

COMPRENDRE LES ENJEUX DES MÉDECINES COMPLÉMENTAIRES ET ALTERNATIVES

Véronique SUISSA

Bien que, de nos jours, les médecines complémentaires et alternatives (MCA) suscitent un réel engouement et soient entrées dans les usages médicaux, elles restent difficiles à appréhender par le grand public, notamment en raison de la multiplicité des disciplines qu'elles recouvrent. En effet, l'hétérogénéité des approches – ancestrales et contemporaines – tout comme la variété des pratiques (psychologiques, manuelles, etc.), de leurs statuts (réglementaire, scientifique, institutionnel, etc.) ou encore des praticiens qui les exercent (soignants, non-soignants, etc.), rendent compte d'un phénomène disparate et complexe à délimiter.

Incontestablement, les pratiques complémentaires et alternatives sont porteuses de représentations et de significations sociales plurielles et diffuses. Pour autant, les avancées dans le domaine sont indéniables et reflètent un mouvement (inter)national à la fois sociétal, médical, scientifique, institutionnel et concret.

Sur le plan sociétal, l'engouement pour les pratiques complémentaires n'est plus à démontrer. Près d'un Français sur deux les utilise et 80 % des citoyens y ont recours au moins une fois au cours de leur vie¹.

1. Odoxa, *Les Français et les thérapies alternatives*, 2023.

On fait le même constat en Europe et dans le monde², d'autant plus dans les régions où les médecines traditionnelles sont culturellement bien ancrées, comme en Inde ou en Chine.

Sur le plan médical, de nombreuses pratiques sont aujourd'hui intégrées dans les services de soins en complément des traitements. En France, en Europe et plus largement dans les pays où la médecine occidentale est devenue la référence, de nombreux soignants se forment à certaines pratiques pour les exercer auprès de leurs patients.

Sur le plan scientifique, les médecines complémentaires, dont certaines – telles que l'hypnose ou la méditation – ont démontré leur efficacité sur certains symptômes³, font l'objet de recherches croissantes à l'échelle (inter)nationale.

Sur le plan institutionnel, les initiatives officielles se multiplient (inter)nationalement : plans d'actions portés dès le début des années 2000 par l'Organisation mondiale de la santé⁴, rapports et résolutions au niveau européen (1997⁵ et 1999⁶), proposition de résolution nationale en 2021 visant à la création d'une agence gouvernementale⁷, mise en place d'un comité ministériel en 2023...

Cependant, en France, malgré ces avancées, l'absence de cadre entraîne un manque de repères, en particulier pour les citoyens en demande d'information et d'orientation. C'est dans cet esprit que l'Agence des médecines complémentaires adaptées (A-MCA)⁸ a été fondée en 2020, dans le but de réfléchir, agir, informer et démocratiser le sujet. Cet article vise à apporter des repères permettant de mieux comprendre cette tendance et ses enjeux. Comment les pratiques complémentaires se sont-elles intégrées dans notre société ? Pourquoi suscitent-elles un tel engouement des patients à l'ère d'une médecine efficace ? Que sont-elles et comment les distinguer ? Quels sont les problématiques et leviers d'actions sur le terrain ?

2. Organisation mondiale de la santé (OMS), *Stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle 2014-2023*, 2013.

3. Antoine Bioy, *L'hypnose*, Presses universitaires de France, « Que sais-je ? », 2024 (3^e édition).

4. Organisation mondiale de la santé (OMS), *Stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle 2002-2005*, 2002.

5. Parlement européen, *Rapport sur le statut des médecines non conventionnelles*, 1997.

6. Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe, Commission des questions sociales, de la santé et de la famille, *Une approche européenne des médecines non conventionnelles (proposition de résolution)*, 1999.

7. Assemblée nationale, *Proposition de résolution invitant le gouvernement à créer une agence gouvernementale d'évaluation des approches complémentaires adaptées et de contrôle des dérives thérapeutiques et des pratiques alternatives*, 2021.

