

## La place de l'homéopathie dans la santé

Réfléchir à l'évaluation de l'homéopathie implique des présupposés, à savoir l'explicitation de conceptions de l'être humain, de la médecine qui orientent ensuite vers les modèles de recherches en rendant compte.

### 1. L'apport des sciences humaines en médecine

Les études médicales ont une importante dimension initiatique qui reste implicite, mais qui correspond à l'acquisition d'un véritable habitus médical ( au sens donné par le sociologue P. Bourdieu). Le champ de la connaissance est abordé à partir d'une conception biologique de l'homme et la notion de soin reste subordonnée à l'apprentissage de la science des maladies. Une telle formation favorise une vision partielle et partiale de l'activité médicale, qui sera renforcée tout au long du cursus. Il convient donc de privilégier les matières qui favorisent une réflexion critique sur l'épistémologie biomédicale et dans chacune de ces matières, privilégier tout ce qui permet une véritable ouverture critique.

La philosophie des sciences, par exemple, les concepts de paradigme, de falsification... qui permettent de faire comprendre aux étudiants que la science est avant tout une méthode d'appréhension du réel, toujours en devenir.

La prise de décision à travers la notion fondamentale d'incertitude, typique de l'action de soin, véritable propédeutique de la justification de l'action.

La dimension éthique : la médecine s'adresse à des personnes. L'altérité, la subjectivité de la souffrance sont des notions premières qui doivent être réfléchies en amont de tout abord épistémologique.

L'histoire de la médecine, elle permet d'apprécier les réalités contemporaines à la lumière du passé ? Ce n'est pas une histoire des grandes découvertes, sorte d'hagiographie qui renforcerait l'épistémologie biomédicale dominante, mais une histoire critique de la pensée médicale ( celle de Mirko GRMEK) qui soulève des problèmes philosophiques et anthropologiques ( avec par exemple, Michel FOUCAULT).

L'anthropologie, qui permet de mieux comprendre le concept de culture, éclairant le problème des représentations agissant de façon implicite au sein des problèmes contemporains.

#### **Ce à quoi peuvent concourir les sciences humaines :**

Susciter, animer un questionnement éthique dans le champ de la santé, de la planification de la santé à la décision de santé, à l'échelon individuel et à l'échelon collectif, suivant un continuum, celui de la prévention à l'insertion, celui qui accompagne la vie d'un être humain. Expliquer pourquoi la prise en compte de la singularité de la personne dans toute activité médicale a un caractère essentiel eu égard à des principes d'éthique voire d'efficacité des actes posés, des mots émis, éclairer les enjeux institutionnels des décisions prises dans le champ de la santé.

Développer l'axiologie médicale par la création d'une réflexion sur les pratiques et sur les valeurs professionnelles en médecine, qu'il s'agisse de la médecine ambulatoire ou de la médecine hospitalière. Penser les « présupposés axiologiques et culturels des discours » des acteurs de santé. Conduire une réflexion scientifique sur les valeurs qui mettent en jeu des fondements légaux, politiques et sociaux des options éthiques retenues par une société aussi bien que le discernement de chaque patient, chaque famille, chaque acteur de santé.

Valoriser la capacité à douter, le doute n'est-il pas une vertu faisant progresser ?

Apprendre à communiquer avec l'autre, intégrer ce que signifie le relativisme culturel.

Susciter la confrontation des points de vue, de différents apports théoriques, notamment philosophiques, psychologiques, psychanalytiques, anthropologiques et juridiques sur des situations cliniques précises. ( pour pratiquer l'éthique de la discussion propre à Jürgen HABERMAS ).

Favoriser une mise en éveil permanente des étudiants de médecine sur la normativité des attitudes , des discours et des pratiques constituant un risque de porter atteinte à l'expression des valeurs et des choix du patient.

Sensibiliser à l'anthropologie sociale et culturelle qui est un discours d'un point de vue sur la différence.

Connaître l'histoire des pratiques médicales et celle des conceptions du normal et du pathologique ( CANGUILHEM, FOUCAULT, GORI )

Connaître l'utilisation de la médecine soumise à l'Etat : quelques exemples historiques l'ont fait évoluer en pratiques barbares , revisiter cette connaissance dans l'analyse des fonctionnements institutionnels contemporains ( médecine pénitentiaire et centres de rétention socio-médico-judiciaire, loi de prévention de la délinquance). Les processus de réification de la personne sont –ils à jamais disparus ?

Favoriser la réflexion sur les buts que la médecine poursuit et les moyens qu'elle se donne pour ne pas risquer de n'être qu'une médecine technicienne, un bio-pouvoir sur l'individu (1).

Le discernement éthique met en jeu la situation unique vécue par chaque patient et les règles normatives et les grands principes comme les valeurs universelles.

La réflexion éthique appelle une réflexion transdisciplinaire : épistémologie ( contenu et méthodes des sciences), philosophie, psychologie, sociologie, anthropologie sociale et culturelle, science politique, droit.

Il est utile d'être conscient des implications du choix des paradigmes dans le domaine de la recherche : inviter à une réflexion pourrait être utile pour développer les possibilités d'une distanciation vis-à-vis des connaissances.

Les paradigmes empirique et biopsychosocial constituent des choix dans l'organisation de la recherche et donc de la constitution de connaissances : comment peuvent-ils cohabiter ?

Le paradigme empirique conduit actuellement à une médecine fondée sur le niveau des preuves. Les connaissances acquises sont probabilistes. Ce modèle est principalement mis en jeu dans la pratique clinique, en épidémiologie, en santé publique.

**Le paradigme bio-psychosocial correspond à une approche holistique de la personne dans laquelle les aspects biologique, psychologique, social voire spirituel sont pris en compte pour comprendre la personne dans sa singularité.**

Dans le domaine psychiatrique, la cohabitation de ces deux modèles n'est pas simple. Si une approche empirique des troubles mentaux peut s'avérer utile pour élaborer une classification et la réalisation d'essais thérapeutiques, elle néglige une lecture sociologique et psychopathologique de ces troubles. Enfin une approche *herméneutique* , c'est-à-dire l'interprétation de la souffrance de la personne par l'analyse de son discours et de ses représentations en vue de l'accès à son inconscient constitue une approche de l'humain essentielle pour mener à bien des interventions médico-sociales centrées sur la personne. Ce centrage sur la personne , particulièrement invoqué , implique de nouveaux positionnement pour les professionnels, de nouvelles postures qui ne sont pas étrangères aux rapports de pouvoir, au rapport de pouvoir-savoir ( ILLICH ).

### **Pourquoi une réflexion éthique en médecine ?**

Nous retiendrons un propos d'ARISTOTE ( 2)qui disait que « la structure complète de la vie éthique est une vie accomplie avec et pour les autres, dans des institutions justes. »

RICOEUR (3) disait lors d'un entretien au journal Le Monde , en 1983 : « *Du proche au lointain, de l'autre qui a un visage à l'autre que je ne verrai jamais, ce qui est spécifique, c'est le passage par l'institution, dont la vertu principale, selon RAWLS est la vertu de justice .* » L'éthique

médicale porte principalement sur la relation médecin-malade, relation asymétrique : le médecin détient un savoir et possède un pouvoir celui de traiter, soulager, parfois guérir, utilisant des moyens susceptibles d'engendrer des maux ( effets délétères des médicaments, annonce de diagnostic et pronostic, techniques de dépistage, procréation médicalement assistée, utilisation de certaines parties du corps humain ou d'embryons surnuméraires en cas de fécondation in vitro, clonage, manipulation sur le cerveau par greffe intra-cérébrale de tissus fœtaux, maintien en vie). La

déontologie, les lois à l'échelon national et international constituent des cadres régissant les pratiques dont l'histoire a montré les limites. L'engagement personnel, le questionnement personnel face à l'autre exigent un apprentissage et l'élaboration de réponses à des questions simples et essentielles. Qui suis-je ? Que dois-je faire pour ce patient ? Que me demande-t-il ? Au nom de quelles valeurs, vais-je agir ? L'auto-critique permanente est une exigence éthique de la profession que ne saurait exclusivement satisfaire l'obligation de l'évaluation des pratiques professionnelles avec comme cadre de référence la conformité aux recommandations de bonnes pratiques cliniques, recommandations qui pour certaines d'entre elles ignorent totalement le rôle joué par des variables psycho-sociales, par des déterminants culturels dans la genèse de l'état morbide comme dans le rapport à la santé.

