PrimaryCare 2002;2:583–586

Faut-il s'intéresser aux médecines parallèles?

Daniel Widmer

Chaos?

La notion de parallélisme suppose deux droites qui ne se rejoignent jamais. La médecine hippocratique aurait introduit la théorie scientifique en médecine en laissant de côté la conception magique du monde, faisant apparaître ainsi une césure historique, la science évoluant, dès lors, loin de la magie sans la rencontrer. C'est la médecine hellénistique, selon Lichtenthaeler [1], qui inaugure l'éparpillement, ce chaos qu'il retrouve de 1500 à 1800, avant l'ère de la médecine moderne. Ces périodes voient fleurir une multitude d'écoles, en débat les unes avec les autres. C'est à ces époques que se pose le problème du choix, avec la question de Galien [2]: quelle est la meilleure secte? (trad. de hairesis, le choix, qui a donné hérésie …). Cette vision de l'histoire de la médecine entre systole et diastole, passant d'une période unitaire au chaos, peut être encore retenue pour nous demander si nous ne quittons pas aujourd'hui l'ère d'une médecine unitaire, celle du modèle biomédical inauguré par Magendie et allant jusqu'à EBM, pour entrer dans un nouveau chaos. Le choix se pose à nouveau: les médecines parallèles doivent-elles devenir complémentaires? Faut-il en revenir à l'éclectisme hellénistique?

Les médecines parallèles ne peuvent pas disparaître

Parler de médecines alternatives ou complémentaires, c'est déjà les reconnaître. Reconnaître c'est aussi laisser dans l'ombre ce que l'on n'accepte pas, ou alors on accepte tout, si tout est bon. Il ne semble toutefois pas que cette dernière option soit celle de nos édiles qui aiment cultiver les règlements. Admettons donc, qu'on le veuille ou non, que même si certaines médecines alternatives sont entrées dans le giron de la FMH et de la LAMal, il y aura toujours des médecines ou des thérapeutiques parallèles qui n'y seront pas. Mais alors sur quel critère décide-t-on?

Critères politiques: une demande de la population

Interrogée à ce sujet l'an passé lors de la rencontre des cadres de la SSMG au Bürgenstock, notre ministre de la santé, Madame Ruth Dreifuss avait dit que l'introduction d'une assurance de base obligatoire imposait de donner quelque chose en retour au peuple. Rembourser certaines médecines répondrait donc à une demande des gens.

Autre critère politique: remettre la médecine à sa juste place et ouvrir le marché

Dans une conférence tenue le 30. 8. 2001 au symposium de l'Académie Suisse des Sciences Médicales, notre Conseillère fédérale disait que «la médecine prise au sens étroit du terme ne représentait que 10 à 15% des facteurs» concourrant à la santé de la population. Elle soulignait que nous vivons dans un monde surestimant la médecine. C'est le modèle bio-médical qui est ici en cause: «les progrès de la médecine sont étroitement liés à ceux des sciences naturelles et de la technique». Et notre ministre de plaider pour une approche holistique: «la demande d'une approche globale s'exprime de plus en plus fortement. Je suis sûre qu'il y a une convergence possible et nécessaire entre celle-ci – qui fait le succès de certaines médecines dites complémentaires – et les connaissances pointues que le développement des sciences naturelles nous a apportées.» Il y a peut-être aussi chez nos édiles une volonté de promouvoir une économie de marché dans la santé en offrant un choix à la population. Mais comment s'orienter dans ce bazar?

Le point de vue de la population

Si «la médecine n'est pas seulement l'affaire des médecins», l'opinion des usagers compte. Les enquêtes sociologiques sont claires à ce sujet, le recours à des médecines alternatives est partout en progression. Reconnaître la place des médecines alternatives c'est ratifier un usage de fait. L'idée de donner quelque chose en retour au peuple ou de respecter une promesse faite pendant la campagne pour la LAMal, c'est sans doute un acte politique mais pourquoi n'avoir choisi que 5 disciplines? Sur quels critères? Cela demeure toujours à mes yeux fort mystérieux.

Dr Daniel Widmer
2, av. Juste-Olivier
CH-1006 Lausanne
E-Mail: widmer@primary-care.ch

Autre critère: l'exigence de qualité

La loi prévoit que les soins dispensés soient efficaces, adaptés et d'un bon rapport coût-utilité. Faire entrer 5 disciplines alternatives dans le giron de l'assurance obligatoire, c'est les soumettre de ce fait à l'obligation d'une évaluation (cf. Urban Wirz: PrimaryCare 2002;2:375–7). On saura en 2005 ce qu'il en est. On aurait sans doute pu attendre les résultats… Et si ces derniers ne montrent pas plus d'effet qu'un placebo, qu'en sera-t-il? Sera-t-il possible de revenir en arrière face à la demande du public? On soulignera aussi un paradoxe: après avoir basé sa décision sur une critique du modèle bio-médical, le pouvoir politique demande que les médecines parallèles soient soumises aux règles de l'évidence qui prévalent dans le modèle critiqué. Les travaux en cours sauront-ils éviter les écueils souvent soulignés [10]?

