

La médecine et les médecines.

Après les ouvertures officielles et l'hommage rendu à Georges Canguilhem, je m'attacherai à dégager les principales questions qui sont autant d'articulations de ce programme. On voudra bien tout d'abord noter la difficulté récurrente de désignation des pratiques de soin extérieures à celles de la médecine dite officielle ou conventionnelle. Elles sont appelées *parallèles, naturelles, douces, alternatives,...* selon le référent utilisé pour les justifier - la reconnaissance par l'institution médicale, la nature, les plantes, les parfums ou telle partie du corps comme l'iris, - et, naturellement le positionnement de celui qui ainsi les nomme. Le Parlement européen, après diverses tentatives inspirées par le rapport Lannoy-Collins de 1993, a fini par les nommer d'un terme générique *médecines non conventionnelles*¹. Le débat n'est pas, il est facile de s'en convaincre, de pure sémantique et fait apparaître une bipartition facile qui différencie, ou oppose selon les cas, la médecine officielle et les autres, sans apporter toujours de réelles justifications à l'établissement de la frontière qui les sépare. Or, nous le verrons grâce aux communications qui vont suivre, que cette frontière n'est pas aussi étanche ou stable, contrairement à ce d'aucuns voudraient faire croire.

1 Loi-cadre du 29 avril 1999.

Écartons cependant et dès maintenant une confusion possible. Si la distinction entre « médecine *conventionnelle* » et « médecines non conventionnelles » relève de la simple logique, on verra que le terme de « médecine *alternative* » ne s'emploie que lorsque l'usage de cette dernière est substitué, et de façon exclusive, à celui de la médecine conventionnelle et que, dans la très grande majorité des cas, certaines médecines non conventionnelles (seulement quelques-unes) seront désignées *complémentaires* du fait de leur association avec les soins préconisés par la médecine conventionnelle. Des classifications savantes ont déjà été réalisées et n'ont pas manqué d'achopper sur la critériologie qu'elles utilisent ou encore de mettre en lumière l'ambiguïté du lieu d'où l'on parle. Je voudrais, pour ma part, émettre d'emblée une proposition décalée et naturellement risquée.

Ce qui me frappe, en effet, c'est, au regard de l'histoire, l'étrange porosité des pratiques de soins ou la mouvance de leurs frontières. En fait, quand nous parlons de « médecine » au singulier, nous cédon à une facilité de langage : le générique a gagné la sémantique ! La médecine constitue en fait une appellation (contrôlée) de pratiques multiples et qui n'ont cessé d'évoluer dans le temps tant et si bien que *la santé et le bien-être* dépassent infiniment toute prétention ou illusion à en clôturer le sens. A Parménide, séduisant par sa stabilité et son apparente sécurité, je préfère Héraclite, soit le devenir, principe du changement par excellence. Ainsi, est-il pertinent de parler de *médecines* au pluriel pour la raison que voici.

L'histoire de l'art de soigner, dans sa version la plus instituée, la plus encadrée et la plus définie, n'est qu'un moment d'une évolution complexe et elle n'en a jamais fini de se défaire de ses imperfections, voire de ses erreurs, pour aller de progrès en progrès et ainsi améliorer ses résultats pour le plus grand bénéfice de ses patients. Les historiens de la médecine, mais aussi ceux des disciplines scientifiques ou des techniques qui lui sont associées, ont, depuis longtemps, décrit les étapes majeures d'une étonnante évolution. Qui ne souvient de la découverte de la circulation du sang (Harvey), des fondements de la médecine expérimentale (Claude Bernard), des apports de la biologie

avec notamment le choc de la théorie microbienne (Pasteur) ou encore de la chimie de synthèse ? Qui ignorerait les sauts techniques remarquables qu'ont représentés les différents âges du microscope, du stéthoscope (Laënnec), et des derniers cris de l'imagerie médicale ? Que dire des nouvelles techniques issues de la robotique ou encore des connaissances majeures concernant le fonctionnement de cet étonnant organe qu'est le cerveau ?... On n'en finirait pas de mentionner les étapes par lesquelles la médecine contemporaine s'est constituée et continue de se développer, scandées par autant de progrès de la santé publique comme le recul considérable de la mortalité infantile, la prolongation de la vie ou la quasi éradication des grandes épidémies. Mais croire que cette médecine triomphante est « arrivée », qu'elle n'a plus de parts d'ombre, ce serait croire que l'on peut arrêter l'histoire. La médecine demeurera ouverte à d'autres médecines ou étapes de son évolution. Dans cette perspective, serait-ce iconoclaste de poser la question : et si *les autres* avaient quelque chose à dire ?

Les *autres* arts de soigner qui, par volonté ou non, le plus souvent par ostracisme, ne s'inscrivent pas dans cette histoire marquée par l'émergence et le développement du modèle « scientifique », ont subsisté vaille que vaille, véhiculés par des traditions populaires le plus souvent en péril. Ces autres arts de soigner paraissent bien peu de chose à côté d'une médecine, apparemment sûre d'elle-même, parée d'une rationalité scientifique qu'elle ne cesse de mettre en avant et fière de sa maîtrise technique ; ils sont le plus souvent considérés (c'est-à-dire déconsidérés) comme erratiques, imprécis et à l'efficacité - dépourvue de justification par des preuves - reposant sur la seule croyance ou espérance de leurs utilisateurs. Mais ce tableau simpliste est-il encore crédible aujourd'hui ?