Les patients d'hier ne sont plus ceux d'aujourd'hui : leurs attitudes face à la médecine, leurs connaissances, leurs attentes face aux techniques utilisées par la médecine constituent des paramètres qui modifient la relation médecin-patient. Ce constat implique des aptitudes particulières du corps médical tant au niveau du sens des connaissances acquises, de leur portée pour le bien-être de l'individu et de la communauté que des compétences dans la communication avec le patient. Il implique une compréhension des valeurs sociétales mobilisées par les différents pouvoirs en présence.

Une revendication de souveraineté du patient ( organisation d'associations de patients, dispositifs réglementaires se prévalant d'un statut de « l'utilisateur au centre du système de santé ») fait évoluer le rapport médecin-patient vers l'établissement de « contrat » diraient certains ou d'alliance. La confiance à établir est au cœur de cette relation et se crée à chaque consultation, à chaque étape qu'affronte le patient dans son parcours de soins. Elle a pour premier fondement le respect du patient dans ce qu'il est, où il est.

Le colloque singulier évolue avec en toile de fond la présence de tiers auxquels les pratiques médicales ont à rendre compte : quelle influence a ce tiers, représentant le « gold standard » de la pratique, l'économiquement correct, quelle gestion est faite par chacun des protagonistes de la consultation ? Des soins de qualité constituent une obligation de nature éthique : le sens de ce terme « qualité des soins » est-il le même pour le professionnel de santé, pour le patient et pour les organismes de tutelle ? **La qualité des soins oblige à une réflexion multipartite et pluridisciplinaire : elle ne peut se limiter aux données scientifiques sur la validité des interventions ni même à leur dimension coût efficacité. Le soin est fondé sur des relations et sur des principes éthiques.**

Moralité ? Morale ? Ethique ?

- Ethique, en grec, Ta éthé : les mœurs
- Morale: du latin morales coutumes, règles de vie, le niveau des règles et de la loi
- Ethique : « la science des règles de conduite », est associée au bien, aux vertus ou aux pratiques. Elle est une sagesse pratique
- Ethique médicale:ensemble des règles de la pratique médicale

Moralité d'une action fondée sur la recherche de valeurs positives- la vie, le plaisir, le bonheur – pour le plus grand nombre ( John Stuart Mill). Les anglo-saxons ne reprendront pas complètement ces principes dans leur réflexion bio-éthique, ne gardant que le principe d'autonomie, celui de la bienfaisance et le principe de justice.

Ethique de négociation ou de responsabilité ?

Engelhardt propose de fonder l'éthique sur la recherche, par la négociation, de la solution aux divergences d'opinions et d'intérêts. Ces compromis seront-ils justes et impartiaux ? Ce principe a conduit à définir et chiffrer les objectifs visés associant durée de vie ajustée sur la qualité de vie et à intégrer le coût admis pour le maximum de durée de vie ajustée sur la qualité de vie ( QALY).

Une vision d'économiste qui ne garantit pas l'éthique du choix et les intérêts du plus grand nombre !

HABERMAS (4) **propose de rejeter l'idéologie scientiste et positiviste qui ne reconnaît que les faits et les données ainsi que les philosophies modernes niant le sujet au profit des structures et du pouvoir.** Il propose le passage d'une philosophie de la conscience à une philosophie du langage et de la communication.

JONAS (5) prend en compte l'énorme capacité prométhéenne de l'homme sur la nature, sur son propre devenir susceptible de bouleverser l'éco-système, de contrôler les conduites comportementales, de modifier les générations futures et propose un nouvel impératif « **agis de façon que les effets de ton action soient compatibles avec la permanence d'une vie authentiquement humaine sur terre** »

L'éthique est d'abord la rencontre de l'Autre, conception d'une relation inter-subjective. LEVINAS (6) donne la primauté à la bonté sur la justice formelle et nous invite à reconnaître que la structure fondamentale de la subjectivité est la responsabilité envers autrui, individu unique. La responsabilité rejoint celle que nous avons vis-à-vis de l'ensemble de l'espèce humaine.

« Si on entend par éthique la science des règles de conduite et par éthique médicale l'ensemble des règles de la pratique médicale, comment ne pas s'interroger sur le fondement de la validité de ces règles. Qui en décide ? La loi mais alors s'agit-il d'éthique ou de police ? La science, mais peut-elle prescrire, peut-elle être juge et partie dans l'évaluation morale des actes dont en quelque sorte, les applications qu'elle suscite fournissent les moyens ? » Canguilhem (7)

L'éthique du care, nouvelle théorie morale issue des réflexions de Gilligan et de Tronto est fondée sur un questionnement : comment les questions de droit et de politique croisent la question du Care, le prendre soin, la disposition au soin et celle de la responsabilité. Le care est une préoccupation humaine. La « voix différente » de Carol Gilligan est celle qui unit la raison et l'émotion dans la conception du soin comme dans son organisation.

Paperman, dans son travail « **Les gens vulnérables n'ont rien d'exceptionnel** » publié dans LE SOUCI DES AUTRES : ETHIQUE ET POLITIQUE DU CARE appelle notre attention sur les implications de la valorisation par nos sociétés de l'autonomie. Dans ces sociétés, « les relations de dépendance, les relations qui s'organisent à partir de la nécessité de répondre aux besoins des personnes dépendantes et vulnérables risquent d'être considérées comme des relations exceptionnelles, des affaires marginales par rapport aux relations sociales conçues sur la base d'un pré-supposé normatif d'autonomie et d'égalité. **Ce que la perspective du care tente de faire reconnaître c'est que ces relations ne sont pas des "accidents" négligeables d'une organisation sociale et politique mais les conditions sur lesquelles s'appuie toute organisation des relations sociales à l'intérieur d'une société** ».

**L'anthropologie** analyse des diversités culturelles, sociales et ethniques en postulant l'unité du genre humain. Les maladies, leur compréhension et les remèdes proposés à différentes époques, dans différents milieux et civilisations sont des objets culturels. La supériorité du modèle scientifique occidental inadapté dans les pays en développement est cause d'interrogations d'autant qu'il a largement sous-estimé la subjectivité dont de nombreux travaux montrent le lien avec l'accès aux soins, la façon de réagir à une maladie et donc aux réponses que la société donne à celle-ci.

Cette discipline interroge les représentations multiples et différentes des maladies et de la santé dont l'ignorance par les médecins peut conduire à des impasses thérapeutiques. La conception de l'étiologie de la maladie pèse sur les attitudes des patients comme sur celles des praticiens. Les représentations des médecins ou des patients peuvent ne pas épouser les résultats des recherches étiologiques. Certains patients penseront qu'ils sont exclusivement responsables de leur maladie d'autres penseront que la société a cette responsabilité.

Dans les faits, la médecine scientifique, comme la santé publique reste fondamentalement positiviste oubliant régulièrement la part de l'imaginaire, la part « d'irrationnel », la part du fantasmatique chez l'homme. Méconnaître cette dimension est en soi un facteur d'inefficacité tant dans le domaine des soins que dans celui de la prévention. ( la place de l'art-thérapie en éducation à la santé, en psychiatrie, médium de reconstruction d'un dialogue à soi-même constituent des exemples à évoquer)

L'anthropologie et la psychanalyse nous amènent à considérer la part de l'imaginaire chez l'homme, y compris dans le domaine de la santé et de la maladie.