8. www.agencemca.fr

L'assimilation des médecines complémentaires

Des pratiques ancestrales à la biomédecine moderne

L'usage des pratiques complémentaires n'a rien de révolutionnaire et renvoie à la quête de bien-être inhérente à la condition humaine⁹. Depuis l'Antiquité, les médecines ancestrales prônent un équilibre entre corps et esprit pour maintenir la santé. Dans l'Antiquité, les civilisations grecque et romaine valorisaient déjà comme essentiels à la santé l'hygiène, les soins du corps, l'activité physique et l'alimentation. Au Moyen Âge, les monastères contribuaient au maintien de ces connaissances ancestrales. La vie monastique, simple et sobre, accordait une attention à l'hygiène et à l'équilibre alimentaire.

C'est l'évolution des connaissances qui modifiera progressivement la conception de la santé. En Occident, les pratiques médicales des XVII^e et XVIII^e siècles évolueront vers une approche préscientifique, à mesure des avancées médicales¹⁰. Puis, la révolution industrielle des XIX^e et XX^e siècles confrontera la médecine à de nouveaux défis sanitaires (surpopulation, insalubrité, etc.) et cherchera à combattre les maladies et épidémies de l'époque. Même si les connaissances sont insuffisantes pour y faire face, cette période amorce une transition pour la médecine, qui s'intéresse à certains fondements de la santé – devenus contemporains – tels que l'hygiène ou les facteurs sociaux et environnementaux. Les progrès de la médecine l'inscrivent ensuite dans l'ère de la scientification de sa pratique – biomédicale – centrée sur le diagnostic et le traitement des maladies. Cette conception curative de la santé contribuera à marginaliser les anciennes approches en les assimilant à des méthodes fondées sur des croyances.

Dans les années 1990, le bien-être devient un secteur en pleine expansion, notamment en France, où de nombreuses institutions dédiées – salons, centres de remise en forme – voient le jour et intègrent certaines pratiques telles que les massages ou la relaxation. Parallèlement, l'accès à l'information se démocratise, tandis que les médias s'intéressent de plus en plus au bien-être. Clairement, les sujets autour de la santé attirent les Français qui deviennent de véritables adeptes des approches complémentaires, en écho aux messages de la société sur la prévention : bien manger, bien bouger, prévenir le stress...

9. Véronique Suissa, *La société du bien-être*, Michalon éditions, 2024.

10. Émergence d'une méthode fondée sur des preuves, vaccination contre la variole, pratique des dissections...

À partir des années 2000, les MCA se développent davantage. Guérir est devenu quasiment un acquis et les populations cherchent à présent à prévenir la maladie, à préserver leur santé et à contribuer à

« **Les populations cherchent
à présent à prévenir la maladie** »

leur bien-être, d'autant plus que la médecine n'a que peu de réponses aux attentes en matière de prévention, tout comme elle

ne parvient pas à accompagner les maux du quotidien (mal-être, stress, difficultés interpersonnelles, etc.). En outre, face à l'augmentation des maladies chroniques, la médecine est confrontée à de nouvelles attentes des patients qui cherchent aussi à améliorer leur qualité de vie. À ce stade, une séparation s'est instaurée dans l'esprit collectif qui distingue la médecine curative (centrée sur la maladie) et les médecines complémentaires (centrées sur la personne).

La médecine n'investit pas les attentes en matière de bien-être, mais elle en comprend la signification et adhère à la nécessité de mieux les considérer. Plus encore, elle diffuse de grands messages allant dans ce sens : elle encourage la prévention, sensibilise à la qualité de vie, alerte sur la surconsommation de médicaments, préconise des soins non médicamenteux. Les médecines complémentaires, déjà implantées dans les habitudes des Français, trouvent alors davantage leur place mais cherchent toujours à se structurer pour se faire mieux accepter par la médecine. En effet, en l'absence de cadre, l'offre est devenue illisible. Par conséquent, la communauté médicale est divisée entre ceux qui perçoivent l'intérêt de ces pratiques, ceux qui les (re)considèrent peu à peu ou ceux qui restent réservés, voire réfractaires.

