no 2, p. 143-147.

Haller Heidemarie, Romy Lauche, Holger Cramer, Thomas Rampp, Felix J. Saha, Thomas Ostermann, et Gustav Dobos, « Craniosacral Therapy for the Treatment of Chronic Neck Pain : A Randomized Sham-controlled Trial », *The Clinical Journal of Pain*, mai 2016, vol. 32, no 5, p. 441-449.

Hartman S.E. et J.M. Norton, « Interexaminer reliability and cranial osteopathy », *iner reliability and cranial osteopathy. The Scientific Review of Alternative Medicine*, printemps 2002, vol. 6, no 1, p. 23-24.

Heimburger Franziska et Émilien Ruiz, « Faire de l'histoire à l'ère numérique : retours d'expériences », *Revue d'histoire moderne et contemporaine*, janvier 2012, n° 58-4bis, no 5, p. 70-89.

Hodge David R., « A Systematic Review of the Empirical Literature on Intercessory Prayer », *Research on Social Work Practice*, mars 2007, vol. 17, no 2, p. 174-187.

MacArtney John I. et Ayo Wahlberg, « The Problem of Complementary and Alternative Medicine Use Today Eyes Half Closed ? », *Qualitative health research*, 2014, p. 114-123.

Maizes Victoria et Opher Caspi, « The principles and challenges of integrative medicine. », *Western Journal of Medicine*, septembre 1999, vol. 171, no 3, p. 148.

Martins Wagner Rodrigues, Leonardo Rios Diniz, Juscelino Castro Blasczyk, Karina Ferreira

Lagoa, Sérgio Thomaz, Marcia Elisabeth Rodrigues, Ricardo Jacó de Oliveira, et Ana Clara Bonini-Rocha, « Immediate changes in electroencephalography activity in individuals with nonspecific chronic low back pain after cranial osteopathic manipulative treatment : study protocol of a randomized, controlled crossover trial », *BMC complementary and alternative medicine*, juillet 2015, vol. 15, p. 223-233.

Masters Kevin S., Glen I. Spielmans, et Jason T. Goodson, « Are there demonstrable effects of distant intercessory prayer ? A meta-analytic review », *Annals of Behavioral Medicine : A Publication of the Society of Behavioral Medicine*, août 2006, vol. 32, no 1, p. 21-26.

Menke J. Michael, « Do Manual Therapies Help Low Back Pain ? A Comparative Effectiveness Meta-analysis », *Spine*, avril 2014, vol. 39, no 7, p. E463-E472.

Mertz Marcel, « Complementary and alternative medicine : The challenges of ethical justification : A philosophical analysis and evaluation of ethical reasons for the offer, use and promotion of complementary and alternative medicine », *Medicine, Health Care and Philosophy*, septembre 2007, vol. 10, no 3, p. 329-345.

Oumeish Oumeish Youssef, « The philosophical, cultural, and historical aspects of complementary, alternative, unconventional, and integrative medicine in the Old World », *Archives of Dermatology*, novembre 1998, vol. 134, no 11, p. 1373-1386.

Pantelic Marija, Lucie Cluver, Mark Boyes, Elona Toska, Caroline Kuo, et Mosa Moshabela, « Medical Pluralism Predicts Non-ART Use among Parents in Need of ART : A Community Survey in KwaZulu-Natal, South Africa », *AIDS and Behavior*, janvier 2015, vol. 19, no 1, p. 137-144.

Raith Wolfgang, Peter B. Marschik, Constanze Sommer, Ute Maurer-Fellbaum, Claudia Amhofer, Alexander Avian, Elisabeth Löwenstein, Susanne Soral, Wilhelm Müller, Christa Einspieler, et Berndt Urlesberger, « General Movements in preterm infants undergoing craniosacral therapy : a randomised controlled pilot-trial », *BMC complementary and alternative medicine*, janvier 2016, vol. 16, p. 12-22.

Rakel David, Bruce Barrett, Zhengjun Zhang, Theresa Hoeft, Betty Chewning, Lucille Marchand, et Jo Scheder, « Perception of empathy in the therapeutic encounter : Effects on the common cold », *Patient Education and Counseling*, décembre 2011, vol. 85, no 3, p. 390-397.