La sociologie médicale considère l'importance de comprendre le lien entre l'individu et son environnement familial, social, urbain, professionnel. Les caractéristiques identitaires des professions de santé et les logiques de décision des institutions de soins jouent un rôle sur la nature des réponses faites aux personnes, sujets de soins. En quoi conditionnent-elles l'accès aux soins et donc l'état de santé des individus ? Le développement des connaissances sur l'impact des réseaux sociaux dans la gestion de la maladie conduit à envisager la prévention et le soin en d'autres termes que ceux d'une prévention médicalisée, à interroger la place du politique dans ce qui est une ressource et non le but de la vie – la santé, telle que définie dans la Charte d'OTTAWA en 1986..

Comment les comportements de santé sont-ils modulés par les caractéristiques socio-démographiques et ethno-culturelles ? Cette diversité est-elle prise en compte dans l'organisation des soins, dans la mise en place d'actions de prévention, dans la compréhension des inégalités sociales de santé ? Certains faits récents tendent à montrer la discrimination face à des patients souffrant de SIDA ou à des patients bénéficiaires de la CMU : le rappel des obligations déontologiques ne suffit pas à faire évoluer les pratiques sans en questionner la causalité. Les personnes en situation de handicap demeurent sujets de discrimination même dans le champ socio-sanitaire, pourquoi ? L'anthropologie peut contribuer à comprendre les mécanismes de cette discrimination par une interrogation sur le normal, le normatif, le socialement valorisé, la condition humaine dans une perspective communautaire. **Les apports des sciences politiques dans ce domaine seront aussi importants pour questionner les politiques publiques qui, par exemple, en 20 ans ne parviennent pas à lutter contre les inégalités de santé, la psychologie sociale pour questionner les mentalités, les stéréotypes faisant voir dans « les pauvres des gens qui ne savent pas et qui boivent ».**

Le développement de l'information modifie la nature des rapports des patients avec les professionnels de santé : comment ce fait est-il pris en compte dans les processus de soin ? Constituera-t-il un moyen de favoriser les alliances thérapeutiques et la participation des patients aux décisions thérapeutiques ? Bien que la dissonance cognitive éclaire les difficultés à acquérir des comportements de santé favorables.

La longévité augmentée a pour corollaire la prépondérance de maladies chroniques pour lesquelles le rôle des « aidants » naturels est ainsi important : comment ceux-ci sont-ils pris en compte dans les processus de soins et les politiques publiques ?

La régulation des dépenses de santé est de nature à modifier également les relations entre soignants et patients : qu'en sera-t-il de l'état de santé et des conditions de promotion de la santé ? Vers quels nouveaux rôles, les professionnels de santé évolueront-ils ? **La qualité des soins est devenue un moyen de régulation de la pratique médicale : englobe-t-elle dans ses critères le point de vue des patients, les conditions de travail des soignants et les modes de répartition des pouvoirs ( réflexion sur les organisations et le management ) ?**

La réflexion sur les valeurs fondant la régulation du système de santé sur un plan économique est à penser et à comprendre. Les outils en sont-ils donnés dans le cursus des formations des professionnels de santé ? Et de quelle économie parlons-nous si nous ne la mettons pas en lien avec un choix sociétal ?

La psychologie, la psychanalyse et la psychothérapie sont des apports essentiels à la compréhension et à l'expression des patients comme à celle des professionnels . La psychanalyse et la psychothérapie ont montré leur intérêt pour éclairer la relation médecin-malade, rencontre de deux subjectivités ou rencontre de deux ignorances dont la prise de conscience est essentielle dans la formation des futurs praticiens. Leur place demeure limitée malgré des possibilités étonnamment riches pour comprendre l'être humain dans sa complexité et dans sa singularité psycho-affective.

L'ontologie « science de l'être par où il est être » est indissociable de la philosophie. Cette interrogation sur l'être est utile à la médecine qui a longtemps reconnu comme objet la nature. Mais la question de l'être redevient présente si l'on se penche sur les différentes conceptions et les divers modes de l'existence, du moins ce qui en est perçu par la conscience humaine.

Des situations de souffrance et de maladie conduisent certains patients à s'interroger et à interroger le médecin sur le sens de sa vie et du monde. Est-il préparé à échanger, à répondre ? « **Le regard de l'Autre m'engage** » disait LEVINAS dans Totalité et Infini.

Les sciences humaines sont incontournables tout au long du parcours de formation des professionnels de santé : les médecins ont à comprendre la complexité de l'être humain dans la complexité d'un environnement et ont à se trouver en situation d'écoute permanente du patient et en situation de réflexion sur les retombées éthiques et sociales des avancées scientifiques. Les débats publics basés sur la transparence des données scientifiques certaines et incertaines relativement aux traitements comme aux stratégies de prévention sont à mettre en œuvre. Encore faut-il y être prêt ? La question des conflits d'intérêt est au cœur des pratiques dans le champ de la santé qu'il n'est pas incongru de voir comme un réel « business ». Une réflexion sur ces conflits d'intérêt est à tenir : comment lutter contre ? L'outil réglementaire est parfois très lent à émerger pour cadrer les pratiques des personnes appelées « experts » sur le plan des recommandations cliniques.

Le médecin pourrait avoir deux têtes comme le suggère Michel SERRES : l'**une** d'intelligence scientifique soucieuse de compétence orientée sur un problème technique à résoudre ( le diagnostic, la thérapeutique, la compréhension de données para-cliniques ) , orientée sur la compréhension de la complexité des logiques ( à articuler) qui sont au cœur du système de santé et l'**autre** préoccupée de sollicitude, attentive à la finalité de la médecine, au contexte de son travail, à la situation singulière du patient.

Ces deux savoirs sont indispensables à la médecine qui exige complémentarité et union. Cette dualité peut être source de tension de déchirement et afin de l'éviter il est important que la médecine pense son originalité et se garde d'être fascinée par le miroir de la science.

La médecine source d'efficacité vise le soin d'une personne malade, dans une relation qui met en jeu le lien social, ce qui passe par une réflexion sur ce qu'il convient de faire ou de ne pas faire, par une compréhension des enjeux et des limites de l'agir médical, par une présence faite de respect et de souci d'autrui et par la conscience d'une responsabilité envers la communauté.

La vie humaine est essentiellement ouverture au sens. C'est bien pourquoi troubles, maladies et blessures nous inquiètent, appelant une prise en compte plus que « en charge ». La médecine est une réponse mais pas forcément la seule.

Soigner un corps n'a en soi d'importance qu'à la lumière d'un attachement à la vie d'autrui. La signification humaine, éthique, de la médecine est essentielle. Toute orientation unilatérale, cas d'une médecine scientifique, objectiviste, productiviste devient dès lors violence, aveuglement, contresens et entraîne la désaffection des sujets, soignants comme patients , à son égard.. L'existence d'une médecine authentiquement soignante malgré son impuissance thérapeutique a d'ailleurs précédé de manière mémorable notre médecine. N'omettons pas de réfléchir à la

fonction symbolique de la médecine dont il est possible de dire qu'elle répond aussi à des exigences qui sont en partie non scientifiques ( voir C Lévi-Strauss Le sorcier et la magie et l'efficacité symbolique, Anthropologie structurale ( 1954) Plon, 1985 ch 1X et X, p.191-234)

La médecine est montrée tel un exemple de progrès scientifique mais est-il clair que le progrès scientifique signifie une meilleure médecine accordée aux désirs du sujet ?

Dans l'histoire des cultures, de nombreuses médecines ont, du fait de leur existence même donné satisfaction sans disposer de l'arsenal technique parce que leurs visées étaient différentes et relevaient d'une communauté de sens entre thérapeutes et membres de la société.

Il y a là comme une mise à nu d'une fonction essentielle de la médecine : porter secours – affirmation du lien social- et délivrer un discours reconnaissant le mal d'autrui – affiliation de l'évènement de ce mal à un univers culturel- constituent le fondement du soin.

L'évidence du sens s'est fragilisée face à l'empire des techniques.