Une structuration et une personnalisation des soins

Face au besoin de structuration, de nombreuses approches ont abandonné leurs anciennes théories ou fondements spirituels pour se laïciser et se rendre accessibles à l'évaluation. Après les années 2000, la recherche devient exponentielle. En France, plusieurs pratiques connaissent une démarche de normalisation par le biais de formations, de réglementations ou de recherches. Dans le même temps, de nombreux soignants formés à certaines pratiques complémentaires facilitent leur intégration en milieu de soins.

Par ailleurs, la médecine évolue en cohérence avec les transformations sociétales qui positionnent le citoyen comme acteur de sa santé. La relation entre médecin et patient – anciennement fondée sur un

rapport hiérarchique – s'inscrit dans un rapport de collaboration, tandis que les droits des patients s'affirment : droit à l'information, autonomie des soins... À partir du début des années 2000, la cancérologie fait l'objet de plans cancer et amorce une nouvelle philosophie des soins dans laquelle les approches non médicamenteuses – telles que le soutien psy-

« Les services d'oncologie élargiront leur offre en déployant des approches complémentaires »

chologique, la diététique, l'activité physique – ont toute leur place¹¹. Très rapidement, les services d'oncologie élargiront leur offre en déployant des approches complémentaires. Parallèlement, quelques pratiques comme l'ostéopathie ou la chiropraxie seront réglementées, tandis que d'autres – comme l'hypnose ou la méditation – montreront leur efficacité sur certains symptômes¹².

Face à leur popularité et aux avancées dont elles font l'objet, les pratiques complémentaires s'intègrent alors plus largement au cœur des hôpitaux. À partir de 2010, d'autres secteurs s'inspirent de l'oncologie pour les proposer dans leurs services (psychiatrie, douleur, etc.)¹³. Les Ehpad (établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) les déploieront aussi, en réponse à la nécessité de soins non médicamenteux¹⁴. Les associations de patients ne tarderont pas à entreprendre la même démarche, dans une logique de parcours hôpital-ville. Cependant, cette intégration, informelle et non structurée, reste tributaire de chaque institution qui adopte sa propre politique en la matière.

À partir de 2015, le constat est unanime : la multiplicité des pratiques et des praticiens, tout comme la variété de leur statut, constituent un frein à leur intégration. Dans ce contexte, certains centres hospitaliers s'organisent et créent des unités de soins intégratifs, faisant référence au concept émergent de « médecine intégrative ». La médecine intégrative a pour intérêt de délimiter les pratiques déployées dans une démarche coordonnée et évaluée. Elle s'éloigne du concept de *médecines complémentaires et alternatives* qui fait réf-

11. Mise en place des soins de support.

12. Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm), *Évaluation de l'efficacité de la pratique de l'hypnose*, 2015.

13. Assistance publique – hôpitaux de Paris (APHP), *Médecines complémentaires à l'assistance publique – hôpitaux de Paris* (rapport), 2011.

14. Véronique Suissa et Serge Guérin, « Médecines complémentaires et alternatives : quelle signification en gériatrie ? », *Gériatrie et psychologie neuropsychiatrie du vieillissement*, volume 18 (4), 2020, pp. 371-376.

rence à un spectre illimité de pratiques. C'est dans cette même dynamique que des espaces de santé intégrative¹⁵ se développent parallèlement hors du milieu médical, dans une logique de prévention.