Rosch Eleanor, « Cognitive representations of semantic categories. », *Journal of experimental psychology : General*, 1975, vol. 104, no 3, p. 192.

Ruhl Terry S., « Spiritual Informed Consent for CAM », *Archives of Internal Medicine*, avril 2002, vol. 162, no 8, p. 943-944.

Sadegh-Zadeh K., « The Prototype Resemblance Theory of Disease », *Journal of Medicine and Philosophy*, avril 2008, vol. 33, no 2, p. 106-139.

University of California San Francisco, UCSF News, The University., 1996.

Wade Christine, Maria Chao, Fredi Kronenberg, Linda Cushman, et Debra Kalmuss, « Medical Pluralism among American Women : Results of a National Survey », *Journal of Women's Health*, juin 2008, vol. 17, no 5, p. 829-840.

Weisleder P., « Unethical Prescriptions : Alternative Therapies for Children With Cerebral Palsy »,

Clinical Pediatrics, janvier 2010, vol. 49, no 1, p. 7-11.

Zhang Junhua, Hongcai Shang, Xiumei Gao, et Edzard Ernst, « Acupuncture-related adverse events : a systematic review of the Chinese literature », Bulletin of the World Health Organization, décembre 2010, vol. 88, no 12, p. 915-921.

Rapports

Barry Caroline et Bruno Falissard, Evaluation de l'efficacité de la pratique de l'ostéopathie, INSERM, 2012.

Barry Caroline, Valérie Seegers, Juliette Gueguen, Christine Hassler, Aminata Ali, et Bruno Falissard, Evaluation de l'efficacité et de la sécurité de l'acupuncture, INSERM, 2014.

Bontoux Daniel, Daniel Couturier, et Charles-Joël Menkès, Thérapies complémentaires - acupuncture, hypnose, ostéopathie, tai-chi - leur place parmi les ressources de soins, Académie de médecine, 2013.

Burton A., T. Falkenberg, M. Smith, Q. Zhang, et X. Zhang, Stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle pour 2014-2023, Genève, OMS, 2013.

CORTECS, L'ostéopathie crânienne, Grenoble, CNOMK, 2015.

Expertise collective, Activité physique - Contextes et effets sur la santé, INSERM, 2008.

Fagon Jean-Yves et Catherine Viens-Bitker, Médecines Complémentaires à L'assistance Publique – Hôpitaux De Paris, AP-HP, 2012.

Fagon Jean-Yves et Catherine Viens-Bitker, Médecines Complémentaires à l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris – Rapport, Assistance Publique - Hôpitaux de Paris, 2012.

Falkenberg T., J. Sawyer, et X. Zhang, Stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle pour 2002-2005, OMS, 2002.

Green C. J, Craig W. Martin, Ken Bassett, et Arminée Kazanjian, A systematic review and critical appraisal of the scientific evidence on craniosacral therapy, British Columbia Office of Health Technology Assessment, University of British Columbia, 1999.

Gueguen Juliette, Caroline Barry, Christine Hassler, et Bruno Falissard, Evaluation de l'efficacité de la pratique de l'hypnose, INSERM, 2015.

OMS, Principes méthodologiques généraux pour la recherche et l'évaluation relatives à la médecine traditionnelle, OMS, 2000.

Sicart Daniel, Les professions de santé, DREES, 2014.

WHO, Benchmarks for Training in Osteopathy, 2010.

Textes de loi

Bertrand Xavier, « Arrêté du 25 mars 2007 relatif à la formation en ostéopathie, à la commission d'agrément des établissements de formation et aux mesures dérogoires ».

Travaux universitaires

Fadipe Gwyneth T. et Steve Vogel, Reliability of Palpation of the Cranial Rhythmic Impulse : A Systematic Review, The British School of Osteopathy, 2009.

Seip Robert, Complementary and Alternative Medicine : Ethics, Legality, and Use of the Best Available Science, Thèse de Philosophie, Université de Cardiff, 2014.

Netographie

Ernst Edzard, [Http://edzardernst.com/2015/12/](http://edzardernst.com/2015/12/), <http://edzardernst.com/2015/12/>, consulté le 14 janvier 2016.