***La quête d'efficacité de la médecine ne l'a-t-elle pas fait plonger dans une autre obscurité, celle d'une absence de finalité au-delà de ses seules performances .***

***La question importante est de savoir si la médecine peut se pratiquer indépendamment d'une réflexion dont la nature n'est pas scientifique.***

***La poser est un pas pour y répondre : réduire la médecine à un travail scientifique, à une prestation de service technique, cela veut dire réduire l'autre à un objet manipulé, l'occulter en tant que sujet, ignorer le sens possible de ses troubles et de sa demande, oublier que la pratique médicale s'accomplit dans un contexte social qui a des attentes envers elle, nier le caractère normatif de ses choix, la limiter à l'action curative où le corps d'autrui court le risque de n'être qu'un moyen au service des objectifs médicaux.***

La compétence scientifique appartient à la responsabilité médicale mais cette responsabilité exige du soin qu'il soit justifié auprès d'autrui.

Clinique, expérimentale ou publique, la médecine doit construire sa légitimité face à autrui et face à la collectivité et les membres de cette entité.

La médecine contemporaine engagée sur la maîtrise croissante des processus du corps, multipliant les offres thérapeutiques, assignée à des choix qui engagent des valeurs, exige d'être accompagnée sur ses orientations, ses finalités et ses responsabilités.

Cette exigence de pensée, les sciences humaines n'en sont aucunement les dépositaires exclusives. Il y a une pensée affective, une pensée spirituelle, une pensée esthétique, une pensée quotidienne.

Il y a une réflexion des professionnels sur les modalités éthiques , scientifiques et sociales d'exercice de leur métier. Mais la pratique médicale contemporaine ne peut ignorer les modes de savoirs particuliers que désignent les sciences humaines sans se couper pour partie du monde culturel où elle évolue.

Au-delà d'une rhétorique de l'ouverture et de la culture générale, il s'agit bien à leur contact d'interroger la médecine, renouvelant une compréhension de l'art médical que les premiers médecins hippocratiques avaient saisie, éclairant leur discipline de la philosophie et mettant au centre de leur pratique l'homme.

**La médecine est elle-même une discipline humaine et sociale** « Ce que le médecin perçoit n'est pas quelque chose, mais quelqu'un, la maladie est une objectivité immergée dans des rapports d'intersubjectivité » (Henri EY dans Naissance de la médecine, Masson, 1981 pp11-20)

Déterminer le sens de cette responsabilité appelle réflexion éthique et épistémologique. Et cette

réflexion ne s'improvise pas, appelant une culture spécifique, les humanités classiques et les sciences humaines et sociales modernes : philosophie, sociologie, anthropologie, psychologie, histoire, droit, linguistique, économie, politique, psychanalyse et les arts, lieu de manifestation d'une pensée sensible où comme le dit PROUST, la vérité subjective se rend accessible.

L'évolution des sciences du vivant et des biotechnologies d'une part, des mœurs, des idées, du cadre politique d'autre part qui a conduit les savoirs bio et médicaux à solliciter les sciences humaines.

De plus en plus de questions se posent au citoyen, à son représentant, au soignant, au soigné. De quel droit, le médecin décide-t-il ce qui concerne la vie d'autrui ? Qui évalue la légitimité de telle technique, de telle demande d'un patient, de telle décision médicale, de telle politique de santé ?

Le travail des sciences humaines réciproquement a pu montrer que le problème scientifique est aussi un problème social, que l'acte de soin engage une considération du statut des personnes et que toute pratique se structure de significations symboliques, de représentations et de normativités à interroger.

L'enjeu est donc que le souci de performance, le souci de réflexion et le souci de justification se conjuguent.

Interrogation des sciences : tout savoir est une modalité de l'esprit humain dans son rapport au monde, de sorte que le concept de science s'éclaire d'une réflexion sur la pensée elle-même.

Il s'agit de favoriser une rencontre entre le champ des sciences biomédicales s'occupant de faits matériels quantifiables, manipulables et celui des sciences humaines dont les faits étudiés sont des actions humaines, des conceptions et des valeurs.

**La relation entre médecin et patient a fait naître l'éthique médicale et la floraison des biotechnologies, la réflexion bioéthique. Le médecin ne peut les ignorer. Il n'y a pas de soin hors du sens et ce sens, la science ne le fournit pas.**

Une entreprise de sensibilisation au questionnement et aux enjeux multiples de la médecine ne peut être que multidisciplinaire.

*La médecine est moins une science qu'un usage des sciences : l'objectivité scientifique n'est en elle qu'un moyen, la finalité étant l'individu, sujet unique avec son histoire et sa situation Canguilhem nous dit qu'elle est une technique au carrefour de plusieurs sciences plutôt qu'une science proprement dite » (Normal et pathologique (1943) PUF, 1998, page 7) et Claude BERNARD nous explique que « le médecin n'est point le médecin des êtres vivants en général, pas même le médecin du genre humain mais bien le médecin de l'individu humain ; » (Introduction à l'étude de la médecine expérimentale, 1865, IIème partie ch II parag 1)*

**Une réflexion épistémologique et éthique**

*C'est donc une réflexion sur l'unité, en médecine, d'une exigence de science et d'un souci éthique que les Sciences Humaines cherchent à conduire lorsqu'elles interrogent la pratique médicale.*

*Elles invitent la médecine à interroger ses présupposés, ses modes de pensée, ses représentations, son histoire et montrent que ses objets (santé, maladie, médicament...) et ses méthodes (diagnostiquer, prescrire, expérimenter ;..) sont des constructions culturelles et normatives, le travail scientifique n'est pas simple décryptage de la nature. Il est production de connaissances et de conduites dans un contexte donné. Il s'incarne dans des énoncés, des outils, des gestes, des institutions et des collectifs de pensée (FLECK L Genèse et développement d'un fait scientifique,*



**1935, Les Belles Lettres, 2005) qui sont autant de choix plus ou moins conscients.**

De plus en plus confrontée à une demande de légitimation, à une élucidation rationnelle et argumentée de ses orientations pour que la société et les individus les acceptent, la médecine actuelle articule cette réflexion épistémologique à une réflexion éthique portant sur la légitimité des valeurs, leur rationalité tout en intégrant les choix individuels, les vécus, les affects, les déterminants culturels.

La rencontre d'autrui et les moments cruciaux de l'existence humaine : naissance, maladies, blessures, souffrances, handicaps, mort, situation singulière de précarité sont au centre de l'activité médicale. Le soignant est à l'épreuve de l'inquiétude du sujet, de sa solitude, de sa vulnérabilité, de son affectivité, de ses souffrances et de son angoisse. Et ce sont aussi les siennes propres qui surgissent selon les situations.

Que la relation médicale soit non une relation de pouvoir mais une véritable relation de soin, respectueuse de toutes les personnes impliquées est donc à la fois la visée éthique de la formation en médecine et l'expression du sens du soin.

Dans cette perspective, les sciences humaines ne sont pas un enseignement de l'éthique mais l'exposition du caractère éthique de la médecine.

Ceci suppose une double considération dans la sphère de la pratique médicale : celle de l'histoire et du droit pour rendre compte de la promotion du droit des individus, celle de la philosophie pour préciser comment se déterminent aujourd'hui la question du fondement du jugement moral et l'exigence éthique.

Les sciences humaines suggèrent ici l'existence d'un double enveloppement où d'une part la médecine intériorise de nouvelles exigences sociales ( respect, consentement, équité) et où d'autre part elle est le lieu même où ces exigences peuvent trouver une concrétisation susceptible d'inspirer d'autres aspects de la vie sociale.

**LE LIEN MEDICAL serait sous cet angle un miroir grossissant du lien social. Qu'en est-il à ce jour et il peut être légitime de savoir ce que souhaitons-nous qu'il soit ?**

L'éthique ne s'enseigne pas. L'éthique n'est jamais spontanée et n'existe qu'à proportion d'une volonté. Elle ne peut s'improviser. Elle est une réflexion sur les valeurs et s'exerce en situation, sur le fond de concepts et d'analyses. Si l'éthique n'est pas une science, elle a sa rigueur propre à titre de recherche rationnelle qui vise à définir le moyen d'apporter la meilleure réponse relativement au respect d'autrui.

