

Intégrer. Avec quelle intention ?

Dr Lukasz JABLONSKI

Résumé :

La question des médecines non-conventionnelles est face à un champ sémantique important : douces, complémentaires, alternatives, parallèles, naturelles, holistiques, traditionnelles ou encore non conventionnelles, non médicamenteuses, non éprouvées, non orthodoxes et plus récemment intégratives. Aucun des nombreux termes rencontrés dans la littérature ne semble suffisant et ils témoignent de la variété d'approches existantes.

Partant d'une enquête de terrain réalisée au premier semestre 2019 auprès de 14 médecins généralistes intégrant une ou plusieurs médecines complémentaires et alternatives (MCA) à leur exercice quotidien, il a pu être mis en évidence trois modes d'intégration de ces MCA : une manière qui vient compléter la médecine conventionnelle, un mode qui alterne entre médecine conventionnelle et MCA et un 3e mode où l'ensemble apparaît comme un fondu original de pratiques hybridées entre elle. La définition d'une MCA ne suffit pas à expliquer le mode d'intégration. Au-delà des pratiques exercées, de leur forme (prescription de produits ou de pratique, soin sur le corps ou approche à médiation par l'esprit) ou encore du type de formation suivie, il semble que ce soit avant tout l'intention qui préside aux modes d'intégration par les praticiens. Apparaît alors une notion décrite par la médecine traditionnelle chinoise (MTC) et l'énergétique : le principe du Yi. Principal vecteur orientant le geste, il permet de comprendre comment au-delà de la forme, l'énergie peut être mobiliser par un praticien en acupuncture.

I. Introduction

La question des médecines non-conventionnelles est face à un champ sémantique important : douces, complémentaires, alternatives, parallèles, naturelles, holistiques, traditionnelles ou encore non conventionnelles, non médicamenteuses, non éprouvées, non orthodoxes et plus récemment intégratives. Aucun des nombreux termes rencontrés dans la littérature ne semblent suffisant et ils témoignent de la variété d'approches existantes. L'acupuncture occupe une place particulière du fait de son implantation à l'échelle mondiale. En France, on recense près de 6 millions d'actes liés à la médecine traditionnelle chinoise, pratiquées ou non par des médecins diplômés d'un doctorat en médecine. Malgré ces chiffres et son héritage culturel, l'acupuncture n'en demeure pas moins une MCA parmi les autres. A la multitude de termes qualifiant ces médecines s'ajoute la disparité de professionnalisme des intervenants (professionnels dûment formés, praticiens en manque de qualification, charlatans) ainsi que la variété de cadres dans lesquels ces médecines sont rencontrées aujourd'hui : cabinets libéraux, hôpitaux, cliniques, mais aussi des dispositifs innovants non médicalisés (ex : réseau de santé, centres ressources), des espaces marginaux (comme le domicile des praticiens) ou encore au sein de mouvements sectaires. Enfin, les manières dont les patients s'emparent de ces méthodes sont tout aussi nombreuses. Ainsi une même approche peut être utilisée de façon complémentaire par un individu (c'est à dire en complément d'un traitement médical) et de façon alternative par un autre (en remplacement du traitement médical). Cette grande hétérogénéité montre la complexité du sujet et nous choisissons de parler de médecines complémentaires et alternatives (MCA) pour distinguer ces deux intentions d'usage et de pratique.

Après avoir posé le contexte de l'exercice des MCA en France, nous explorerons les motivations des praticiens à intégrer ces pratiques. En s'appuyant sur les résultats d'une enquête de terrain, nous proposerons des profils d'intégration et dessinerons leur dynamique à la lumière des neurosciences. Enfin, les concepts de la médecine traditionnelle chinoise du *yi* et du *zhi* permettront de préciser la notion d'intention.

1. La motivation des patients : un système de santé en mutation

Notre système de santé a connu une mutation dans laquelle le *cure* (capacité à traiter la maladie par un procédé technique précis) est peu à peu remplacé par le *care* (capacité à accompagner la personne dans sa globalité). « Traiter des maladies » est devenu au fil des années « accompagner le malade ».

Cette évolution s'est déroulée avec comme toile de fond un monde mondialisé et une population qui souhaite trouver des moyens de faire face aux dégâts du progrès. Les patients se sont autonomisés par désir de reprendre le contrôle sur leur santé mais aussi par défiance envers l'institution. Ils cherchent davantage d'accompagnement que de prise en charge. Leur souhait est une offre singulière et personnalisée. Les patients sont à la recherche de davantage de *care* dans la proposition thérapeutique qu'ils jugent centré sur le *cure*.

Le cadre légal d'exercice des MCA s'est infléchi comme en témoigne la présence de ces approches dans des espaces où la science médicale ne laissait aucune place à ces pratiques d'un « autre temps », considérées comme non prouvées scientifiquement. Pour illustrer cette tendance, on peut citer plusieurs exemples : la présence à l'heure actuelle d'au moins une offre relevant d'une pratique de soin non conventionnelle dans chaque CRLCC (centre régional de lutte contre le cancer), des services hospitaliers dédiés aux MCA ont vu le jour (Centre de médecine chinoise intégrée créé en 2010 à l'AP-HP), l'usage des MCA dans les centres antidouleur, l'ouverture du premier centre Ressource. L'intérêt de la recherche dans le domaine a fait émerger de nouvelles structures avec la création de la plateforme universitaire d'évaluation des interventions non médicamenteuses en 2011 (CEPS : Collaborative d'Evaluation des programmes de Prévention et de Soins de support), la constitution en 2015 du groupe d'évaluation des thérapies complémentaires personnalisées (GETCOP), l'instauration en 2017 d'un Collège universitaire de médecines intégratives et complémentaires (CUMIC) ou encore la publication de plusieurs rapports INSERM portant sur l'évaluation des MCA.

Aux différentes intentions des demandeurs de ces soins s'ajoutent les différentes motivations des médecins les exerçant.

2. Les motivations des médecins

Paradoxalement, ce n'est pas l'évolution de la demande des patients qui permet de comprendre les motivations des médecins généralistes à se tourner vers la pratique d'une MCA. Historiquement, la place du pluralisme thérapeutique dans le monde européen et américain débute dans les années 70.