Distinguer les approches complémentaires

Repères théorico-pratiques

En France, une première proposition de définition et de catégorisation¹⁶, en 2020, permet d'apporter des repères en distinguant les approches selon les liens qu'elles entretiennent avec la médecine (acceptées, tolérées ou rejetées), tout en considérant les critères d'usage qui participent des bénéfices ou des risques (par exemple, formation du praticien, motivation d'usage). Schématiquement, cette classification discerne trois catégories fondées sur des critères objectifs :

- *Les pratiques bénéficiant d'une assise formelle* (acceptées) renvoient aux approches qui s'intègrent en milieu de soins, dont certaines sont éprouvées par la science ou réglementées par la loi. Elles concernent, d'une part, les thérapies dites non médicamenteuses recommandées par les autorités sanitaires¹⁷ et, d'autre part, les pratiques complémentaires faisant ou ayant *a minima* fait l'objet de normes de formation¹⁸ ou d'un processus de normalisation¹⁹, voire d'un encadrement²⁰.
- *Les pratiques ne bénéficiant pas d'assise formelle* (tolérées) renvoient à une disparité d'approches – ancestrales ou contemporaines – dont les conceptions sont inévaluées et fondées sur des croyances²¹. Elles concernent les pratiques ne faisant l'objet d'aucune norme de formation, du fait de leurs fondements théoriques. Ces approches ne présentent pas de risques, dès lors qu'elles ne s'opposent en rien aux soins officiels, et font généralement l'objet d'une forme de tolérance de

15. Le concept de santé intégrative, déconnectée des situations médicales, permet de souligner l'implication de la personne sans pour autant la réserver aux personnes en situation de fragilité.

16. Véronique Suissa, Serge Guérin, Philippe Denormandie, Marie-Carmen Castillo et Antoine Bioy, « Médecines complémentaires et alternatives (MCA) : proposition d'une définition et d'une catégorisation de références », *Hegel*, n° 2 (2), 2020, pp. 131-142.

17. Activité physique, diététique, soutien psychologique...

18. Méditation, art-thérapie, hypnose...

19. Sophrologie, réflexologie, naturopathie...

20. Ostéopathie, chiropraxie, acupuncture, homéopathie...

21. Approches ancestrales (chinoise, ayurvédique, etc.), naturelles (remèdes à base de plantes, etc.), énergétiques (magnétisme, coupeurs de feu, etc.), spirituelles (prière, religieux, etc.).

a part de la médecine, qui s'attache à respecter les valeurs et les croyances individuelles.

Les pratiques présentant des risques (rejetées) englobent les pratiques risquées, voire dangereuses, s'opposant aux recommandations médicales²². Le caractère déviant de ces usages réside dans leur opposition à la médecine ou dans la volonté de nuire. Même si les dérives sectaires²³ restent marginales, elles comportent des risques évidents pour l'utilisateur, *a fortiori* dans un contexte de fragilité.

Par ailleurs, cette catégorisation est associée à d'autres points de repère intégrant leurs dimensions humaines et subjectives. En effet, se référer exclusivement aux types d'approches serait voué à l'échec dans la mesure où il ne s'agit pas uniquement de pratiques mais aussi d'usagers et de praticiens, et donc de formes très variables (contextuelles, motivationnelles, professionnelles, etc.). De façon pragmatique, une pratique validée peut être proposée dans un cadre adapté ou, au contraire, présenter des risques si le praticien manque de compétences. De même, une pratique réglementée peut être risquée si elle est utilisée par l'utilisateur de façon alternative.

Les valeurs et motivations des usagers

Les attentes et les valeurs des personnes les orientent vers des pratiques plus ou moins éloignées de la médecine. En effet, les critères médicaux et scientifiques ne sont pas nécessairement ceux des citoyens qui se fondent généralement sur leurs croyances, leurs préférences ou leurs expériences. Par ailleurs, le contexte de l'utilisateur est aussi à prendre en compte dans la mesure où le recours à ces pratiques n'a pas le même sens si la personne est en bonne santé ou confrontée à une maladie.

Les MCA peuvent être bénéfiques pour les usagers, sans effet ou délétères selon les pratiques, mais aussi selon leurs motivations (par exemple, bien-être ou guérison) et la façon dont ils les utilisent (par exemple, en complément ou en remplacement). De plus, le rapport qu'ils entretiennent avec la médecine (confiance, réserve, etc.) influencera le recours à certaines approches, qu'elles soient acceptées ou non par la médecine.