### La Médecine ?

Rappeler l'évidence que G Canguilhem énonce « **c'est parce que des hommes se sentent malades qu'il y a des médecins, ce n'est que secondairement que les hommes, parce qu'il y a une médecine savent en quoi ils sont malades** ( Le normal et le pathologique 1966 PUF, page 153 et 156)

A l'origine de la médecine, il y a l'expérience humaine de la souffrance, de la vulnérabilité, de la mort ? La raison d'être du médecin est le corps en peine et les peines qui passent par le corps. L'ethnologie et l'histoire nous instruisent de l'existence de multiples figures culturelles du thérapeute. Il y a des médecines. L'ethnologie nous dit que toutes les sociétés ne voient pas les mêmes maladies, les mêmes symptômes. Le thérapeute peut ne pas tenir le même discours, n'évolue pas dans le même environnement social, théorique et instrumental, ses représentations mentales peuvent être différentes

Soulager la souffrance ne suffit pas à définir l'objet de la pratique médicale. En effet soulager la souffrance peut être l'objectif des croyances religieuses, de la spiritualité, de l'action politique, économique, de la méditation, des sentiments, de l'art, de certains loisirs

Guérir n'est pas toujours possible, c'est donner des soins au malade qui définit sans doute le plus profondément l'activité médicale.

L'action curative est le but de la médecine, guérir n'est qu'une forme du soin, lequel est l'essence de la médecine. La médecine de performance, objectiviste, technicienne aura tendance à négliger cette sollicitude si le diagnostic n'évoque pas ou plus de réponse curative disponible.

L'accompagnement sous différentes formes prendra le relais particulièrement auprès de personnes souffrant de maladies chroniques.

Nous ne pouvons pas non plus ignorer la place d'autres médecines. Nous évoquerons plus loin le recours à des médecines différentes parfois appelées alternatives, douces complémentaires, traditionnelles.

La médecine hospitalo-universitaire prend pour objet privilégié la dimension naturelle du corps . Héritière d'une histoire qui se fonde sur la constitution d'un objet à double face ; la santé et la maladie . En 1865, C. Bernard disait « conserver la santé et guérir les maladies : tel est le problème que la médecine a posé dès son origine et dont elle poursuit la solution scientifique » (Introduction à l'étude de la médecine expérimentale.

De la réponse à l'appel de celui qui souffre, la médecine est devenue une pratique scientifique valable pour tous les hommes en tant qu'ils ont un même corps, le corps interprété par le discours médical. Cette conversion du regard qui isole le corps comme objet passible d'étude scientifique s'opère avec Hippocrate et ses contemporains.

Mais l'histoire de la pensée médicale est une ligne de crête qui ne peut faire disparaître les plans d'épaisseur et de profondeur qui la soutiennent : la pensée symbolique, l'imaginaire, l'influence culturelle, la vie subjective, les liens de l'humanité et l'intime des existences

La vraie médecine commence avec les hippocratiques, avec une étude rationnelle qui discute les conditions du savoir et qui met la démarche thérapeutique sur le chemin du savoir scientifique, mais en même temps, la médecine est irréductible à la bio-médecine, **c'est-à-dire à la biologie et plus largement à une science normée par un idéal de maîtrise et d'exactitude.**

A cet égard, il convient de la définir davantage par l'idée de soin prodigué à autrui que par ses seules actions sur le corps. La médecine doit être pensée à la lumière de l'homme

L'homme qui est-il ? Qui sont-ils ?

**Il n'y a pas d'homme en particulier mais des hommes uniques, singuliers. C BERNARD explique « que le médecin n'est point le médecin des êtres vivants en général, pas même le médecin du genre humain mais bien le médecin de l'individu humain ( Introduction à l'étude de la médecine expérimentale (1865) IIème partie ch II, parag 1) la médecine scientifique elle-même ne saurait oublier le sujet : perdre de vue le malade, c'est défigurer la maladie » ( II, ch IV para 1)**

## **2. L'homéopathie :sa spécificité**

L'homéopathie est une médecine de la personne considérée dans sa totalité et dans son originalité .

**L'Organon De l'art de guérir ,de Samuel Hahnemann énonce la conception de la maladie et la méthode pour la guérison. *C'est uniquement la rupture d'équilibre de l'Energie Vitale qui est la cause des maladies* »**

La médecine classique admet communément qu'une maladie infectieuse est la conséquence de la rupture d'équilibre entre deux antagonistes ,les agents agresseurs et les défenses immunitaires de l'organisme ; mais le concept de l'Energie Vitale dépasse de loin le concept des défenses immunitaires, puisqu'il s'applique à toutes les maladies et non seulement aux maladies infectieuses .Le concept de l'Energie Vitale découle de la théorie Vitaliste qui s'est opposée à la théorie Mécaniste dans l'Histoire de la Médecine.

***Quel est le rôle de cette Energie Vitale ? ( extraits de l'Organon)***

- §9 « *Dans l'état de santé, l'Energie Vitale, souveraine ,immatérielle –Dynamis ,animant la partie matérielle du corps humain(organisme) règne de façon absolue entre toutes les parties du corps vivant, elle maintient dans leur activité fonctionnelle et réactionnelle une harmonie qui force l'admiration. L'Esprit doué de raison qui habite cet organisme peut ainsi se servir librement de cet instrument vivant et sain pour atteindre le but élevé de son existence* ».
- §10 « *C'est uniquement à, l'Essence immatérielle (Principe de Vie –Energie Vitale) l'animant en état de santé et de maladie qu'il doit ses sensations et l'accomplissement de ses fonctions vitales* ».
  - o Ceci implique que les sensations, même au cours de la maladie (douleurs, fièvre, soif..) sont essentiellement dues à l'Energie Vitale et non à l'agresseur.
- §11 Hahnemann confirme : « *Seul le Principe Vital ,après avoir été désaccordé, peut procurer à l'organisme les sensations désagréables qu'il éprouve...car étant invisible par elle - même et reconnaissable seulement par ses effets dans l'organisme, cette entité énergétique n'exprime et ne peut révéler son dérèglement que par des manifestations pathologiques dans les sensations et les fonctions* ».
  - o En conséquence les sensations ,éléments éminemment subjectifs, seront bien prises en compte dans le tableau clinique et non ignorées comme elles le sont habituellement dans la médecine allopathique.

La maladie est dynamique

### **La totalité des Symptômes et Individualité**

§7 « *Puisqu'on ne peut connaître une maladie qu'exclusivement par sa symptomatologie, lorsqu'il n'y a pas de cause évidente (ex : une fracture), il est clair que les symptômes seuls doivent servir de guide dans le choix des moyens propres à la guérison* ».

« *C'est donc l'ensemble des symptômes, dont l'image extérieure est l'expression de l'image intérieure de la maladie,...L'intégralité des symptômes qui doit être la principale ou la seule voie par laquelle la maladie nous permet de trouver le remède nécessaire* ».

§15 « *Dans l'intérieur invisible de notre organisme, les troubles de la Dynamis, l'Energie Vitale et l'ensemble des symptômes perceptibles à nos sens, (qui sont la représentation de la maladie Existante), provoqués par cette Dynamis ainsi troublée, ne font qu'un et constituent un Tout* ».

Remarque : il est capital de préciser qu'il ne s'agit nullement de la totalité quantitative, arithmétique des symptômes mais bien d'une totalité qualitative, c'est-à-dire d'une totalité de symptômes **caractéristiques**, ce qui permet d'aboutir en définitive à l'individualité.

### **L'Individualité ou symptôme caractéristique :**

Dans le fameux paragraphe **153 de l'Organon**, Hahnemann précise que dans cette totalité des symptômes, il faut s'attacher tout particulièrement aux symptômes objectifs et subjectifs :

- **les plus frappants**
- **les plus originaux**
- **les plus inusités**
- **les plus personnels**

« *Ce sont ceux-là principalement qui doivent correspondre aux symptômes très semblables du groupe appartenant au remède à trouver* ».

Par exemple, il est classique pour une migraine d'être aggravée par la lumière, mais il n'est pas classique d'éprouver une frilosité pendant la migraine, ou encore d'avoir envie de sucre

pendant la migraine.