Bouchayer s'est intéressée à la trajectoire de médecins généralistes dans les années 1980. Son travail a mis en évidence que la pratique d'une MCA par le médecin généraliste permet d'abord de réinvestir une activité vécue comme répétitive et peu passionnante et d'un manque de perception de l'adéquation entre les savoirs appris durant leurs études médicales et les symptômes présentés par leur clientèle. La pratique de méthodes de soins non conventionnels par des médecins généralistes s'expliquerait et s'analyserait comme une manière de réinjecter de l'intérêt dans leur métier et non dans une intention première de répondre à l'évolution des attentes. Au sujet des MCA, la recherche d'un regain d'intérêt des médecins généralistes et l'évolution sociétale de la demande en soins semblent avoir suivi un parcours parallèle pour se rencontrer dans le cabinet du généraliste.

Les différents travaux concordent vers des éléments communs expliquant la motivation des médecins généralistes à se tourner vers la pratique d'une MCA : les lacunes existantes de la médecine allopathique avec la sensation de ne pas être suffisamment expérimentés dans des domaines de la pratique quotidienne comme la prise en charge de la douleur, la réponse aux troubles fonctionnels, la gestion des effets secondaires des traitements lourds. Le désir d'accroître un arsenal thérapeutique et d'utiliser des remèdes moins invasifs et iatrogènes sont également cités. La globalité de la prise en charge que permettent les MCA est davantage développée, selon ces médecins, que dans la médecine allopathique qui est jugée plus symptomatique. La recherche de méthodes de travail qui soient plus agréables et qui répondent davantage à leurs valeurs et vision de la santé sont également nommées.

Se former aux MCA s'apparente davantage à une démarche personnelle qu'à une formation professionnelle continue. L'antagonisme entre la présence des MCA dans les milieux du soin en France et les tensions des discours pourrait expliquer le retard pris par la France dans la proposition de formations en MCA aux médecins. On observe cependant une évolution des possibilités de formation sous le triple effet de la demande des usagers, des résultats de la recherche sur l'efficacité thérapeutique et de l'innocuité des MCA, et de l'influence de ce qui se passe dans les autres pays sur la question. La recherche sur l'efficacité thérapeutique et l'innocuité des MCA s'est emparée des outils de la recherche qualitative propre aux sciences humaines et sociales. Ces méthodes permettent d'explorer le versant subjectif du soin avec le gage d'une rigueur scientifique. Cependant, il n'existe pas pour le moment de consensus au niveau européen sur une méthodologie pouvant évaluer l'efficacité et la sécurité des MCA.

3. Une évolution des processus de légitimation

Au fur et à mesure du temps, la demande de ce type de soins a progressé. L'Ordre des médecins estime à 40% le nombre de français ayant eu recours à une MCA dans l'année 2015, 50% en 2016 et 60% en 2019. Trois français sur quatre y feront appel dans leur vie.

Cette augmentation du nombre de recours s'est accompagnée d'un élargissement des terrains sur lesquels les MCA sont rencontrées.

L'essor des MCA s'exprime en France à différents niveaux : dans la société, au sein de la médecine même ou encore chez les malades. Il témoigne d'une défiance sociétale envers les institutions en

général, de l'évolution du soin et de l'accompagnement dans les centres de santé mais également de l'émergence de nouvelles attentes et besoins singuliers chez les malades.

Les caractéristiques de ce contexte en évolution en France peuvent se résumer à :

- Un usage pluriel des soins marqué par une recherche d'autonomie et de considération de l'ensemble des besoins de l'individu (physiques, psychiques, sociaux, spirituels)
- L'entrée des MCA dans l'institution via les interstices du *care* rendu possible par de nouvelles modalités d'acceptation de ces pratiques.

Auxquelles s'ajoutent les évolutions organisationnelles et conceptuelles de la médecine générale universitaire qui place au cœur des enseignements le modèle bio psychosocial, la décision partagée et la relation centrée-patient. Celles-ci répondent à des logiques différentes bien qu'ayant eu lieu dans le même temps.

La preuve scientifique, unique levier de légitimation admis, a laissé un espace dans sa position où la science médicale en quête d'une objectivité pure était confortée dans sa démarche par les progrès dans la prise en charge des maladies. L'*evidence based medicine* (EBM), ayant tout pouvoir pour trancher le pour et le contre de toute pratique de soin, a laissé de la place pour de nouvelles logiques. L'observation du terrain dans l'institution hospitalière française montre que les discours ont évolué d'une distinction affirmée entre conventionnelle et non conventionnelle pour se porter sur ce qui est acceptable ou non. A la légitimation scientifique (par l'EBM) et académique (par le diplôme) sont venus s'ajouter des processus de légitimation sociaux (généralisation, banalisation et médiatisation de l'usage des MCA) soutenus par des logiques pragmatiques (soulagement des patients) et des logiques d'éthiques biomédicales (bienveillance, non malveillance). L'acceptabilité des pratiques répond désormais à une combinaison plus ou moins complexe de ces facteurs.

4. Complexité de la situation française

L'Ordre des Médecins emploie le terme de thérapie complémentaire et reconnaît quatre MCA : l'ostéopathie, l'acupuncture, la mésothérapie et l'homéopathie. L'Assurance maladie reconnaît : l'hypnose, l'acupuncture, l'homéopathie, le thermalisme (crénothérapie), la vertébrothérapie-chiropraxie et la mésothérapie (l'ostéopathie ne fait pas partie de cette liste). Exceptions faites de l'ostéopathie et de la chiropraxie qui ont été légalisées en 2002 par la loi Kouchner aucune « approche complémentaire » n'est juridiquement encadrée. Même si la Haute Autorité de Santé, dans le cadre de l'application des directives de l'OMS encourage au développement de ces pratiques non conventionnelles, rien n'est légalement prévu en France.

Il apparaît des différences entre l'offre de formation, la reconnaissance par l'Assurance Maladie et par l'Ordre des Médecins. Par exemple, l'hypnose qui fait l'objet d'un DU n'est pas reconnue par l'Ordre des Médecins parmi les thérapies complémentaires tandis que la séance d'hypnose à visée antalgique est inscrite à la classification commune des actes médicaux de l'Assurance Maladie, et la

pratique est implantée dans l'institution en anesthésie et dans la prise en charge de la douleur. D'autre part, l'actualité récente concernant le déremboursement de l'homéopathie voit reconsidérer la place et le droit d'affichage de cette MCA. Paradoxalement, elle semblait être la « plus conventionnelle » des non-conventionnelles dans le sens où seuls les médecins la pratiquent, là où l'ostéopathie et l'acupuncture sont pratiquées davantage par des non-médecins.

