

Véronique Suissa, psychologue clinicienne, a récemment contribué à une proposition de «catégorisation» des médecines complémentaires et alternatives (MCA). Après un colloque au ministère des Solidarités et de la Santé en 2019, des rencontres parlementaires se préparent pour s'interroger sur les «perspectives en matière de réglementation nationale». Un premier pas vers l'encadrement législatif des MCA en France ?

“ Il faut remédier au flou en ce qui concerne les MCA ”

Alternative Santé Vous avez récemment publié dans la revue *Hegel* une proposition de catégorisation des Médecines complémentaires et alternatives (MCA), ce qui les distingue, selon «leur rapport à la médecine officielle». En ressortent des catégories comme «acceptées» (hypnose, sophrologie, yoga, ostéopathie, homéopathie...), «tolérées» (magnétisme, médecine chinoise, naturopathie...) et «rejetées» (comme la thérapie de conversion). Pouvez-vous nous en dire plus sur les critères définissant l'appartenance à l'une ou l'autre des catégories ?

Véronique Suissa Les classifications actuelles sont centrées sur les «pratiques» sans prendre en compte les «usages» et cela n'a pas de sens. Par exemple, une personne gravement malade qui utilise une pratique donnée, au détriment de son traitement, s'expose à un risque vital alors que cette même pratique utilisée en complément, et dans un cadre adapté, peut être bénéfique. Nous avons voulu remédier à ce problème en proposant une classification plutôt centrée sur les «usages et usagers». Ainsi, une même pratique peut se retrouver dans plusieurs catégories. L'hypnose pratiquée à l'hôpital par un médecin formé pourra être «acceptée» et l'hypnose dispensée par un charlatan pourra être «rejetée».

A. S. Un ouvrage collectif, une publication scientifique, et plus récemment un colloque au ministère des Solidarités et de la Santé

puis des rencontres parlementaires à l'Assemblée... Ce travail de catégorisation a-t-il pour but de nourrir un projet législatif concret ?

V. S. Oui, nous avons rencontré à plusieurs reprises les équipes du ministère en charge de ces questions. Nous sommes également en lien étroit avec la Mission interministérielle de vigilance et de lutte contre les dérives sectaires (Miviludes). D'autres discussions avec ces acteurs sont à venir. Nous portons également l'idée d'un observatoire national des MCA. Est-ce que cette proposition sera reprise ou pas, ça, c'est autre chose ! Bien sûr il y a beaucoup d'enjeux derrière mais pour l'heure, l'idée est de diffuser cette définition et catégorisation pour remédier au flou artistique actuel en donnant quelques repères. Elle évoluera sans doute à mesure des décisions nationales.

A. S. De quelles façons concrètes cette catégorisation pourrait-elle être utile aux patients et aux professionnels de santé ?

V. S. Six critères de classification représentent, en quelque sorte, les questions à se poser : le statut de la pratique (est-elle légalisée et/ou intégrée dans le système de soins ?), la formation du praticien (est-elle reconnue ?), l'usage (complémentaire ou alternatif ?), la visée du soin (guérir ou renforcer la qualité de vie ?), présence de risques (interactions médicamenteuses, manque de formation du praticien, etc.) ou de dérives (conceptions non fondées ou méthodes non éprouvées impactant négati-

En savoir plus

Septembre 2019, ouvrage collectif : «*Médecines complémentaires et alternatives, pour ou contre ?*», éditions Michalon. coécrit par Véronique Suissa, Serge Guérin et Philippe Denormandie

• Octobre 2019 : Colloque au ministère des Solidarités et de la Santé animé par V. Suissa, S. Guérin et Ph. Denormandie. «*Favoriser l'intégration des interventions bénéfiques pour la santé et lutter contre la prolifération des approches déviantes ?*»

• À venir : «*Premières rencontres parlementaires des MCA*» à l'Assemblée nationale (initialement prévues le 4 mai 2020).

vement la personne ou une emprise mentale). Ainsi, un praticien dispensant une pratique légalisée (critère 1), formé par un diplôme universitaire (critère 2), dans le cadre d'un usage complémentaire (critère 3) comporte vraisemblablement peu de risques.

Ceci dit, il est impossible de codifier totalement des orientations car elles dépendent de choix, valeurs et croyances personnelles. Vous pouvez dire à un patient que la méthode énergétique de untel ne repose pas sur un fondement scientifique, ça ne l'empêchera pas d'y recourir. C'est le principe de la liberté de croyances.

A. S. Les risques d'abus de faiblesse, régulièrement pointés du doigt en matière de MCA, ne sont-ils pas liés à toute relation d'aide quelle qu'elle soit ?

V. S. Oui, c'est très important de le dire, ces dérives ne sont pas l'apanage des MCA mais de toute relation d'aide dans laquelle il y a deux protagonistes dont le statut et la fonction diffèrent (sachant VS non sachant, en santé VS malade, etc.).

A. S. De nombreuses tensions proviennent aujourd'hui d'une «opposition» entre médecine conventionnelle et MCA. Or vous avez précisément fait le choix de catégoriser les MCA selon «leur rapport à la médecine officielle». D'autres systèmes de catégorisation vous ont-ils semblé envisageables ?