**On passe ainsi de la notion de maladie à la notion d'individu malade.** Par exemple, Mr Dupont qui est frileux pendant la migraine est différent de Mr Durand qui a trop chaud, ou envie de sucre pendant la migraine.

**Un symptôme homéopathique est donc soit individualisé, soit « modalisé » c'est à dire défini par sensation, localisation, aggravations, améliorations, signes concomitants :** c'est ainsi que le symptôme devient un symptôme caractéristique, soit par ses modalités, soit par son caractère frappant, original, inusité, personnel.

Ce sont ces symptômes, et ces symptômes seuls, qui sont retenus pour faire la « Totalité » des symptômes.

Dilutions, infinitésimalité et dynamisation

Hahnemann, dans le but d'éviter des intoxications à la suite des expérimentations chez l'homme sain a utilisé la dilution et la dynamisation des remèdes. Ce processus permet d'extérioriser la force du remède.

§ 279 de l'Organon « la dose du remède homéopathique ne saurait jamais être assez faible ( diluée et dynamisée) pour le rendre inférieur en force à la maladie naturelle. Hahnemann recommandait dans le paragraphe 280 d »'atténuer la dose de tous les médicaments homéopathiques jusqu'à un degré tel qu'après avoir été introduit dans le corps, ils ne produisent qu'une aggravation presque insensible ». (14)

Les trois principes essentiels de la prescription homéopathique : la similitude, la totalité caractéristique ( individualisation), l'infinitésimalité ( dilution et dynamisation)

**Donc on effectue le processus inverse de l'Allopathie :**

**en Allopathie, on passe de la notion de Particulier à celle de Général.**

- en éliminant ce qu'il y a de particulier dans un ensemble de patients
- en gardant les symptômes communs de ce groupe de patients
- et de l'abstraction du groupe des symptômes commun, pour arriver à un diagnostic de maladie.

**en Homéopathie, on passe du Général au Particulier,** en éliminant ce qu'il y a de commun dans une maladie pour arriver à ce qu'il y a de Particulier chez l'Individu malade.

**Conséquence :**

L'énergie Vitale déséquilibrée ne peut se rétablir par elle-même : « *Pour guérir, il n'y a rien d'autre à faire que d'éliminer l'ensemble des symptômes, la totalité (caractéristique) des symptômes* ».

Comment s'opère la guérison ?

**Loi de Similitude :** Depuis l'adage « les semblables guérissent les semblables », plusieurs énoncés ont été proposés Nous retiendrons le suivant :

**Toute substance capable de déclencher des symptômes caractéristiques chez un individu sain est capable de guérir un individu malade (sensible à cette substance) dont l'ensemble des symptômes caractéristiques, est semblable à ceux déclenchés par cette substance, dans la limite de la réversibilité, de la maladie.**

### **3. Le recours à l'homéopathie**

L'évolution du marché des médicaments homéopathiques démontre un intérêt grandissant pour l'homéopathie. En France, les troubles musculo-squelettiques chroniques ont motivé une plus forte proportion de consultations de médecins proposant des solutions autres que la médecine conventionnelle (15)

*L'Organisation Mondiale de la Santé estime que le médicament homéopathique est utilisé par plus de 200 millions de personnes réparties dans 45 pays. En 1997 la commission européenne (16) rapporte que 22% de la population européenne utilisent des médicaments homéopathiques - ce chiffre est à 30% aujourd'hui.*

*Le marché européen des produits/médicaments homéopathiques et anthroposophiques est de 1,035€ milliard en 2010 selon ECHAMP (17)- une hausse de 75,4% depuis 1995.*

*La France est le premier marché de médicaments homéopathiques en Europe (320€ million CA en 2010). En 2004, 39% des foyers avaient eu recours à l'homéopathie et en 2010, ils sont 53% (18).*

*Face à une médecine scientifique qui se pense à partir d'une objectivation de la maladie, les médecines parallèles offrent aux yeux de beaucoup ( 3 millions y ont recours régulièrement) des réponses appropriées dans différentes situations cliniques.*

Selon les témoignages de l'INHF- Paris, il y a une très forte demande de la part des patients à laquelle les homéopathes ont du mal à répondre.

Un contexte de crise, une relève incertaine

En France, l'homéopathie est une thérapeutique officiellement reconnue, inscrite depuis 1965 . la Pharmacopée Française : les médicaments sont remboursés à 35% et vignettes. Depuis la suppression du secteur 2, il est difficile de mobiliser les médecins généralistes vers cette compétence qui est devenu peu rentable, dans le système actuel de sécurité sociale, et du à des consultations souvent longues. Avec la crise des finances publiques et de la sécurité sociale la situation s'annonce encore plus difficile pour l'avenir. La dernière convention médicale autorise cependant les médecins à faire une facture en sus de la consultation conventionnelle pour des prestations non comprises dans celles- ci : diététique, homéopathie, acupuncture...

En 2010, on estime le nombre des médecins homéopathes diplômés en France . 5.500 sur un ensemble de 207.475 médecins(omnipraticiens et spécialistes).(4) La majorité de ces homéopathes sont pluralistes, c'est l'exception française. Il y aura 30 % de médecins généralistes prescrivant accessoirement de l'homéopathie. La profession change aussi de profil depuis 20 ans, devient plus "féminine" et voit un recul dans la rémunération moyenne.

En vue de ce contexte et malgré l'intérêt de l'apport de l'homéopathie, il y a tout simplement une insuffisance de jeunes homéopathes.

Les Laboratoires

Le lobbying important de l'industrie pharmaceutique allopathique en France et en Europe, pèse aussi dans la balance et peut nuire au développement et à l'accès à l'homéopathie. Signalons qu'en allopathie traditionnelle, les laboratoires dépensent plus en marketing qu'en recherche. Un essai chimique pour un médicament coûte environ 1 milliard d'Euros. Ce sont en fait les laboratoires pharmaceutiques qui financent la recherche aux chercheurs fondamentaux de médicaments. Parmi ces laboratoires, il en est de deux types : les laboratoires publics (ex l'INSERM) et les laboratoires privés qui sont ciblés sur un choix. (Les USA ont des moyens très supérieurs à ceux des autres nations

- le simple budget d'entretien d'un labo aux USA est d'un million de dollars. L'argent provient de fonds privés).

### **4. L'évaluation de l'homéopathie**

Une réflexion a été conduite, en 2010-2011, dans le cadre des activités de l'association loi 1901, Universel Singulier créée en 2008 et agréée par le Rectorat en 2016 . L'objet de cette association est de :

- Rassembler tous ceux qui ont le désir de promouvoir des pratiques dans le champ social et scientifique basées sur des débats éthiques
- Favoriser la coopération interdisciplinaire dans le domaine de l'éthique appliquée
- Organiser des formations et rencontres sur les questions éthiques que posent les applications scientifiques aux personnes
- Contribuer au développement des capacités critiques face aux savoirs.

Un échange est intervenu entre un responsable de la recherche à l'INHF qui depuis à une responsabilité dans European Committee of Homeopathy ,le président du Comité de Protection des Personnes invité par l'association et l'association Universel Singulier sur des points d'ordre éthique. (19) Au cours de la formation assurée par cette école, sont réalisés des provings qui impliquent étudiants et homéopathes enseignants dans cette école.

La recherche envisagée consiste à expérimenter les remèdes sur des personnes en bonne santé sensibles au traitement : on observe les symptômes, les effets principaux : tableau clinique qui est la « matière médicale ».

Le proving est la vérification de l'action d'un remède dynamisé sur un groupe de personnes. Il s'agit d'expérimenter l'action d'une haute dilution chez l'individu sain, selon la technique de vérification en double aveugle, découverte et introduite par Hahnemann. On peut résumer ainsi et brièvement la méthode

Les questions posées par la responsable de la recherche d'un lieu de formation à l'homéopathie uniciste concernant cette expérimentation sont les suivantes :

- cette démarche qui consiste à proposer une expérimentation à des étudiants en homéopathie est elle éthique ?
- cette démarche peut-elle être évaluée par des critères qui ne correspondent pas à la démarche homéopathique ?