22. Méthode Hammer, régimes miracles, approches psychologisantes, pratiques à visées curatives...

23. Impliquent la notion d'emprise mentale et tous les secteurs (religion, santé, etc.), contrairement à la dérive thérapeutique, propre à la santé et associée à des recommandations ou actes à visée thérapeutique risqués dans un contexte où l'utilisateur conserve son libre arbitre.

Champs d'intervention et qualifications des praticiens

Du côté des praticiens, au-delà de la difficulté de se repérer dans la variété des formations (reconnues ou non, réglementaires ou universitaires, etc.), il faut encore pouvoir distinguer les professionnels issus du soin à même d'intervenir dans une visée thérapeutique et les praticiens non soignants qui agissent pour le bien-être.

À titre d'illustration, l'hypnose déployée à l'hôpital sera généralement proposée par un soignant aguerri aux fragilités humaines dans le but de réduire un symptôme en complément des traitements. À l'in-

« La visée thérapeutique
reste en partie arbitraire
et comporte une zone d'ombre » »

verse, une personne en bonne santé pourra tout à fait faire appel, hors du milieu de soins, à la réflexologie pour l'aider à mieux gérer son stress. Cepen-

dant, la délimitation des interventions n'est pas aisée car les praticiens du bien-être peuvent aussi opérer auprès de personnes malades dès lors qu'ils sont spécialisés auprès du public accompagné, qu'ils ne dépassent pas leur champ de compétences et ne visent pas à l'acte thérapeutique. De plus, la visée thérapeutique reste en partie arbitraire et comporte une zone d'ombre, par exemple lorsqu'il s'agit de réduire un signe bénin pour lequel la médecine n'a pas de réponse. La visée thérapeutique, aussi subtile soit-elle, perdure dans certains cas.

En résumé, identifier un praticien qualifié revient à chercher une aiguille dans une botte de foin. Le citoyen doit repérer un praticien correspondant à ses besoins (soignant ou non), proposant la discipline qui l'intéresse (par exemple, ostéopathie, méditation, etc.), tout en s'assurant qu'il soit spécialisé (par exemple, dans la gestion des émotions) et aguerri à son profil (adolescent, adulte, etc.), avec les compétences nécessaires (formations, spécialisations, etc.) pour répondre à une démarche spécifique (bien-être ou thérapeutique).

Problématiques actuelles et leviers pour demain

Une confusion à tous les niveaux pour les citoyens

Devant la complexité du domaine, les citoyens sont souvent démunis. En pratique, ils ne sont pas informés des avancées du secteur tout comme ils ne s'intéressent généralement pas aux rapports institutionnels, aux études scientifiques ou aux normes réglementaires. De même,

la diversité des formations des praticiens reste hermétique au tout-venant qui ne distingue pas la pluralité des titres et des enseignements délivrés par de multiples structures et ce, pour une même pratique. Aussi, beaucoup ignorent les mouvements professionnels mis en place par les organisations de praticiens ou par les groupements d'experts. À l'inverse, l'information accessible au grand public s'apparente à de la surinformation ou de la désinformation²⁴.

« *Toute personne peut se déclarer praticien* »

Enfin, le cadre juridique défaillant contribue à cette confusion. En l'absence de règles, toute personne peut se déclarer praticien, qu'elle ait ou non la qualification nécessaire. Par exemple, un sophrologue peut exercer en toute légalité sans posséder de diplôme. Tout comme les écoles express peuvent délivrer en toute légalité des pseudo-attestations. Cette situation est valable pour toutes les pratiques non réglementées. Ce vide juridique favorise l'apparition de dérives, souvent signalées par la Mission interministérielle de vigilance et de lutte contre les dérives sectaires (Miviludes), avec l'infiltration de charlatans dans le secteur.