Hacking Ian, Des classifications naturelles - Cours « B » : Les choses, les gens et la raison, Collège de France, 2006.

« Le masculin l'emporte sur le féminin ». Changer notre grammaire ? C'est un faux combat, <http://leplus.nouvelobs.com/contribution/1345619-le-masculin-l-empporte-sur-le-feminin-changer-notre-grammaire-c-est-un-faux-combat.html>, consulté le 23 mai 2016.

Google Ngram Viewer, <https://books.google.com/ngrams>, consulté le 23 décembre 2015.

Swiss to recognise homeopathy as legitimate medicine, http://www.swissinfo.ch/eng/society/complementary-therapies_swiss-to-recognise-homeopathy-as-legitimate-medicine/42053830, consulté le 9 avril 2016.

NCCIH, <https://nccih.nih.gov/>, consulté le 16 avril 2016.

Ameli.fr - Relevé et taux de remboursement, <http://www.ameli.fr/assures/soins-et-remboursements/combien-serez-vous-rembourse/releve-et-taux-de-remboursement/les-taux-de-remboursement.php>, consulté le 28 décembre 2015.

Hopital.fr - Médecines alternatives et complémentaires, <http://www.hopital.fr/Vos-dossiers-sante/Prises-en-charge/Medecines-alternatives-et-complementaires>, consulté le 12 avril 2016.

OMS | Qu'est-ce que la couverture universelle en matière de santé ?, http://www.who.int/features/qa/universal_health_coverage/fr/, consulté le 11 janvier 2016.

Rapport sur l'ostéopathie crânienne – Ordre des Masseurs Kinésithérapeutes, <http://www.ordremk.fr/2016/01/29/rapport-sur-losteopathie-cranienne/>, consulté le 20 mai 2016.

Nombreux usages médicaux de l'argent colloïdal, <http://www.institut-katharos.com/#!usages-medicaux-prouves-argent/cwq>, consulté le 15 avril 2016.

L'homéopathie est-elle totalement inefficace ? - France Inter, <http://www.franceinter.fr/depeche-l-homeopathie-est-elle-totalement-inefficace>, consulté le 12 avril 2016.

NHMRC Statement on Homeopathy and NHMRC Information Paper - Evidence on the effectiveness of homeopathy for treating health conditions | National Health and Medical Research Council, <http://www.nhmrc.gov.au/guidelines-publications/cam02>, consulté le 16 avril 2016.

Code de la santé publique | Legifrance, <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?>

[cidTexte=LEGITEXT000006072665](#), consulté le 12 mai 2016.

SNMHF : Syndicat National des Médecins Homéopathe Français, <http://www.snmhf.net/>, consulté le 12 mai 2016.

SNMAF, <http://www.acumedsyn.org/>, consulté le 12 mai 2016.

SNMO, <http://www.medecin-osteopathe.org/accueil.htm>, consulté le 12 mai 2016.

Fleurs de bach Originales, élixirs Floraux, Formation Fleurs de Bach, Edward Bach, http://www.mesfleursdebach.com/produit_liste.asp?rproduitsiege_soussousfamille=1, consulté le 20 mai 2016.

Académie d'Ostéopathie de France | Conservatoire, Laboratoire et Observatoire de l'Ostéopathie Francophone, <https://academie-osteopathie.fr/>, consulté le 15 novembre 2015.

Home - PubMed - NCBI, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>, consulté le 20 mai 2016.

Home - ClinicalTrials.gov, <https://clinicaltrials.gov/>, consulté le 20 mai 2016.

Craniosacral Therapy in Patients With Chronic Low Back Pain - Full Text View - ClinicalTrials.gov, <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT02527252?term=craniosacral+OR+%28cranial+AND+%28osteopathic+OR+osteopathy%29%29&rank=3>, consulté le 13 mai 2016.

Effect on Parkinson's Disease After Therapeutic Induction of CranioSacral Integrated Therapy - Full Text View - ClinicalTrials.gov, <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT01989013?term=craniosacral+OR+%28cranial+AND+%28osteopathic+OR+osteopathy%29%29&rank=6>, consulté le 13 mai 2016.