Pour le président du Comité de Protection des Personnes, cette expérimentation en homéopathie semble pouvoir correspondre à un essai de phase 1 chez des « volontaires sains ».

Les critères de la représentativité de la population étudiée et de la généralisation tels que définis dans la méthodologie classique ne peuvent être observés dans cette expérience telle que définie et semblent peu compatibles avec l'expérimentation où il est question de dimension « individuelle » de la prescription. Pas pour la matière médicale, c'est la même prescription pour tous, ce sont les effets qui sont individuels.

La discussion s'est engagée sur la construction du protocole d'étude, la terminologie qui diffère sans nécessité de celle employée traditionnellement dans les essais cliniques et de la finalité de l'homéopathie (mieux-être ou réelle efficacité thérapeutique).

Limite entre la phase 1 et la phase 2 et l'efficacité thérapeutique.

Cette étude a une double finalité :

- une finalité pédagogique (observation des étudiants eux mêmes)
- un travail de recherche

Autre sujet de discussion : le choix des étudiants eux-mêmes comme expérimentateurs. Plusieurs questions sont soulevées : la dépendance de l'étudiant vis-à-vis de l'enseignant, question de la reproductibilité sur la population destinataire, biais psychologique manifeste d'une population déjà sensibilisée à l'homéopathie et plus ou moins dépendante du jugement ou des attentes potentielles de l'enseignant.

Des propositions sont faites pour palier ces difficultés. Par exemple, proposer cette expérimentation à un groupe d'étudiant « acquis » et à un groupe d'étudiants d'une autre université.

Concernant la méthodologie de recueil des informations le choix de questions ouvertes permet le

recueil de données d'ordre qualitatif. Ce choix nécessaire pour une étude en homéopathie rend difficile la formalisation et de la standardisation du mode de recueil des données. C'est-à-dire que la même chose ressentie par 2 personnes soit comprise de la même façon.

Comment décrire les effets ? Le vécu du médicament ? Ce « champ libre » est difficile à analyser. Chaque observateur a un médecin superviseur personnel

Pour le président du Comité de Protection des Personnes, le souci est que chaque médecin est différent. Il faudrait que ce soit le même médecin. Sinon il faut stratifier. Il faut au moins que plusieurs observateurs aient le même superviseur. Ex : un médecin 12 patients, 3 groupes (dose, rien, dosage différent) parmi ces 12. Il faut être attentif à ne pas trop stratifier à chaque étape. Les investigateurs préfèrent être à l'aveugle. Pas de crainte de mauvaises formulations. Plus grande objectivité.

La présentation des protocoles à l'AFSSAPS ou au Comité de Protection des Personnes est à envisager.

Focus sur le consentement éclairé et sa rédaction.

répondre sur le terrain de la rigueur et de la rationalité. Il établit un parallèle avec les difficultés rencontrées en psychologie clinique.

Un membre du groupe UNIVERSEL SINGULIER, professeur de philosophie, propose de savoir envisager le partage du travail entre l'allopathie et l'homéopathie, ces approches donnant des services spécifiques à reconnaître. Donc un travail sur la complémentarité des approches du soin et par leurs protagonistes sur la reconnaissance mutuelle des bénéfices pour les patients.

La lourdeur des protocoles de recherche est identifiée au niveau français et européen. L'Europe autorise l'Homéopathie à avoir des protocoles simplifiés.

Différents chercheurs ont questionné la validité des études cherchant à objectiver l'efficacité de l'homéopathie en adoptant le gold standard de l'essai clinique contrôlé. Ainsi CUCHERAT, en 2000, concluait que 11 des 17 études montraient un résultat significatif en faveur de l'homéopathie versus Placebo sans toutefois pouvoir affirmer que l'homéopathie était efficace vu le manque d'évidence en ce sens (20). SCHANG, en 2005 et dans le Lancet mettait en évidence des biais de publication et considérait que les études faites avec des traitements homéopathiques révélaient un faible niveau de preuve. Il ajoutait par ailleurs que les hautes dilutions ne peuvent être scientifiquement actives. (21) MATHIE, en 2015 concluait que les essais cliniques étaient favorables à l'homéopathie dans huit situations cliniques : la diarrhée infectieuse, la fibromyalgie, le rhume des foies, la grippe, les douleurs, les infections respiratoires hautes et la correction des effets secondaires des chimiothérapie et radiothérapie (22). Ses conclusions étaient critiquées par la suite car les essais n'avaient pas donné lieu à randomisation ( seule condition pour assurer la comparabilité des groupes suivant les critères de la pharmacologie clinique) ou ne comportaient pas un seul critère de jugement. Cependant d'autres études montraient l'efficacité de traitements homéopathiques dans le traitement des otites aiguës ( FREI, 2001) avec une réduction des coûts de santé - 28% en moins d'utilisation des antibiotiques-(23) dans le traitement des ménopauses chez les femmes atteintes de cancer du sein (24) , dans le traitement des affections ORL et respiratoires hautes de l'enfant (25).

POITEVIN (26) posait la question de l'utilité à privilégier des essais clinique versus la réalisation d'études d'observations notamment en raison du mode de prescription spécifique de la démarche homéopathique ( valorisation des symptômes physiques, psychiques, généraux de chaque patient).

Lever des inconnues relatives aux mécanismes d'action, à la sensibilité du sujet à l'homéopathie, aux médicaments choisis et aux dilutions administrées constitue des objectifs de recherche.

Conduire des études médico-économiques reste à faire comme SCHAFER (27), en Allemagne a observé dans le domaine des affections allergiques, les résultats des médecines alternatives, constatant 28,6 % de très bons résultats et 53,8% de bons résultats.

## Conclusions provisoires

Dans le rapport de l'OMS (28) relatif à la place des médecines complémentaires vis à vis de la médecine conventionnelle, Margaret Chan, directeur général de l'OMS, exprimait le point de vue suivant

« Il ne faut pas opposer la médecine traditionnelle et la médecine occidentale. Dans le contexte des soins de santé primaires, les deux peuvent se compléter harmonieusement et il convient d'utiliser les meilleures caractéristiques et de compenser les points faibles de chacune. Mais cela ne va pas se faire automatiquement. Des décisions politiques délibérées doivent être prises et il est possible de les prendre avec succès »

Envisager d'autres méthodes d'évaluation de l'efficacité des thérapeutiques homéopathiques que celles habituellement utilisées pour les médicaments est à penser si la démarche de prescription individualisée telle qu'explicitée par Hahnemann et utilisée par les homéopathes unicistes est prise en compte. Beaucoup de besoins sont soulignés en matière de demande d'avis technique par les états membres auprès de l'OMS sur les dimensions de recherche, d'évaluation de la sécurité de la qualité et de l'efficacité des médecines appelées complémentaires dont fait partie l'homéopathie. Il y a quelques années, le président de la Haute Autorité de Santé indiquait que « la science n'est pas que biomédicale. La réalité scientifique doit s'ouvrir aux sciences sociales voire économiques ». Ludwig FLECK qui a inauguré la sociologie ou l'histoire sociale des sciences écrivait dans son ouvrage intitulé « Genèse et développement d'un fait scientifique » que l'acte cognitif est l'activité humaine la plus conditionnée qui soit par le social, et la connaissance est tout simplement une création sociale ». Les faits scientifiques sont construits par des groupes qui définissent autant de collectifs de pensée. Chaque collectif crée un style, des normes des conceptions et des pratiques particulières. Une intercompréhension est à favoriser entre ces collectifs de pensée, un questionnement sur les conditions de production des normes également.

L'homéopathie « un bien commun » suivant l'expression de Bernard POITEVIN Pour les patients, les prescripteurs, les organismes produisant les médicaments homéopathiques et les pouvoirs publics, il s'agit d'un bien commun. Des éléments de preuve existent reconnus insuffisants suivant des critères élaborés par des institutions ( les critères de l'OCDE) dans lesquelles l'influence des industriels du médicament est forte. Ces critères sont difficiles extrapolables à une médecine développant une approche du patient dans sa totalité et son unicité. La recherche est onéreuse et pourquoi ne pas s'inspirer de ce qui a été fait dans le domaine de l'étude des ondes électromagnétiques en taxant les opérateurs de téléphonie ? Assurer un fonds de recherche en taxant les médicaments permettrait de financer des études avec des scientifiques indépendants des industriels fabriquant les médicaments homéopathiques.