V. S. La médecine conventionnelle doit rester une référence. Il ne s'agit pas de penser un système de soins



Philippe Denormandie, Véronique Suissa et Serge Guérin au ministère des Solidarités et de la Santé, lors du premier colloque, le 28 octobre 2019 à Paris.

Biographie

Véronique Suissa est psychologue clinicienne, docteur en psychologie. En 2017, elle soutient sa thèse sur l'impact des MCA chez les patients atteints de cancer. Elle poursuit aujourd'hui ce travail en coopérant régulièrement avec des « tenants des MCA » et des organismes comme la Miviludes (Mission interministérielle de vigilance et de lutte contre les dérives sectaires).

parallèle à notre médecine mais d'articuler de façon plus efficace le *cure* – dont elle est l'archétype – et le *care* qu'elle valorise de façon croissante. (NDLR: le *cure* désigne les soins ayant pour but de maintenir la vie, de lutter contre la maladie, s'attaquer à ses causes et permettre la guérison. Le *care* désigne les soins ayant pour but d'entretenir la vie par un accompagnement complémentaire mais pas curatif).

A.S. Ainsi, selon vous, seule la médecine conventionnelle a le potentiel de traiter et guérir des maladies (*cure*) et les MCA ne peuvent rester qu'un accompagnement complémentaire mais non curatif (*care*)?

V.S. Attendre d'une MCA qu'elle permette de guérir d'un cancer est, à mon sens, une hérésie. Certaines MCA peuvent diminuer un symptôme, voire l'éradiquer (comme l'hypnose qui peut diminuer la douleur) mais il faut bien faire la différence entre traiter un symptôme, ce qui relève de la qualité de vie, et guérir d'une pathologie grave. Les MCA n'ont pas vocation à guérir des pathologies graves (*cure*) mais à accompagner les personnes (*care*).

A.S. Après avoir été vilipendées durant des décennies, des MCA comme l'EMDR (intégration neuro-émotionnelle par les mouvements

oculaires) ou l'hypnose finissent par faire leurs preuves et intégrer des protocoles hospitaliers. Seul le temps et du recul permettent un tel processus. De même, c'est souvent l'engouement du public pour une MCA qui permet son développement puis des protocoles d'évaluation scientifique. En ce sens, avez-vous réfléchi à une sorte de « présupposé de bienveillance » pour certaines MCA qui montrent des résultats encourageants?

V.S. L'engouement pour une pratique accélère sans doute les démarches d'évaluation. Ça a été le cas de la méditation de pleine conscience. Il faudrait étudier toute pratique prometteuse sans forcément attendre, mais sans non plus étudier tout et n'importe quoi. Des méthodes comme les approches psychologisantes sont à exclure. Enfin, étudier une pratique pour laquelle le praticien est insuffisamment formé impacte les résultats. Donner une chance à une pratique, c'est aussi lui permettre d'être correctement appliquée. Nous avons pensé à un présupposé de bienveillance à travers un tronc commun de formation qui serait dédié à tout praticien de MCA, quelle que soit la pratique.

A.S. De nombreux praticiens de MCA considèrent que les protocoles de la médecine fondée sur les

faits (EBM) utilisés en médecine conventionnelle ne sont pas adaptés pour évaluer l'efficacité de certaines MCA, et qu'ainsi certaines MCA sont vouées à ne jamais être reconnues, qu'en pensez-vous?

V.S. Les chercheurs dans le domaine pointent deux éléments principaux en la matière. Le fait que les MCA sont tout à fait évaluable (en termes d'efficacité) via ces critères, puisque ça a déjà été le cas pour nombre d'entre elles. Et l'importance de repenser les critères d'évaluation en intégrant des méthodologies qualitatives que l'on utilise peu en France. De mon point de vue, les deux sont complémentaires mais la dimension qualitative de la méthode me semble essentielle, car elle évite d'opposer les données centrées sur des faits (« *evidence-based medicine* ») et des données centrées sur des valeurs (« *values-based medicine* »). Ces méthodes qualitatives permettent d'inclure le « regard de la personne », ses perceptions, ses préférences. Il existe aujourd'hui des protocoles scientifiques reconnus qui permettent de les utiliser. Cet état d'esprit correspond absolument à celui que nous portons via notre proposition de catégorisation centrée sur l'usager et les usages plutôt que sur la méthode en elle-même.

A.S. Alors que 68 % des Français (et 56 % de leurs médecins) sont convaincus des bienfaits des MCA, nous assistons à une crispation parfois caricaturale du débat entre « pro-MCA » et « anti-MCA » (comme le collectif FakeMed qui qualifie les médecines alternatives d'« inefficaces », « irrationnelles » et « dangereuses »). Quel regard portez-vous sur ce phénomène?

V.S. Certains arguments (comme favoriser une médecine intégrative ou lutter contre les pratiques charlatanesques) sont légitimes. En revanche, toute forme de radicalité ne sert pas la réflexion. Pour avancer vers un résultat constructif, il va falloir mobiliser toutes les bonnes volontés et respecter les visions de chacun. ●

Propos recueillis par
Sabrina Debusquat