Il semble bien que non, comme le démontreront certaines communications de notre programme. Si, en effet, le recours à ces médecines non conventionnelles s'avère de plus en plus exceptionnel dans le cas d'un usage *alternatif* (qui suppose l'abandon des soins de la médecine conventionnelle), il devient presque courant à titre

de *complémentarité* (GUIRAUD G.G., 2003)². C'est le cas, étudié depuis les années 80, notamment en oncologie (SCHRAUB S., 1987 et 2011)³. Nous aurons à découvrir *pourquoi* des patients qui suivent les protocoles de soins de la médecine conventionnelle s'adressent *aussi* à ces médecines non conventionnelles. Est-ce par manque de confiance en leur praticien, par souci d'une assurance supplémentaire, par besoin d'être mieux entendu et écouté ? La question reste entière et nous verrons, grâce aux articles qui suivent, ce que nous révèlent des enquêtes sérieuses près de patients directement concernés.

Nous sommes sans doute à un moment où nous pouvons nous poser ces questions, avec sérieux et sans polémique. Et ce d'autant plus que l'épistémologie contemporaine des sciences a définitivement tordu le cou aux derniers relents de positivisme. La connaissance de l'infiniment petit comme de l'infiniment grand, du monde physique comme du monde vivant, de l'univers de la conscience et de l'inconscient, des faits psychiques individuels et sociaux, cette connaissance est inévitablement frappée, *en même temps*, de progrès et d'incertitude. A l'exception des idéologues qui prétendent assimiler la vérité à la leur, à l'excuse des ignorants prêts à suivre la dernière opinion, nul ne saurait aujourd'hui prétendre détenir une certitude absolue. L'incertitude et le doute sont au coeur de nos connaissances qui paraissent les plus affirmées du fait même qu'elles s'avèrent inévitablement conditionnées par les multiples contingences de leur mode de production. *Tout objet de science*, de la physique à la biologie, de la physiologie à la psychologie, est *un objet construit* par nos connaissances ou nos ignorances antérieures et de nombreuses découvertes ont été le fruit du hasard et de l'inattendu. Nos observations ne peuvent échapper aux conditionnements de notre culture (et de notre inculture), à nos préoccupations (c'est-à-dire ce qui nous « occupe » au préalable) de diverses natures (politique, économique ou sociale), aux possibilités et aux limites

2 Guiraud G.G., le recours aux médecines parallèles au XIX^es. La Presse Médicale, n°32/35,2003.

3 Schraub S. Etudes et expérimentations des médecines alternatives ou parallèles - impact des médecines parallèles en oncologie -, en France, Italie, Danemark, Pays-Bas et USA. Le concours médical n°25,1987. Du même, Etude psychologique du recours aux médecines parallèles en cancérologie. Revue Psycho-oncologie, année 2011. Etude d'entretiens semi dirigés avec des patients.

de nos instruments d'observation comme aux méthodologies que nous mettons en oeuvre. C'est pourquoi l'histoire des sciences est à la fois un florilège de connaissances ayant jusque-là résisté aux contre épreuves et un cimetière des vérités que l'on croyait pourtant établies. Certitude et incertitude, assurance et doute, *sic et non*, nous rappellerait Pierre Abélard, ce philosophe médiéval aventureux et constant pourfendeur de l'orthodoxie officielle. Quelle que soit leur référence disciplinaire, les apports variés et cependant convergents des Bachelard⁴, Bourdieu⁵, Kuhn⁶, nous ont magistralement éclairés sur la relativité intrinsèque de nos connaissances.

Alors, puisqu'elle est de fait adossée aux connaissances scientifiques les plus éprouvées (en l'état) et favorisée par la maîtrise de technologies à la sophistication croissante, la médecine officielle, conventionnelle, patentée, assermentée, n'a jamais fini, et c'est depuis toujours sa noblesse, d'atteindre pleinement par ses objectifs les fins qu'elle se propose. Or, il suffit de faire bouger l'une de ses représentations qui la fonde pour la transformer. Georges Canguilhem n'a-t-il pas changé la vision jusque-là dominante du modèle mécanique par celle du vivant, conduisant du même coup à une approche plus pertinente de la santé et de la maladie ? Le grand historien de la philosophie qu'était Etienne Gilson avait coutume de dire : « les métaphysiques vieillissent avec leurs physiques ». En serait-il de même ici, la médecine, quelle qu'en soit l'étape de son évolution, vieillit avec l'âge des connaissances scientifiques auxquelles elle se réfère et grâce auxquelles elle se justifie et légitime ? Ne voit-on pas s'ouvrir de nouvelles voies pour l'art de soigner avec la génomique, les neurosciences ou encore l'extrême miniaturisation de la robotique ? Le ciblage toujours plus affiné ou la singularisation toujours plus précise des thérapies longtemps asservies à des protocoles standards poussera cette médecine plus loin encore vers plus d'efficacité grâce à une adaptation raisonnée aux caractéristiques de chaque patient. Héraclite me revient en mémoire : on n'utilisera pas deux fois le même protocole pas plus que l'on ne se

4 Bachelard G., le nouvel esprit scientifique, P.U.F., 1984.

5 Bourdieu P., Chamborodon J.C., Passeron J.C., le métier de sociologue, Mouton de Gruyter, 1968, réédité à plusieurs reprises, dont en 2005.