II. Une enquête de terrain : comment les médecins généralistes intègrent-ils les MCA ?

L'intention de ce travail est de comprendre comment le médecin généraliste intègre une MCA dans sa pratique quotidienne compte tenu du contexte actuel en France.

Nous avons ainsi choisi trois axes à explorer dans une enquête de terrain. Le premier concerne la pratique en elle-même et notamment la manière dont les MCA prennent place dans la consultation conventionnelle et comment celle-ci est organisée. Le second s'intéresse à la biographie du médecin généraliste et ce qu'elle renseigne sur ses motivations à pratiquer une MCA et quels rapports il entretient avec ces pratiques (quels bénéfices il en tire, comment se résout pour lui une éventuelle dissonance cognitive, etc). Le troisième axe est celui des rapports aux environnements du praticien. Nous nous sommes demandés comment ils interagissent avec l'exercice du médecin : comment ils le permettent et le limitent. Ces environnements se composent de territoires que sont les lieux de formation et d'exercice professionnel du médecin (université, hôpital, cabinet, etc), et d'acteurs (confrères, instances ordinales et législatives, praticiens de MCA ne détenant pas de titre officiellement reconnu en France).

Ainsi, nous avons posé l'hypothèse que ces trois axes de réflexions pouvaient constituer des pôles formant un système d'interactions complexes, siège de zones de tensions dont l'analyse permettrait de dégager la manière dont le médecin généraliste trouve une cohérence dans son exercice professionnel.

1. Type d'étude

Pour répondre à cette problématique, nous avons réalisé une étude qualitative inspirée de la méthode de la théorisation ancrée. Celle-ci a consisté en des entretiens semi dirigés enregistrés puis retranscrits manuellement. L'analyse thématique a ensuite été réalisée par lectures répétitives de chaque entretien (codage axial puis sélectif) puis l'articulation des thématiques émergentes a été construite par les deux chercheurs par consensus.

2. Mode de recrutement

Le recrutement des enquêtés a été réalisé de façon « boule de neige » par réseau basé sur trois types de sources : les médecins pratiquant de MCA répertoriés sur internet, le réseau de connaissances professionnelles (médecins et non médecins) et les contacts personnels. Les médecins généralistes

ont été sélectionnés par un échantillonnage à variation maximale selon les critères d'inclusion suivants:

- Avoir un exercice conventionné de la médecine générale dans un cabinet libéral avec une patientèle issue de la population locale et un statut de médecin traitant pour une majorité des patients.
- Avoir au moins une pratique de MCA proposée à leur patientèle sans limite sur la nature des approches proposées.

Nous souhaitions interroger des praticiens ayant un exercice ambulatoire de la médecine générale dans un cadre conventionné et identifiable comme « médecin généraliste ».

Un exercice exclusif de MCA était un critère d'exclusion. Il nous a semblé que ce mode d'exercice pouvait situer ces praticiens plus en marge d'une pratique conventionnelle ou académique de la médecine générale.

Quatorze médecins issus des régions Normandie, Auvergne-Rhône-Alpes et Nouvelle-Aquitaine ont été retenus pour l'étude. Les médecins ont été contactés par téléphone. Après vérification des critères d'inclusion, chaque médecin a reçu une information au téléphone comportant :

- Une présentation du travail (objectif, intérêt, et présentation de l'enquêteur)
- Le déroulement de l'entretien (temps, enregistrement audio, semi dirigé)
- Le traitement des données (retranscription anonymisée des plages audios suivie de leur destruction)
- Les droits liés au traitement des données personnelles.

3. Résultats

Les entretiens se sont déroulés du 6 mai au 30 juillet 2019. Ils ont duré entre une demi-heure et deux heures. Ils ont eu lieu soit au domicile soit au cabinet des médecins. Un entretien a eu lieu au téléphone.

L'échantillon se composait de douze hommes et deux femmes, d'âge compris entre trente-sept et soixante-huit ans (médiane : cinquante et un ans), installés selon la variation d'exercice en libéral (seul, cabinet partagé, MSP, cabinet pluri-professionnel). Un des médecins n'a pas été retenu dans l'analyse étant donné que son exercice s'articulait avant tout autour de l'homéopathie et que son activité était déconventionnée.

Les médecins ont rapporté faire appel aux approches suivantes : l'homéopathie, l'acupuncture, l'ostéopathie, l'hypnose ericksonienne, la phytothérapie, la gemmothérapie, l'aromathérapie, l'oligothérapie, la mésothérapie, la cryothérapie, le magnétisme, le reboutage, la méditation, la nutrition, le Pilates, la psychosynthèse, la méthode d'analyse du CEIA (Centre Européen d'Informatique et d'Automation), la PNL (programmation neuro-linguistique), l'ennéagramme, la médecine affective, le Balint.

Ils ont intégré une MCA à leur exercice médical depuis 3 à 35 années. Pour la moitié des enquêtés, la proportion de consultations avec MCA est de 2 à 20 par semaine (rapporté à un exercice à temps plein moyen comportant 120 consultations hebdomadaire, toutes activités confondues). L'autre moitié des médecins propose une MCA dans chaque consultation.

Tous les médecins ont une patientèle issue de la population locale. Aucun des médecins n'a d'activité spécifique autre (par exemple pédiatrie, gériatrie, gynécologie, EHPAD...). Tous les praticiens sont ou ont été maître de stage des universités (MSU). Quatre avaient cessé de l'être au moment de l'enquête.

Les médecins reçoivent des patients en dehors de leur patientèle à l'exception de trois d'entre eux. Les patients extérieurs ont été adressés soit par des professionnels de santé ou soit consultés spontanément. La part de patients extérieurs reste minoritaire à l'exception d'un praticien dont les consultations extérieures représentent environ deux tiers de la totalité de ses consultations.