Cranial Osteopathy in Infantile Colic - Full Text View - ClinicalTrials.gov, <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT01942928?term=craniosacral+OR+%28cranial+AND+%28osteopathic+OR+osteopathy%29%29&rank=9>, consulté le 13 mai 2016.

Table des annexes

Annexe 1 : Résumé d'orientation du rapport de l'OMS.....	101
Annexe 2 : Autres arguments (hors-sujet) de l'OMS.....	105

Annexe 1 : Résumé d'orientation du rapport de l'OMS

(voir pages suivantes)

Résumé d'orientation

La médecine traditionnelle (MT) constitue un pan important et souvent sous-estimé des services de santé. Dans certains pays, la médecine traditionnelle ou non conventionnelle peut être appelée médecine complémentaire (MC). Cela fait bien longtemps que la médecine traditionnelle est pratiquée afin de préserver la santé ou de prévenir et traiter les maladies, en particulier les maladies chroniques.

La *Stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle pour 2014-2023* a été élaborée en réponse à une résolution de l'Assemblée mondiale de la Santé sur la médecine traditionnelle (WHA62.13) (1). Cette Stratégie a pour objectif d'aider les États Membres à :

- mettre à profit la contribution potentielle de la MT à la santé, au bien-être et aux soins de santé centrés sur la personne ;
- favoriser un usage sûr et efficace de la MT au moyen de la réglementation, de la recherche et de l'intégration des produits, pratiques et praticiens de MT dans les systèmes de santé, le cas échéant.

La Stratégie vise à épauler les États Membres dans le développement d'une politique active et la mise en œuvre de plans d'action qui permettront à la MT de jouer un rôle accru dans la préservation de la santé des populations. Elle s'appuie sur *Stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle pour 2002-2005*, qui examinait la situation de la MT à l'échelle mondiale et dans les États Membres, et fixait quatre grands objectifs :

- Politique – intégrer la MT aux systèmes nationaux de soins de santé, de manière appropriée, en développant et en mettant en œuvre des politiques et programmes de MT.
- Qualité, sécurité et efficacité – promouvoir la sécurité, l'efficacité et la qualité de la MT en étendant la base de connaissances sur la MT et en conseillant sur la réglementation et les normes de l'assurance de la qualité.
- Accès – augmenter la disponibilité et l'accessibilité financière de la MT, de manière appropriée, en faisant porter l'accent sur l'accès pour les populations pauvres.
- Usage rationnel – Promouvoir un usage thérapeutique judicieux de la MT appropriée par les prestataires et les consommateurs.

Malgré des avancées significatives dans le déploiement de cette stratégie sur toute la planète, certains États Membres rencontrent toujours des difficultés concernant :

- l'élaboration et la mise en œuvre de politiques et réglementations ;

- l'intégration, en particulier l'identification et l'évaluation de stratégies et de critères permettant l'intégration de la MT au système de santé national et aux soins de santé primaires ;
- la sécurité et la qualité, notamment l'évaluation des produits et services, la qualification des praticiens, la méthodologie et les critères permettant d'évaluer l'efficacité ;
- la capacité à contrôler et à réglementer la publicité et les allégations de la MT et de la MC (MT/MC) ;
- la recherche et le développement ;
- l'éducation et la formation des praticiens de MT ;
- l'information et la communication, par exemple la diffusion d'informations concernant les politiques, la réglementation, les profils de services et les données de recherche, ou l'obtention d'informations objectives et fiables par les patients.

Ce nouveau document de stratégie vise à aplanir ces difficultés. Dans cette optique, les États Membres devront déterminer quelle est leur propre situation au regard de la MT/MC, puis définir et appliquer des politiques, réglementations et lignes directrices qui tiennent compte de ces réalités. Les États Membres peuvent remédier à ces difficultés en organisant leurs activités dans les trois secteurs stratégiques suivants :

1. Renforcer la base de connaissances pour une gestion active de la MT/MC via des politiques nationales appropriées qui comprennent et reconnaissent le rôle et le potentiel de la MT/MC.
2. Renforcer l'assurance-qualité, la sécurité, l'usage approprié et l'efficacité de la MT/MC en réglementant les produits, pratiques et praticiens grâce à l'éducation et à la formation à la MT/MC, au développement des compétences, aux services et thérapies.
3. Promouvoir la couverture sanitaire universelle en intégrant de façon adéquate les services de MT/MC dans la prestation des services de santé et l'auto-prise en charge sanitaire, en capitalisant sur leur contribution potentielle à l'amélioration des services de santé et des résultats sanitaires, et en donnant aux utilisateurs les moyens de faire des choix éclairés concernant l'auto-prise en charge sanitaire.