La pression européenne: critères juridiques

L'alignement sur L'Europe permet de se dispenser de réfléchir à des critères: d'autres l'ont fait … Le 29 mai 1997, le parlement européen a voté, à une courte majorité, le rapport de la commission de l'environnement et de la santé sur le statut des médecines non conventionnelles dans l'Union européenne. Il s'agit d'harmoniser les règles variables d'un pays à l'autre où tantôt les médecines parallèles sont tolérées, tantôt considérées comme un exercice illégal de la médecine. Un argument relevé dans les écrits de Paul Lannoye, député européen, mérite d'être souligné: «contrairement à ce que prétendent certains, le risque pour les patients est beaucoup plus grand dans un régime d'illégalité puisqu'il n'existe pas de protection légale ni du titre revendiqué par un praticien ni de garantie légale de ses compétences, ce qui laisse la porte ouverte à d'éventuels charlatans.» Tâche difficile puisqu'il y aura des règlements et que rien ne garantit qu'en dehors d'eux il n'y aura pas toujours un exercice illégal. Ces mesures permettront-elles d'éradiquer les charlatans? Le problème est repoussé plus loin.

Les craintes d'une dérive sectaire

Un souci clairement exprimé en France, est celui de la dérive sectaire des médecines parallèles. Le rapport 2000 de la mission interministérielle de lutte contre les sectes, se penche sur ce problème à propos d'une des médecines complémentaires reconnues par la FMH, la médecine anthroposophique, sans d'ailleurs conclure très clairement. La France, malgré son appartenance à l'Europe, maintient une attitude prudente, en ne reconnaissant pas la médecine anthroposophique. S'agit-il du principe de précaution? Notre pays accepte de prendre le risque. L'étude en cours en Suisse apportera-t-elle la réponse quant à l'efficacité de cette médecine? Et si oui, l'efficacité serait-elle une garantie contre la dérive sectaire? Comment évaluer un tel risque?

Critères économiques

Une idée qui compte dans les décisions politiques est celle du choix économique entre deux formes de traitement ayant la même efficacité. Un homéopathe de premier recours coûterait-il moins cher qu'un généraliste? Quant aux situations qui ne relèvent pas de la médecine de premier recours mais des cas chroniques insolubles auxquels notre médecine bute, une approche holistique permettrait-elle d'éviter un scanner inutile? Cela reste à démontrer … Certains commentateurs insistent sur la cherté des médecines alternatives [11].

Ainsi donc le pouvoir politique a des critères de choix qui sont les siens: satisfaire la demande du peuple, lutter contre le pouvoir médical et surtout le modèle biomédical, promouvoir l'économie de marché, s'aligner sur l'Europe, exercer un contrôle social par les diplômes et la formation continue, limiter les coûts et se prémunir contre une dérive sectaire qui ne respecterait pas les droits de l'homme et les libertés individuelles.

Détour par l'anthropologie

J'aime tout particulièrement l'histoire, racontée par Claude Lévi-Strauss [3], de Quesalid, un indigène de l'île Vancouver, qui ne croyait pas au pouvoir des sorciers et qui se mit à les fréquenter pour les démasquer. De fil en aiguille, il devint le sorcier le plus célèbre de sa région … Il continuait pourtant

d'attribuer ses succès à la ferme croyance, voire à la crédulité de ses patients. C'est donc le consensus social qui, aux yeux de Lévi-Strauss, fonde le statut de sorcier et non les convictions du sorcier lui-même. Il est vrai qu'il vaut la peine de s'interroger sur l'usage que font les gens des diverses thérapies et sur les représentations collectives [4–6]. Mais la question que l'on pourrait aussi se poser à propos de cette histoire est la suivante: pourquoi Quesalid a-t-il continué de pratiquer son métier de chaman? Est-ce la passion épistémophilique qui le poussait à comprendre les mécanismes de l'influence? S'est-il trouvé pris au piège et a-t-il continué pour ne pas décevoir la demande des gens? A-t-il fini par croire à son pouvoir devant ses nombreux succès? Ce n'est certainement pas l'appât du gain, car Quesalid travaillait gratuitement.

Et la médecine générale?