Tous les cabinets visités ont une organisation semblable en tout point à celui d'un cabinet standard (secrétariat, salle d'attente, table d'examen, matériel médical et informatique). Les informations affichées dans le cabinet concernaient la prévention (tabac, sédentarité, obésité, alcool et vaccination). Certains praticiens affichaient les coordonnées de praticiens non-médecins: psychothérapeutes, sophrologues, ostéopathes, enseignants de yoga, praticiens en shiatsu.

4. Analyse et discussion

En comparant les réponses pour chaque thème, nous pouvons dégager des éléments influant sur la proposition de MCA dans la consultation.

Ni la définition commune de la MCA, ni la théorie qui la sous-tend, ni sa forme (prescrite¹, à médiation corporelle², à action sur l'esprit³), ni la gravité du motif de recours ne permettent à elles seules de définir la manière dont celles-ci sont intégrées à la pratique conventionnelle. Ni son mode d'acquisition (formation universitaire ou non, autodidacte ou informelle) ni son affichage ne constituent des facteurs de l'importance de la MCA dans les consultations. Un tri s'opère par les praticiens et leur utilisation est variable selon le contexte. Pour exemples : l'aromathérapie peut être le seul traitement proposé dans en cas d'infection aiguë. L'ostéopathie peut soit être complètement dédiée lors d'une consultation soit utiliser une manœuvre comme un outil dans une consultation classique pour un même médecin. L'hypnose peut s'inviter autant dans un cadre de psychothérapie que dans la prise en charge sur un état de choc psychologique dans le fil d'une consultation classique. La nutrition peut faire l'objet de consultations dédiées tout autant que de conseils

¹ Il est question des MCA qui font l'objet de prescriptions ou de conseils : homéopathie, aromathérapie, phytothérapie, gemmothérapie, oligothérapie, bilan CEIA, nutrition, Pilates.

² Il est question des MCA à médiation corporelle : ostéopathie, acupuncture, mésothérapie, cryothérapie, reboutage, magnétisme.

³ Il est question des MCA passant par une action sur l'esprit : hypnose, méditation, psychosynthèse, PNL, ennéagramme, Balint. Ces MCA peuvent donner lieu à la prescription ou le conseil d'exercice cognitif.

ponctuant la consultation conventionnelle. Après avoir planifié les actions pendant l'entrevue, les prescriptions des MCA sont plurielles et diverses et dépendent du contexte bio psycho social.

Malgré la pluralité des approches, une approche organisationnelle et conceptuelle entre la pratique de la MCA et la pratique conventionnelle se dégage. Premièrement, la MCA est considérée comme une expertise médicale où le temps accordé est planifié : dans une consultation dédiée à la pratique exclusive d'une MCA ou au sein d'une consultation conventionnelle. Le second déterminant est le niveau de considération du praticien entre son approche biomédicale versus son approche complémentaire et alternative (supériorité ou équivalence).

a. La consultation dédiée

Cette forme de consultation correspond à un choix de cadre proposé par le praticien et qui fixe d'avance la pratique d'une MCA dans la consultation. Elle possède les caractéristiques suivantes :

- programmée par la prise de rendez-vous sur un créneau spécifique ou par une consultation antérieure
- d'une durée plus longue
- soumise à des majorations d'honoraires
- lieu particulier (cabinet secondaire ou local dédié)
- accessible aux patients extérieurs à la patientèle du médecin, adressé par un professionnel ou venant à leur propre initiative.

b. Le positionnement de la biomédecine vis-à-vis des MCA

La manière dont le praticien considère l'efficacité des différentes approches relativement les unes des autres influe sur la place qu'elles occupent vis-à-vis de l'allopathie. Certains praticiens donnent la primauté à l'allopathie quel que soit la situation. D'autres considèrent l'allopathie supérieure uniquement dans les situations aiguës et graves. Certains, enfin, utilisent les MCA dans toute situation y compris les cas aigus.

L'efficacité expérientielle de chaque approche (conventionnelle et MCA) dans l'exercice médical semble être le premier déterminant pour intégrer une MCA. Soit elles interviennent secondairement à l'approche conventionnelle, soit elles sont utilisées dans une simultanéité. Les degrés divers de maîtrise, d'expérience, d'approfondissement de chaque praticien sont des déterminants de la place des MCA dans les consultations. L'usage d'une MCA n'est pas fonction de la durée de la formation mais davantage de l'investissement du praticien dans son perfectionnement à une approche. D'un cursus universitaire complet en ostéopathie, il ne peut rester qu'une seule technique utilisée dans un exercice complété, alors qu'une formation autodidacte en aromathérapie peut faire l'objet de consultations totalement dédiées à cette MCA.

c. Motif de consultation

La demande du patient d'un traitement non médicamenteux peut orienter spécifiquement la consultation. Cela peut être une prescription en homéopathie, en aromathérapie, en phytothérapie, une manœuvre ostéopathique, un conseil (nutritionnel, exercice mental, etc). Le patient extérieur à la patientèle (adressé par un professionnel ou venant spontanément) peut être une raison d'orienter la consultation vers les MCA. Le motif de recours orientera la consultation différemment en fonction du médecin.

III. Une modélisation de l'intégration

Nous avons pu modéliser 3 profils de praticiens en fonction de l'importance de la MCA dans la consultation vis-à-vis de la biomédecine (supériorité ou équivalence) et la forme de consultation (dédiée ou classique).

1. Un profil «complété»

Dans ce cas de figure, le praticien aborde la consultation en proposant en premier une réponse allopathique. Son approche est fondamentalement biomédicale et prend appui dans toutes les situations sur les recommandations des sociétés savantes. Il agrémente sa consultation avec des «recettes » proposées ponctuellement et réserve les MCA pour les cas non graves, non aigus.

L'intégration de la MCA consiste en une ou plusieurs options thérapeutiques non-conventionnelles (par exemple en cas d'échec du traitement issu des recommandations officielles).

Tous les types de MCA sont concernés. Cela peut être une huile essentielle prescrite à visée antalgique locale pour une douleur articulaire, une manœuvre ostéopathique en supplément d'une prescription d'anti-inflammatoire pour une lombalgie, un exercice cognitif en sus d'un médicament anxiolytique. Cela peut être aussi simplement la conséquence d'une communication marquée par une initiation à l'hypnose. Dans ce cas, son exercice ne comporte pas de consultations dédiées. Ces pratiques sont réservées à la patientèle dont il est le médecin traitant. Il ne reçoit pas de patients extérieurs. Sa pratique des MCA est comme une trousse à outils qu'il utilise en second voire troisième recours, comme une alternative à visée symptomatique.