Pour chacun de ces objectifs, la Stratégie identifie un certain nombre de mesures qui guideront les États Membres, partenaires et parties prenantes, ainsi que l'OMS. Elle aide les États Membres à définir et à mettre en œuvre un plan stratégique correspondant à leurs propres capacités et priorités, ainsi qu'à la législation et à la situation du pays. Elle entend aider les États Membres à repérer et à hiérarchiser

leurs besoins, à mettre en place une prestation de services efficace, à établir une réglementation et une politique appropriée et à veiller à l'innocuité des produits et à la sécurité des pratiques.

Il est prévu que l'OMS lance un examen de la mise en œuvre de cette Stratégie à mi-parcours. Cet examen sera important car il permettra de vérifier que la stratégie est toujours pertinente et d'actualité au moment où l'OMS et ses partenaires entreront dans les cinq dernières années du mandat qui va être décrit dans le présent document.

Annexe 2 : autres arguments (hors-sujet) de l'OMS

Troisième argument

Information périphérique 1 : la stratégie de l'OMS exposée dans son précédent rapport intitulé « Stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle pour 2002-2005 » est similaire (de type intégratif) à celle exposée dans le présent rapport.

Information périphérique 2 : l'OMS utilise le terme « médecine traditionnelle » (MT) comme englobant les termes de « médecine complémentaire » et de « médecine alternative ».

P1 – Le déploiement de la stratégie de l'OMS 2002-2005 a permis de résoudre les difficultés de certains États membres avec la MT.

P2 – Certains États membres rencontrent toujours des difficultés avec la MT.

DONC

C1 – La stratégie de l'OMS 2014-2023 a été élaborée pour aplanir les difficultés que rencontre certains États membres dans la mise en place de la stratégie de l'OMS 2002-2005.

Quatrième argument

Cet argument reprend la conclusion de l'argument 3 comme unique prémisse.

P1 - La stratégie de l'OMS 2014-2023 a été élaborée pour aplanir les difficultés que rencontre certains États membres dans la mise en place de la stratégie de l'OMS 2002-2005.

DONC

C1 – Les États membres doivent déterminer leur situation au regard de la MT et mettre en place des politiques en rapport.

Conclusion isolée sans prémisse détectée

C – La couverture sanitaire universelle doit être promue en donnant aux utilisateurs les moyens de faire des choix éclairés concernant l'auto-prise en charge sanitaire.

Table des illustrations

Illustration 1: Catégorisation des MAC (modèle hypothétique 1).....	51
Illustration 2: Catégorisation des MAC (modèle hypothétique 2).....	52
Illustration 3: Les sous-catégories de la médecine clinique.....	59

Table des tableaux

Tableau 1: Terminologie pour désigner les différents systèmes thérapeutiques (Jütte, 2001).....	9
Tableau 2: Première partie de l'argumentaire de l'OMS (argument 1)	27
Tableau 3: Prémisses de la deuxième partie de l'argumentaire de l'OMS (argument 2).....	28
Tableau 4: Récapitulatif des prémisses de l'argument 1 de l'OMS.....	35
Tableau 5: Synthèse de l'analyse de l'argument 1 de l'OMS.....	36
Tableau 6: Synthèse de l'étude de cas sur l'ostéopathie crânienne.....	90