Notre préoccupation n'est pas celle du pouvoir politique qui encourage le foisonnement. Nous devons toutefois prendre position face à ce nouveau chaos, comme Galien à son époque. Nous sommes confrontés aujourd'hui à des choix politiques qui nous échappent. Et nous considérons avec une certaine colère cette volonté de promouvoir des médecines dites holistiques Les médecines alternatives n'ont pas le privilège de la **globalité**. La médecine générale s'en préoccupe lorsqu'elle met en œuvre une approche «bio-psycho-sociale». La médecine générale n'a jamais défendu le seul modèle bio-médical. Mais d'un autre côté, avouons-le, la médecine générale n'a pas le privilège de la **scientificité**, si l'on songe, comme le dit P. Lemoine [7] à tous les placebos «impurs» que nous prescrivons, ces substances qui n'ont pas subi les preuves de l'évidence et auxquelles nous croyons un peu. C'est toute la problématique de l'effet **placebo** à laquelle nous devons nous intéresser. «Le placebo est affaire de **relation**» soulignait B. Kiefer [8]: ce serait sans doute une erreur de parler simplement de charlatanisme à son propos. Mais d'un autre côté la relation thérapeutique est plus qu'un placebo. En quoi? Par tradition, la médecine générale se préoccupe depuis Balint des impacts de la relation médecin-malade sur l'évolution des maladies. Dans la relation, le médecin généraliste doit prendre en compte les représentations de son patient et c'est là qu'il peut être confronté à une demande ou un usage de pratiques alternatives. Comment y répondre?

Sachant que ce sont aussi des médecins diplômés qui pratiquent les médecines alternatives, peut-on éviter de se demander ce qui les y a poussés. L'incertitude de notre art, les échecs du modèle biomédical, une autre épistémologie, un créneau porteur qui répond à une demande …? Peut-être faudrait-il le leur demander, comme il aurait fallu interroger davantage Quesalid sur ses motivations et ne pas se contenter d'analyser les représentations populaires et le consensus social. Cette discussion me paraît inéluctable puisque nous allons dans l'avenir côtoyer chaque jour des confrères généralistes qui auront une formation complémentaire alternative. Comment discuter avec eux? Dans l'histoire de Lévi-Strauss, le vieux praticien s'en va interroger Quesalid: il ne trouve pas de réponse et en meurt de chagrin.

Mais revenons aux critères de choix qui étaient au centre de la réflexion de Galien pour choisir la meilleure médecine. Ils étaient au nombre de trois: la vérité, l'utilité et la conséquence. La vérité et l'utilité sont les points forts de la démarche EBM aujourd'hui: il ne suffit pas d'affirmer que la diminution du cholestérol prévient les maladies cardiovasculaires, ce qui constitue une vérité. L'utilité se mesure par l'impact du changement sur un patient donné; en cela la notion de NNT est une mesure de l'utilité. Quant à l'impact du placebo chez un patient sur trois dans une étude en double aveugle, c'est une vérité avec un NNT de 3 qui en marque l'utilité … Il est possible que le placebo soit un mythe et que des méta-analyses bien menées n'en démontrent pas l'effet [8], mais que faire de ce patient sur 3? Est-il le témoin de l'utilité de la relation? A côté de la vérité et de l'utilité, il y a la conséquence, qui rend compte, nous dit Galien, «de la relation, non seulement avec les principes posés, mais encore avec les autres théorèmes». En actualisant la démarche de Galien, ont pourrait dire que ces «autres théorèmes» ouvrent la médecine à une réflexion sur ses principes et notamment à la réflexion épistémologique et éthique. L'aide des sciences humaines paraît ici indispensable (medical humanities). L'application pure et simple des principes de vérité et d'utilité pourrait impliquer une attitude sectaire si l'on fait l'économie d'une

réflexion sur les valeurs. Que deviennent la bienfaisance, l'autonomie et la justice lorsque je prescris tel médicament qui abaisse le cholestérol? Que deviennent ces principes dans les pratiques alternatives? Comment faire la part d'une influence thérapeutique [9] utile au patient et d'une prise de pouvoir sur autrui sur un mode sectaire? Si la relation est si importante, est-elle vraiment au centre des médecines alternatives ou ne sont-elles pas un nouveau moyen de l'éluder? Les médecines alternatives sont-elles vraiment plus globales que notre médecine générale? Le chaos est-il global? Voilà toutes les questions que nous autres généralistes «classiques» devront bientôt nous poser suite à la volonté politique de changer le paysage médical.

Références

1 Lichtenthaeler C. Histoire de la médecine. Paris: Fayard; 1978.
2 Galien. De la meilleure secte, à Thrasybule. Dans: Œuvres, par Ch. Daremberg. Paris: Baillière; 1856.
3 Lévi-Strauss C. Anthropologie structurale. Paris: Plon; 1958.
4 De Rosny E. L'Afrique des guérisons. Paris: Karthala; 1992.
5 Laplantine F. Anthropologie de la maladie. Paris: Payot; 1986.
6 Nathan T, Hounkpatin L. La guérison Yoruba. Paris: Odile Jacob; 1998.
7 Lemoine P. Le mystère du placebo. Paris: Odile Jacob; 1996.
8 Kiefer B. Placebo: la fin du mythe? Médecine & Hygiène 2001;2349:1288.
9 Nathan T. L'influence qui guérit. Paris: Odile Jacob; 1994.
10 Nahin RL, Straus SE. Research into complementary and alternative medicine: problems and potential. BMJ 2001;322:161–4.
11 Ernst E. The role of complementary and alternative medicine. BMJ 2000;321:1133–5.