Toutes les plages de son emploi du temps sont équivalentes à un exercice classique de médecin généraliste. Il a des remplaçants qui peuvent assurer des consultations sur un mode standard de médecine générale. La proportion des consultations concernées est chiffrable par les enquêtés. Il a acquis des compétences en MCA soit de manière informelle (par un confrère, une lecture, un représentant de laboratoire) ou bien il a suivi une initiation (formation brève ou premier temps d'une formation longue). Ce mode pouvant être un temps d'approfondissement de ses compétences en cours d'acquisition avant de pouvoir proposer la MCA dans une consultation dédiée.

2. Un profil « alterné »

C'est le cas d'un médecin qui a approfondi la pratique de certaines de ses MCA. Il a achevé ou approfondi une initiation par une formation complète (DU, capacité, DIU ou cursus complet dans un centre de formation). Il a acquis une maîtrise qui requiert des consultations dédiées, en parallèle des consultations conventionnelles pour pouvoir utiliser la MCA dans tout ce qu'elle semble permettre. La consultation standard n'est plus adaptée à la mise en pratique de cette MCA.

Il a une sorte d'exercice double avec d'un côté la médecine générale conventionnelle et de l'autre la pratique d'une MCA. Il est connu extérieurement pour son expertise dans cette MCA.

Il reçoit des patients extérieurs à sa patientèle qui lui sont soit adressés par un autre professionnel ou bien qu'il a lui-même orientés au cours d'une consultation classique précédente. Certains de ses patients viennent spontanément pour une consultation MCA. Ce mode d'exercice confère au médecin un statut de spécialiste reconnu par les pairs pour une expertise dans une MCA (adressage avec courrier et réponse au médecin). Il dispose de deux caisses à outils thérapeutiques : la médecine conventionnelle et la pratique d'une MCA. Il a des médecins qui le remplacent dans l'une ou dans l'autre forme d'exercice. Son emploi du temps distingue les plages de médecine conventionnelle des plages de pratique exclusive de MCA. La proportion des consultations concernées est dénombrable par les praticiens. Pour ces raisons, elle se rapproche de l'exercice exclusif, souvent déconventionné, qu'ont certains médecins n'exerçant plus la médecine au sens conventionnel strict. Les MCA concernées sont l'ostéopathie, l'acupuncture, l'homéopathie, la mésothérapie, l'hypnose, la PNL, l'ennéagramme ou la psychosynthèse.

3. Un profil «intégré»

Dans ce troisième cas de figure, le praticien a gardé une préférence pour la diversité des approches en MCA. Il a approfondi ses compétences en multipliant les formations, parfois par une démarche autodidacte. Il connaît les nuances des différents courants des MCA qu'il utilise (par exemple les différents courants en acupuncture, en ostéopathie, en homéopathie, en hypnose, en psychothérapie). Il a acquis une maîtrise de plusieurs d'entre elles jusqu'à produire une synthèse personnelle. Il connaît les recommandations officielles.

Il mélange autant des prescriptions, des conseils, des pratiques à médiation corporelle que des pratiques cognitives dans la même consultation. Il est dans un abord proche de la définition nord-américaine de la médecine intégrative. Les MCA sont proposées à un niveau équivalent de l'approche conventionnelle. C'est à dire qu'il n'y pas de considération de supériorité de la pratique biomédicale par rapport aux MCA. Toutes les consultations sont concernées par l'approche intégrative et ressemblent, dans la forme, à une consultation classique.

Tous les niveaux de recours sont considérés de la même manière y compris les situations aiguës et graves.

Le biomédical peut être amené à compléter des MCA tout autant que l'inverse. Il a une seule caisse à outils thérapeutiques dans laquelle l'allopathie est une sorte de trousse de secours. Il a une patientèle dont il est le médecin traitant. Il est connu extérieurement pour son expertise particulière. On lui adresse des patients pour l'ensemble de son approche et non plus pour une MCA en particulier. Il n'a pas de remplaçant.

Sa vie quotidienne est en écho avec son exercice dans le sens où il utilise son expérience des MCA pour sa santé.

IV. L'intention dans la pratique

1. Une relecture des sens de complémentarité et d'alternativité

Ces différentes tendances à mêler l'approche conventionnelle et les MCA montrent une ambiguïté sur les notions de complémentarité et d'alternativité. Dans la pratique conventionnelle *complétée*, les MCA arrivent toujours secondairement dans une consultation. Dans l'exercice *alterné*, la médecine conventionnelle est également complétée (outils proposés de façon secondaire voire primaire) mais toujours de façon distincte de la consultation différée à un temps et à un espace dédiés (un créneau spécifique, un lieu dédié). Dans l'exercice *intégré*, la complémentarité est réciproque. Les MCA peuvent être le complément de l'allopathie, tout autant que l'inverse.

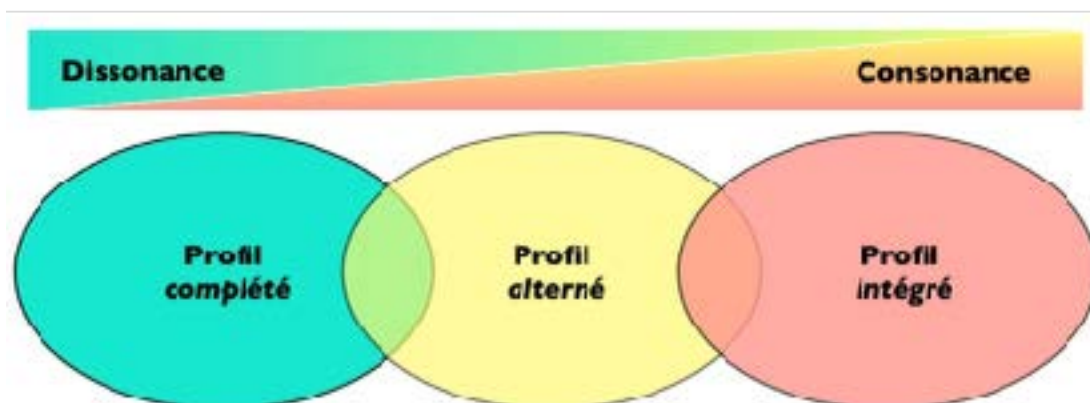
La notion d'alternativité peut être prise dans un sens temporel (une consultation dédiée qui se distingue des consultations classiques). Il peut aussi être entendu dans le sens vis-à-vis d'une norme médicale qui la verrait alternative à l'approche académique sans être en marge de celle-ci. Dans un certain sens, tous ces praticiens sont autant dans une alternativité vis-à-vis de la médecine conventionnelle que dans une complémentarité.