Table des matières

Introduction	8
I - Comment l'OMS justifie-t-elle la médecine intégrative ?	16
1. L'Organisation mondiale de la santé et la médecine intégrative	17
1.1 L'Organisation mondiale de la santé.....	17
1.2 La stratégie de l'OMS pour une médecine intégrative.....	17
1.3 La médecine intégrative en débat.....	21
2. Méthodologie pour l'analyse de l'argumentaire de l'OMS	21
2.1 Quelques définitions.....	22
2.1.1 Argument.....	22
2.1.2 Proposition.....	22
2.2 Anatomie d'un argument.....	22
2.3 Première phase de l'analyse : l'identification des arguments.....	23
2.3.1 Étape préliminaire.....	23
2.3.2 Étape 1 : identification des prémisses et des conclusions.....	23
2.3.3 Étape 2 : la retranscription des arguments.....	24
2.4 Deuxième phase de l'analyse : l'évaluation des arguments.....	25
3. Analyse critique de l'argumentaire de l'OMS	26
3.1 Présentation de l'échantillon.....	26
3.2 Identification des arguments.....	26
3.2.1 Premier argument.....	27
3.2.2 Deuxième argument.....	27
3.2.3 Schématisation de l'argumentation.....	29
3.3 Évaluation des arguments.....	29
3.3.1 Vérité et acceptabilité.....	29
3.3.2 Pertinence.....	33
3.3.3 Justification.....	33
3.3.4 Synthèse de l'analyse.....	35
3.4 Conclusion de l'analyse.....	36
II - Que sont les « médecines alternatives et complémentaires » ?	40
1. Outils d'analyse conceptuelle	41
1.1 La critique du commun-à-tous.....	41
1.2 Le concept d'ensemble flou.....	42
1.2.1 Définitions.....	42
1.2.2 Un flou ontologique méthodologique.....	43

1.3	Catégorie de ressemblance prototypique et principe de similarité.....	44
1.3.1	La catégorie de ressemblance prototypique.....	44
1.3.2	Le principe de similarité.....	46
1.3.3	L'exemple de l'astrophysique : des intérêts épistémiques.....	46
1.3.4	L'exemple de la médecine : des intérêts déontiques.....	48
1.3.5	Préambule à l'analyse des MAC.....	49
2.	Application aux MAC : premier niveau d'analyse	50
2.1	La catégorie MAC : ensemble flou et artefact déontique.....	50
2.2	La catégorie MAC : catégorie de ressemblance prototypique ?.....	51
3.	Clarification du concept de « médecine »	53
3.1	Médecine.....	53
3.2	Pratique clinique.....	55
4.	Application aux MAC : deuxième niveau d'analyse	56
III -	Analyse du concept de médecine intégrative	58
1.	Un problème de catégories	59
2.	Un projet composite	60
3.	Une pluralité de questionnements	61
IV -	MAC et recherche clinique	64
1.	Doit-on évaluer l'efficacité des MAC ?	65
2.	Présentation et critique des arguments	67
2.1	Arguments favorables.....	67
2.2	Arguments défavorables.....	69
3.	MAC et recherche clinique : un choix politique	72
4.	Quels critères de décision ?	72
4.1	Proposition de critères.....	72
4.1.1	Critère démographique.....	73
4.1.2	Présence dans le système de santé.....	73
4.1.3	Prévalence des recours.....	74
4.1.4	Risques.....	74
4.1.5	Existence et résultats d'essais cliniques.....	74
4.1.6	Existence et résultats d'études diagnostiques.....	75
4.1.7	Plausibilité scientifique des fondements théoriques.....	76
4.1.8	Prétentions thérapeutiques.....	77
4.1.9	Coût de l'action thérapeutique.....	77
4.1.10	Coût de l'agent thérapeutique.....	78
4.1.11	Typologie des critères de jugement.....	78
4.1.12	Possibilité du double aveugle ou du simple aveugle.....	78