6 Kuhn Th., la structure des révolutions scientifiques, Flammarion, 1972.

baigne deux fois dans le même fleuve. On n'a jamais fini d'arriver : on n'est jamais *définitivement* médecin, pas plus que l'on n'est jamais définitivement professeur, avocat ou ingénieur. Cela veut dire que ses acquis, fussent-ils prestigieux, ne sauraient justifier, au nom d'une certitude devenue aveugle, de vouer *les autres arts de soigner* aux gémonies. Du reste, nombre de praticiens et d'établissements, sans doute d'abord soucieux d'écouter leurs patients plus que par conviction établie, ont entr'ouvert la porte à certains d'entre eux.

En effet, comme nous le verrons, certaines médecines non conventionnelles sont désormais appelées *complémentaires* ou *adjuvantes*. Il sera intéressant de découvrir pourquoi et dans quel contexte. Les patients qui, par exemple, recourent à l'homéopathie, en même temps qu'ils suivent les traitements de leur médecin, cherchent-ils réellement à compléter ceux-ci ou autre chose ? Ces recours ont-ils une efficacité réelle ou supposée ? Des méthodologies d'évaluation ont-elles été développées pour le démontrer ? On comprend immédiatement que la critériologie des essais randomisés auxquels se soumettent, non sans biais quelquefois, les thérapies de la médecine conventionnelle, ne sont pas automatiquement pertinents pour en juger. Ce débat n'est pas neuf et chacun connaît, à titre d'exemple, la difficulté d'évaluer le qualificatif par du quantitatif. Des essais d'évaluation des médecines dites complémentaires ont-ils été réalisés ? Ceci étant, une question ne manquera pas de se poser.

L'ouverture de la médecine officielle à d'autres médecines, dénommées par elle complémentaires, relève-t-elle d'un opportunisme de bon aloi, d'une subtile répartition des tâches, d'une stratégie d'évitement de toute remise en cause ? Nous entendrons ceux qui se sont engagés dans cette voie et tenterons de comprendre leur réelle motivation. Le titre de ces rencontres met justement l'accent sur *la place* dévolue à certaines de ces autres médecines. Est-ce la recherche d'une forme de bien-être des patients, de leur confort au moment où ils suivent des traitements thérapeutiques particulièrement éprouvants ? Y a-t-il une loi de proportionnalité entre ce recours et le degré d'angoisse ressenti ? Mais quelle que soit l'hypothèse, la place ainsi accordée aurait-elle, par feed back, la vertu d'interroger la

médecine conventionnelle ?

Je voudrais vous proposer de nous engouffrer dans cette brèche, sous la protection de ce point d'interrogation. Osons le *je ne sais pas* qui est à l'origine de toute pensée, l'insatisfaction première et le lieu fondateur de toute innovation. Je ne sais pas, ou pas tout à fait, ce que soigner veut dire. Je ne sais pas ce qu'est la maladie de celui-là qui souffre et me fait appel. Non qu'il faille, avec autant de légèreté que d'injustice, jeter par dessus bord les avancées et les progrès réalisés depuis tant de siècles par tant de découvreurs les plus divers (et bien souvent les plus controversés en leur temps), mais bien précisément pour nous mettre, praticiens et patients, en attitude de découvrir encore. La science, si grande soit-elle, n'est pas la vérité et nos ignorances, si nous les acceptons, recèlent secrètement l'amorce de nos connaissances à venir. Je voudrais citer ici Bachelard : « L'essence même de la réflexion, c'est de comprendre qu'on n'avait pas compris. »⁷ Ainsi convient-il, à l'Université où nous sommes, l'Université qui est par excellence et depuis ses origines, le lieu de l'interrogation, de la *disputatio*, de procéder de façon méthodique à l'examen des faits et des pratiques, pour énoncer les questions qu'ils nous posent. Nous savons tant de choses et tant de choses sont encore à découvrir.

Pour conclure ce propos introductif, permettez-moi de vous dire ma conviction profonde qui ne s'est pas démentie depuis que nos rencontres existent. L'enjeu de tout art de soigner est le bien-être du malade, qu'il guérisse ou perdure dans une vie plus supportable. Ce malade est un sujet, c'est-à-dire une singularité inscrite dans une histoire qu'il construit et le construit : *la maladie doit d'abord être abordée du point de vue du malade et de sa singularité*, selon l'expression même de Canguilhem. Cette pensée émise il y a des décennies, n'est pas seulement actuelle : elle est éminemment *prospective*.

7 Bachelard G., op.cit., p. 177.