2. La dissonance cognitive - Des paradigmes différents : un choc culturel

Certaines MCA sont basées sur un paradigme différent du modèle biomédical : médecine traditionnelle chinoise (MTC) pour l'acupuncture, médecine homéopathique, médecine ostéopathique, état modifié de conscience pour l'hypnose et la PNL, rapport corps-esprit pour la médecine affective. Ces MCA font appel à des concepts originaux de physiologie et de psychologie, d'abord diagnostique et de thérapeutique : circulation de l'énergie vitale pour la MTC, concept de similitude qui amène à la recherche d'un type sensible pour l'homéopathie, approche tissulaire de l'ostéopathie, modèle de l'inconscient comme réservoir de ressources pour l'hypnose et la PNL, existence d'une blessure émotionnelle pour la médecine affective. Chaque praticien convoque différemment ces modèles. Le paradigme dominant chez un praticien semble être une composition personnelle de plusieurs paradigmes en un système original, incluant le biomédical à différents degrés. Ce modèle personnalisé peut être la synthèse de systèmes variés ou l'agrégation, qui peut parfois demander un temps long d'assimilation (jusqu'à plusieurs années). La prédominance d'un système de pensée et de représentations est différente pour les trois profils. Le profil de l'exercice *complété* correspond à une utilisation des MCA davantage comme des recettes à visée symptomatique. La base de son expertise est biomédicale. Le profil *alterné* fait appel à deux modes de fonctionnement cognitif distincts : celui de la consultation dédiée et celui de la consultation classique. Les tentatives d'utilisation de la MCA dans la consultation classique peuvent devenir une source de tension et le cloisonnement peut être nécessaire.

Le profil *intégré* possède un seul système qui est une version personnalisée, synthèse de plusieurs modèles. Il utilise différents paradigmes soit de manière juxtaposée les uns aux autres soit, dans une forme originale, fruit d'une composition personnelle. Au premier plan, se situe un modèle prédominant (MTC, homéopathie, ostéopathie, psychanalyse, médecine affective, etc). La biomédecine est incluse parmi les autres.

Ces trois modalités (*complété*, *alterné*, *intégré*) semblent correspondre à la manière dont chaque médecin résout sa propre dissonance cognitive. Le niveau d'intégration de la MCA (*complété*, *alterné*, *intégré*) semble être le reflet du niveau de tension entre les deux pôles dissociation-intégration. A un pôle, on trouve le praticien qui commente sa pratique de MCA comme s'il parlait d'un autre, il est dissocié. A l'autre opposé, le paradigme « MCA » fait partie intégrante de sa cognition. Entre les deux et à différents degrés, on trouve le praticien qui alterne de l'une à l'autre, les tensions apparentes liées à la dissociation s'effaçant dans son discours. Les trois profils correspondent à des façons différentes de résoudre le conflit cognitif. Le *complété* ne prend pas en compte le paradigme des MCA, c'est un processus où le praticien ne parvient pas à inclure les oppositions des paradigmes. Il utilise les MCA à la manière des outils conventionnels, à visée symptomatique. La granule homéopathique, l'aiguille d'acupuncture, ou la technique d'hypnose sont utilisées comme un médicament pharmacologique bien que n'ayant pas de substrat moléculaire. *L'alterné* emprunte une voie dédoublée. Il convoque le paradigme biomédical dans sa consultation classique et le paradigme de sa MCA dans la consultation dédiée. *L'intégré* résout la dissonance en fondant les paradigmes. Les différentes cognitions peuvent entretenir entre elles trois types de relations : la dissonance, la consonance, ou la neutralité. La résolution de la dissonance cognitive implique la capacité du praticien d'adapter de façon plastique et naturelle les ambivalences des deux approches. L'enjeu de l'équilibre cognitif est majeur dans le sens où deux visions, deux paradigmes parviennent à cohabiter en soi alors que l'une et l'autre s'opposent et ne se comprennent pas (figure).



Ainsi le profil *alterné* serait dans une neutralité de par un cloisonnement des modes cognitifs, le profil *complété* dans une dissonance qu'il résout en utilisant les MCA comme des recettes ou des interventions sans nécessairement à avoir à convoquer le paradigme sous-jacent. Le profil *intégré* est dans une consonance où le niveau de tension interne se rapproche d'un conflit résolu.

Il en est, en quelque sorte, de même que pour l'apprentissage d'une langue. Bien que totalement étrangère, certains termes sont partagés à un niveau collectif (hello, bonsoir, shopping,...). Ils peuvent être utilisés d'une manière fonctionnelle et pragmatique sans rien connaître de la langue d'origine (profil *complété*). Une phase d'apprentissage permet de parvenir à un niveau d'autonomie suffisant pour passer d'une langue à l'autre. On parle une langue tout en réfléchissant dans les premiers temps dans la langue maternelle (profil *alterné*). Le bilinguisme correspond à une maîtrise suffisante permettant une cognition stabilisée où le passage d'une langue à l'autre ne rencontre plus de dissonance (profil *intégré*).

Le champ rationnel du diagnostic et de la décision thérapeutique ne pourrait résumer à lui seul la cognition du professionnel-médecin. La cognition ne concerne pas seulement le champ professionnel mais implique toutes les dimensions subjectives du médecin. La mémoire épisodique, l'intuition et même l'irrationnel (ses représentations de la maladie, ses croyances) prennent place dans ses mécanismes cognitifs dans une interrelation réciproque permanente.

Les représentations que le praticien a de la maladie et de la santé mais aussi ses croyances viennent trouver une place dans la pratique et infusent dans la vision du soin. Dire que les médecins utilisent l'irrationnel dans leur pratique n'est pas antinomique avec l'idée de rationalité. Elle est complémentaire. Ils sont AUCUN irrationnels dans le sens où ils convoquent dans leur démarche des processus subjectifs issus de leur passé.