L'A-MCA : un symbole des attentes de la société

Avec 15 000 citoyens adhérant au réseau de l'Agence des médecines complémentaires adaptées (A-MCA)²⁵, cette association, créée en 2020, est révélatrice des attentes sociétales. En effet, c'est face à l'impossibilité pour les citoyens de se repérer que l'A-MCA a pris racine, avec pour objectif de diffuser une information éclairée et accessible, tout en menant des actions en faveur de la structuration des pratiques. Sa création s'inscrit dans un contexte de mobilisation des acteurs de terrain qui émerge depuis les années 2020, pour réfléchir autour d'un enjeu spécifique (par exemple, recherche, formation, etc.).

Ouverte à tout citoyen et constituée d'un vaste collectif d'experts, l'A-MCA a pour mission de réfléchir, d'agir, d'informer et de démocratiser les pratiques. Ses activités, organisées autour d'actions sociétales et de terrain, d'événements et de publications, permettent d'agir à différents niveaux (sociétal, professionnel, scientifique, etc.), en cohérence avec la diversité des enjeux actuels. En effet, diffuser uni-

24. Dans ces contenus pléthoriques, l'information est inégale et les avis divergent ou se contredisent.

25. www.agencemca.fr

quement de l'information professionnelle n'éclaire pas le citoyen, tout comme informer exclusivement le grand public ne contribue pas à la structuration des pratiques. C'est donc dans cette approche globale que l'A-MCA œuvre de façon transversale.

Elle tend à répondre simultanément aux enjeux d'information auprès du grand public²⁶, de sensibilisation des professionnels²⁷, de formation des praticiens²⁸, de structuration des pratiques²⁹ et de développement des recherches scientifiques³⁰. Autrement dit, elle envisage ses actions dans une logique de décroisement des initiatives (sociétales, professionnelles, etc.) mais aussi des publics auprès desquels elle les déploie, qu'ils soient citoyens (lycéens, seniors, etc.), praticiens (soignants ou non), institutionnels (hôpitaux, Ehpad, entreprises, etc.).

En définitive, la vision intégrative de l'A-MCA la conduit à rassembler des acteurs pour faciliter des actions concrètes mais aussi des réflexions synergiques entre des mondes qui communiquent peu parce qu'ils restent focalisés sur un enjeu en particulier, là où une action d'ensemble demeure nécessaire. C'est d'ailleurs dans cet esprit qu'elle organise le premier Congrès national de santé intégrative³¹ (CNSI), permettant un espace d'échanges autour des avancées (sociétales, citoyennes, scientifiques, institutionnelles, etc.), tout en facilitant les synergies entre acteurs.

* * *

Aujourd'hui, les pratiques complémentaires sont profondément implantées dans notre société. Cependant, en l'absence de cadre, l'offre pléthorique conduit à une confusion. Les problématiques actuelles sont à présent bien identifiées, renvoyant aux grands enjeux du secteur tels que l'information (qui s'apparente à de la surinformation), la formation des praticiens (très hétérogène), l'encadrement des pratiques (mis de côté par l'État), la recherche scientifique (trop coûteuse), une intégration structurée en milieu de soins (tributaire des

26. Articles, fiches pratiques, interviews, conférences grand public...

27. Rapports d'experts, conférences professionnelles...

28. Concepts clés, éthique, qualité des interventions...

29. Mise en place de programmes (entreprises, centres de soins, etc.).

30. Partenariat avec la revue scientifique *La revue de l'hypnose et de la santé intégrative*, chez Dunod (www.dunod.com).

31. www.cn-si.com

choix de chaque centre), la sensibilisation des soignants et des acteurs de terrain (qui n'ont pas de repères pour orienter, se former ou les intégrer) et un accès de qualité dans la société (où l'offre est pléthorique). Bien que les initiatives professionnelles, tout comme celles des structures innovantes telles que l'A-MCA, permettent d'apporter des repères, elles ne peuvent à elles seules répondre à la pluralité des besoins du secteur. À cet égard, une véritable politique publique dans le domaine demeure nécessaire, ne serait-ce que pour répondre à la demande sociétale et assurer la qualité et la sécurité des usages.

Véronique SUISSA



Retrouvez le dossier « Éthique du soin »
sur www.revue-etudes.com