Respecter les citoyens en assurant des conditions de choix de l'accès aux approches plurielles de la santé est une démarche déjà faite dans certains pays, dont la Suisse qui à la suite de référendum et de différents travaux a rendu les dépenses en médecine anthroposophique, homéopathie classique, médecine traditionnelle chinoise et phytothérapie remboursables par le régime d'assurance maladie de base sans aucune limitation dans le temps. (29)

Les laboratoires pharmaceutiques sont devenus des lobbys qui pèsent lourdement sur la fixation du prix des médicaments, en France, avec le chantage à l'emploi sur les Pouvoirs Publics. Les laboratoires pharmaceutiques influencent dès la formation initiale les médecins. L'agression par « L'appel de 124 professionnels de la santé contre les "médecines alternatives" » publié dans le Figaro en Mars 2018 peut être aussi lue comme un signe de faiblesse, de crainte face au recours à d'autres médecines par les patients.

Il est en fait nécessaire de développer une complémentarité d'action entre la médecine appelée conventionnelle ou allopathique et d'autres médecines dont l'homéopathie. Il est nécessaire de former les médecins à ces médecines dites alternatives. Il est nécessaire de former les patients à 16



l'usage des médicaments : l'iatrogénie des médicaments est insuffisamment connue. Ces dernières années ont permis de lever le voile sur les effets secondaires de médicament allopathiques insuffisamment étudiés dans leur durée d'exposition à un moment où l'automédication a tendance à augmenter. Les médicaments provoquent 10000 morts par an ( 30). Les décisions des agences et commissions sont déconnectées du rapport bénéfices risques, il n'existe pas une transparence sur la pharmacovigilance, pas de politique d'information sur l'usage du médicament (31). Il y aura plus de sens à trouver la place respective de chaque médecine plutôt qu'à poursuivre cet affrontement au prétexte fallacieux que l'homéopathie n'a pas apporté suffisamment de preuves de son efficacité.

**L'éthique consiste à faire vivre une médecine intégrative permettant aux citoyens de choisir la façon de promouvoir leur santé et leur bien-être, à favoriser une intercompréhension humaine entre les praticiens, allopathes et homéopathes, à développer des modèles de recherche prenant en compte la spécificité de l'homéopathie par son individualisation du traitement et la prise en compte de la totalité de la personne, à poursuivre les recherches fondamentales qui déjà documentent l'activité biologique des hautes dilutions (32), à créer les conditions d'une recherche indépendante de l'industrie (33), à développer une politique d'information sur les médicaments.**

**Le paradigme bio-psychosocial correspond à une approche holistique de la personne dans laquelle les aspects biologique, psychologique, social voire spirituel sont pris en compte pour comprendre la personne dans sa singularité. Ce paradigme nous semble être le plus proche de la pratique de l'homéopathie : des modèles de recherche seraient à développer en ce sens.**

Le développement de la formation universitaire sur la médecine homéopathique constitue un élément important de l'insertion de cette approche de la santé dans le système de soins.

janvier 2019

Dr A-M Begué-Simon ( retraitée)

Maître de Conférences en Socio-Anthropologie ( Rennes I)

Habilité à diriger des recherches

Laboratoire d'Anthropologie Sociale RENNES II

Expert honoraire près la Cour d'Appel de Rennes

Membre de la Ligue des Droits de l'Homme, de la Réserve Citoyenne de l'Education Nationale et Association UNIVERSEL SINGULIER, Administrateur du CêLA (Citoyens Eclairés Localement Autonomes)

drambs4@gmail.com

## Bibliographie

1. FOUCAULT M. La naissance de la clinique, PUF, Paris, 1963.
2. ARISTOTE Ethique à Nicomaque livre V
3. RICOEUR P. entretien au journal Le Monde, 1983. Soi-même comme un autre Paris Le Seuil, 1990
4. HABERMAS J. Morale et communication CERF, Paris, 1991.
5. JONAS H. Le principe responsabilité, Champs, Flammarion, Paris, 1995
6. LEVINAS E. Le temps et l'autre, PUF, Quadrige, Paris, 1983
7. CANGUILHEM G. Le normal et le pathologique, PUF, Quadrige, Paris, 1964
8. SKRABANEK P. La fin de la médecine à visage humain, Odile Jacob, 1995
9. AIACH P. DELANOE D. L'ère de la médicalisation, Paris Anthropos, 1998
10. LAGREE J. Le médecin, le malade et le philosophe, Bayard, 2002
11. FLECK L Genèse et développement d'un fait scientifique, 1935, Les Belles Lettres, 2005)
12. BERNARD C. Introduction à l'étude de la médecine expérimentale (1865), Garnier Flammarion, 1966
13. GORI R. , DEL VOLGO M-J La santé totalitaire : essai sur la médicalisation de l'existence, Paris Denoël, 2005

- 14.Extrait du manuel pédagogique INHF , Denis Laforgue, 2010
15. ROSSIGNOL M. et al. Who seeks primary care for musculoskeletal disorders (MSDs) with physicians prescribing homeopathic and other complementary Results from Epilaser 3 Biomed Cent. Musculoskeler Disorders 2011, 12, pp. 21-26.
16. Rapport de la commission européenne sur les médicaments homéopathiques COM97 362
17. Homeopathy and anthroposophic medicine in the EU: Facts and Figures 2011
18. Sondage IPSOS Patients 2010
19. Compte rendue de réunion d'UNIVERSEL SINGULIER 8 décembre 2010
- 20.CUCHERAT M , Haugh MC Goach M, Boissel JP Evidence of clinical effeicacy of homeopathy A meta analysis of clinical trials. Homeopathic Medicines Research Advisory Grouo Europ J. Clinic. Pharmac 2000, 56:27-33
- 21.SHANG A, Humwiller-Muntener K Nartey L.Are the Clinicaleffect of homeopathy placebo effect ? Comparative study of placebo controlled trials of Homeopathy and allopathy 2005;366 :726-32
- 22.MATHIE RT, Controlled clinical studies of homeopathy, Homeopathy, 2013,102:225-9
- 23.FREI et al.Br Hom J. 2001 ; 90;180-182
24. REILLY et al. Br. Hom.J. 1985
- 25.RILEY et al J. Altern Compl Med 2001,7 :149-159
- 26.POITEVIN B. Bulletin of the WHO, 1999, 77(2):160-166
  
- 27 SCHAFFER et al. Allergy, 2002,57:694-730
  
- 28.Rapport stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle 2014-2023, 2013
  
- 29.BORNHÖFT G. et Peter Matthiessen, Homeopathy in Healthcare: Effectiveness, Appropriateness, Safety, Costs, Springer Verlag, 2011
- 30 « Victimes d'effets indésirables graves de médicaments. État des lieux et recommandations », février 2015. Note de synthèses conjointe disponible sur [www.prescrire.org](http://www.prescrire.org).
- 31.GERSON M. Levothyrox, Avandia, Mediator : la faillite des agences [Médecine. Volume 6, Numéro 10, 440-2, Décembre 2010, Editorial](#)
- 32.REY L .Thermoluminescence of ultrahigh dilutions of lithium chlorid Physica A, 2003;323/67-
- 33.BEGUE-SIMON AM ,Junod B , Foucras P. Conflit d'intérêts ABCdaire des sciences humains en médecine Ellipses, 2009

**M. DELMAS MARTY « le crime contre l'humanité, toute pratique délibérée, politique, juridique, médiatique, médicale ou scientifique comportant soit la violation du principe de singularité, soit celle du principe d'égalité d'appartenance à la communauté ». Professeur M. DELMAS MARTY a apporté son soutien à l'association UNIVERSEL SINGULIER pour l'organisation du colloque Témoignage et Citoyenneté. Toute notre gratitude.**