La rencontre avec un paradigme différent de la vision biomédicale conduit à une réinterprétation pour chaque praticien de la représentation qu'il a de la maladie. Les paradigmes originaux convoqués par les praticiens ont en commun de décroquer les disciplines et d'aller vers une vision globale. Le modèle de Engel introduit dans les enseignements de médecine générale est observable chez les enquêtés sans être la conséquence d'un enseignement magistral. Ce regard n'est pas le fait d'un processus cumulatif d'approches biologique, psychologique et sociale. Il est la conséquence d'un prisme propre à chaque médecin de considérer la situation du soin dans lequel est incluse la maladie dans toutes ses composantes. Il semble plutôt comme le fruit d'une élaboration personnelle nécessaire à la pratique. C'est là un autre niveau d'intégration. Chacun à sa manière trouve le moyen, par une sorte de bricolage, d'intégrer toutes les dimensions de la personne (biologique, psychologique et sociale). Les MCA semblent constituer un moyen particulier de participer à cette réunion. La MTC, l'homéopathie, l'ostéopathie ou l'approche biomédicale étendue (à l'aromathérapie ou à une considération psychosomatique des rapports corps-esprit dans le Balint, la PNL et l'hypnose), donneraient des moyens d'équilibrer une cognition influencée en permanence par les expériences déjà vécues. L'approche est dans tous les cas intégrante et non simplement cumulative. Elle est par conséquent systémique et prend en compte les propriétés émergentes.

L'équilibre cognitif est lié à la question du sens pour le praticien. Le caractère objectif ou subjectif n'est pas fondamental en soi. La stabilité cognitive implique le respect des croyances et des représentations comme autant de composantes différenciées du microcosme du cerveau. La cohérence ne passe pas par un choix entre deux éléments mais par la considération des deux,

simultanément, malgré leur antinomie apparente. « On peut représenter le microcosme du cerveau comme une collection d'individus dans une pièce. Alors la conversation consciente est à longue distance, intégrée (c'est à dire que tout le monde y participe), complexe et différenciée (tout le monde garde sa personnalité). Dès qu'un de ces 3 paramètres est violé, on perd conscience ».

Les profils reflètent donc davantage une intention personnelle dans la proposition de traitement qu'une logique objective qui pourrait être isolée de celui qui l'a produite.

3. Le *yi*

Il s'agit de la psyché organique (*ben shen*) résidant dans la Rate-Pancréas et lui donnant par conséquent sa forme. Son idéogramme signifie « l'intention que celui qui parle met dans les sons qu'il profère ». Il correspond à la fois à la fonction cognitive d'idéation et de mémorisation mais de manière plus large à ce qui donne forme au propos de l'esprit. C'est par *yi* que la pensée s'incarne. A l'instar du verbe créateur dans la pensée chrétienne. De la direction dont il provient, la forme apparaît. De cette façon, le *yi* caractérise l'intention dans l'exécution des choses.

Le *yi* est également porteur de la capacité du système à engranger l'acquis, le mémoriser pour pouvoir le réutiliser. En cela, il est la psyché organique de ce qui permet la répétition des actions et des pensées. D'ailleurs en déséquilibre il pourra donner les obsessions tournées vers le passé, les idées fixes ou à l'inverse l'oubli, la perte de mémoire ou l'absence d'envie (dans le sens de l'appétence à vivre). Les déséquilibres du *yi* épuise le sang.

Le *yi* est de manière plus large porteur de la mémoire acquise consciemment et des habitudes de faire et de penser. Face à une expérience, il permet la première étape celle de la rencontre directe avec celle-ci.

4. Le *zhi*

Il s'agit de la psyché organique (*ben shen*) résidant dans le Rein et lui donnant par conséquent sa forme. Son idéogramme signifie « l'exécution des intentions, la réalisation d'un désir, l'intention dans l'exécution ». C'est la volonté. Autrement dit ce qui sous-tend l'action, la puissance de fond nécessaire à sa réalisation. De la même façon que le rein est à la source de toute l'énergie *yin* et *yang*, le *zhi* est la source fondamentale qui permet le passage dans la réalisation. C'est aussi la ténacité, le courage, l'esprit de décision. D'ailleurs en vide de rein cette volonté de fond s'amointrit comme au cours du vieillissement. Le *zhi* est également, de la même manière que le Rein, garant de la capacité à tenir ensemble le *yin* et le *yang*. C'est ainsi que le *zhi* permet de relier des choses opposées en soi, voir de marier des a priori. Il est, de ce fait, déterminant dans le jeu de résolution de la dissonance cognitive. Face à une expérience, il permet la dernière étape, celle de l'intégration une fois toutes les autres (ressenti, assimilation, tri, ...) opérées.

5. La dynamique *yi-zhi*

yi et *zhi* apparaissent comme les 2 psychés organiques impliquées dans la question de l'intention.

Le *yi* est la mise en forme de l'intention, sans laquelle toute action ou pensée serait comme une coquille vide. Le *zhi* porte l'enracinement de la puissance nécessaire à la réalisation sans laquelle le contenu de la coquille n'aurait que peu de consistance.

Il en est de même que la dialectique gnose et épistème ou encore savoir et connaissance. L'un est un référentiel en soi alors que l'autre est un référentiel pour soi. Le premier peut être emmagasiné et restitué tel quel (le savoir). L'autre a été métabolisé et intégré (la connaissance). Le savoir est quelque chose qui est acquis depuis l'extérieur. Il constitue en cela un référentiel externe. La connaissance est quelque chose qui est interne, teintée de la subjectivité. Elle donne la solidité des repères profonds, de la même manière que le squelette l'est, sous l'égide du Rein. Il constitue un référentiel interne. De la manière dont peut prédominer le référentiel interne ou externe chez le praticien, l'intention se dessinera. Les 2 référentiels ne sont pas cloisonnés. L'un est en transition vers l'autre. Plus le savoir émis est enraciné, plus puissante peut être la portée de l'action.

6. L'intention en fonction du niveau d'intégration du praticien

Voici une proposition de relecture de la résolution de la dissonance cognitive à la lumière de la MTC et de ces 2 psychés organiques (*yi-zhi*).