4.1.13 Possibilité d'une démarche analytique.....	80
4.2 Étude de cas : l'ostéopathie crânienne.....	80
4.2.1 Contexte.....	80
4.2.2 Présentation de l'ostéopathie crânienne.....	81
4.2.2.1 Un bref historique	81
4.2.2.2 L'ostéopathie crânienne aujourd'hui.....	83
4.2.2.3 Recherche clinique et ostéopathie crânienne.....	84
4.2.3 Est-il justifiable d'évaluer l'efficacité de l'ostéopathie crânienne ?.....	85
4.2.3.1 Démographie, présence dans le système de santé et recours.....	85
4.2.3.2 Risques.....	86
4.2.3.3 Existence et résultats d'essais cliniques.....	86
4.2.3.4 Existence et résultats d'études diagnostiques.....	86
4.2.3.5 Plausibilité scientifique des fondements théoriques.....	87
4.2.3.6 Prétentions thérapeutiques et typologie des critères de jugement.....	87
4.2.3.7 Coût de l'action thérapeutique.....	88
4.2.3.8 Coût de l'agent thérapeutique.....	88
4.2.3.9 Possibilité du double-aveugle ou du simple aveugle.....	88
4.2.3.10 Possibilité d'une démarche analytique.....	88
4.2.3.11 Synthèse de l'étude de cas.....	90
Conclusion	91
Bibliographie	93
Table des annexes	100
Table des illustrations	105
Table des tableaux	106

Doit-on intégrer les « médecines alternatives » dans les systèmes de santé ?

Éléments d'analyse générale, cas de la recherche clinique

Les « médecines alternatives et complémentaires » (MAC) ont le vent en poupe à tel point que des institutions comme l'Organisation mondiale de la santé souhaiteraient que les États intègrent celles-ci à leur système de santé. On appelle un tel projet politique la « médecine intégrative ». Un tel projet est-il éthiquement justifiable ? L'identification et l'analyse d'une partie des arguments de l'OMS dans son dernier document stratégique ont permis de mettre en évidence la faiblesse et l'imprécision de son argumentaire, et l'importance de procéder à des clarifications et analyses des concepts de « médecine alternative et complémentaire », de « médecine » et de « médecine intégrative ». Ce travail a permis de dégager une multitude de sous-questions. Parmi ces dernières, nous avons choisi de traiter du problème de la justification à entreprendre des essais cliniques pour évaluer l'efficacité thérapeutique des MAC. Nous avons soutenu qu'il n'existait pas d'argument irréfutable d'un côté comme de l'autre et que la décision d'entreprendre ou non un essai clinique pour une MAC impliquait un choix politique. Dans la perspective d'un tel choix, un ensemble de treize critères a été proposé et illustrée par une étude de cas de la MAC « ostéopathie crânienne ». Cette analyse de cas nous a permis d'apporter un éclairage sur les difficultés que rencontrerait un éventuel promoteur d'essai clinique portant sur l'ostéopathie crânienne pour justifier son souhait de réaliser une telle étude. D'une manière plus générale, notre travail démontre qu'un projet global de médecine intégrative qui ne précise pas les niveaux auxquels il compte opérer (pratique clinique, recherche clinique, etc.) n'est pas éthiquement justifiable.

MOTS-CLÉS : médecine alternative, médecine complémentaire, médecine intégrative, organisation mondiale de la santé, éthique, essai clinique, ostéopathie crânienne

Should « alternative medicines » be integrated into health care systems ?

Elements of general analysis, case of clinical research

« Alternative and complementary medicines » (CAM) are riding high to the point where institutions like the World Health Organization (WHO) would States incorporate them into their health care system. Such a project this is called « integrative medicine ». Is such a project ethically justifiable ? The identification and analysis of WHO's argumentation enabled us to highlight their weakness and vagueness and the relevance to carry out clarifications and analyses of the concepts of « CAM », « medicine » and « integrative medicine ». This work enabled us to divide our issue into many sub-questions. Among these sub-questions we choosed the issue of ethical justifications to begin clinical trials to assess MAC's therapeutic effectiveness. We support the idea that there are no conclusive arguments for or against and that the decision to perform clinical trials for a specific MAC is a political choice. In view of such a choice thirteen criteria were put forward and illustrated by a case study of the MAC « osteopathy in the cranial field ». This case analysis enabled us to shed light on the challenges that would face the potential promoter for a clinical trial in osteopathy in the cranial field. More generally our work revealed that there is no ethical justification to spreading integrative medicine if not clarified by field of application (clinical practice, clinical research, etc.).

KEYWORDS : alternative medicine, complementary medicine, integrative medicine, world health organization, ethics, clinical trial, osteopathy in the cranial field