Suivant les profils (*complété, alterné, intégré*), il peut y avoir une prédominance du référentiel externe ou interne, et par conséquent une prégnance du *yi* ou du *zhi*. Le praticien peut disposer de suffisamment de *zhi* pour que la pratique soit intégrée ou bien être à une des étapes du processus.

Dans le profil *complété*, la prédominance du modèle biomédical et l'utilisation des différents outils à des fins symptomatiques laisse penser que le référentiel est issu de la formation initiale biomédicale. L'intention part d'une manière allopathique d'utiliser les outils des MCA. La forme de l'action porte celle du biomédical. Le praticien fait appel à du savoir épistémé (recettes, protocoles, standards) pour intégrer les MCA dans son exercice. Le *zhi* est porté sur la référence biomédicale. Le savoir est en cours de « digestion » des nouvelles données. Il en est comme d'un champ avec des éléments nouveaux gravitant autour. La MCA a été rencontrée mais n'est pas encore intégrée au système cognitif. Le praticien semble la vivre comme un référentiel externe. Il n'en a pas encore fait sa culture (référentiel interne).

Dans le profil *alterné*, il n'y a pas de prédominance d'un mode sur l'autre. C'est l'espace et le temps dédié qui convoque le mode nécessaire. L'intention part d'une manière allopathique ou MCA. Le paradigme de MCA peut être totalement intégré pour le praticien, mais un cloisonnement demeure indispensable pour lui. Le *yi* et le *zhi* sont en équilibre. L'un soutenant l'autre. Le *zhi* peut être éprouvé dans la capacité du Rein à faire tenir ensemble les deux. Le praticien a deux champs cognitifs qu'il occupe au besoin.

Dans le profil *intégré*, il n'y plus aucune dichotomie. Le savoir issu de la pratique de la MCA a été fait sien par le praticien. Le savoir est intégré au point d'avoir acquis le rang de culture pour lui. Il n'a qu'un seul champ cognitif. Son pivot est son référentiel interne. L'intention prend forme du *yi* puissamment enraciné dans son *zhi*.

7. Progression d'une hétéronomie vers une autonomie dans la pratique ?

Le processus d'intégration a lieu à 2 niveaux. Le praticien intègre des valeurs, des motivations, des croyances et des représentations. A cela vient s'ajouter, la prise en considération des contraintes extérieures (normes, déontologie, pairs dans la profession, résultats de la recherche dans le domaine). Chaque praticien opère en soi une transition vers un espace élargi et vers une autonomie qui respecte son équilibre cognitif. Passer de l'hétéronomie à l'autonomie est un processus profond sous l'égide du *zhi*.

L'intention semble donc intimement liée à la notion de culture. La culture dans le sens du savoir et la culture dans le sens de la connaissance. L'un l'autre semble venir nourrir la capacité à l'action et la pensée. On peut étendre cela au fait que la culture portée au moment du geste, le nourrit. On pourrait le résumer par la maxime « *là où l'intention se porte, l'énergie va* ».

Comme les neurosciences le suggèrent au sujet de la dissonance cognitive, ce ne sont pas les valeurs qui sont remises en cause dans le mode de résolution de la dissonance, mais plutôt le discours subjectif élaboré par le sujet. C'est donc davantage sur l'expression *yi* de l'intention (la forme du discours subjectif) que se situe les ajustements plutôt que ce sur quoi s'architecture la cognition (les valeurs) qui sont davantage sous la dépendance du *zhi*.

V. Conclusion

Au-delà des outils, des approches et des paradigmes, l'intégration d'une MCA à l'exercice médical semble surtout guidée par l'intention du praticien. L'intention apparaît comme le fruit de l'appropriation de la culture que le praticien emprunte et qu'il parvient à faire sienne, tout autant que le niveau d'acceptabilité de cette hybridation qui participe, dans l'exercice médical, à son juste équilibre.

Docteur Lukasz JABLONSKI

Médecin généraliste - Praticien en shiatsu, acupuncture, aromathérapie et hypnose.

2 Rue de Jussieu prolongée 76100 ROUEN

lukaszjablonskimedecin@gmail.com

Bibliographie :

1. BOUCHAYER, F., « Les voies du réenchantement professionnel. In Aïach P, Fassin D. Les métiers de la santé, enjeux de pouvoir et quête de légitimité. Paris, Anthropos-Economica. 1994. p 201 »
2. COHEN, P. et al., Cancer et pluralisme thérapeutique : enquête auprès des malades et des institutions médicales en France, Belgique et Suisse, Paris, France, l'Harmattan, 2015.
3. André FAUBERT. Traité didactique d'acupuncture traditionnelle.
4. GUEGUEN, J., Évaluation des médecines complémentaires: quels compléments aux essais contrôlés randomisés et aux méta-analyses ?, Thèse de doctorat, France, Université Paris-Saclay, 2017.
5. NACCACHE, L. et al., « Comment notre cohérence subjective se construit-elle ? Le modèle de la dissonance cognitive », Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine, février 2015, vol. 199, n° 2-3, pp. 253-259.
6. NACCACHE Lionel « Que sait-on de l'inconscient en 2017 », s.d., disponible sur <https://www.youtube.com/watch?v=8N7cp86YmVQ&list=UL8N7cp86YmVQ&index=608>.
7. SUISSA, V., GUERIN, S. et DENORMANDIE, P., Médecines complémentaires et alternatives, pour ou contre ? Regards croisés sur la médecine de demain, s.l., Michalon, 12 septembre 2019.
8. ODOUL Michel. Shiatsu Fondamental. Dunod. 2018
9. TRÄGER, S., « Place des pratiques non conventionnelles à visée thérapeutique dans l'organisation médicale », Sciences Sociales et Santé, décembre 2015, n° 4, pp. 99–104.
10. « Cinq chiffres pour comprendre les médecines complémentaires et alternatives », Le Monde.fr, 31 août 2016, disponible sur https://www.lemonde.fr/sante/article/2016/08/31/cinq-chiffres-pour-comprendre-les-medecines-complementaires-et-alternatives_4990659_1651302.html.
11. « De quoi les médecines complémentaires et alternatives sont-elles le nom ? », France Assos Santé, 31 mai 2018, disponible sur <https://www.france-assos-sante.org/2018/05/31/de-quoi-les-medecines-complementaires-et-alternatives-sont-elles-le-nom/>.