



Collection
**SANTÉ ET
SOCIÉTÉ**

Pour une **approche** **intégrée** en **santé**

Vers un nouveau paradigme

Jean-Claude MAGNY
Gilles HARVEY
Yves LÉVESQUE
Daniel KIEFFER
Anne TAILLEFER
Denis FOURNIER

Préface de Jean P. BOUCHER



Presses
de l'Université
du Québec



**Pour
une** **approche**
intégrée
en **santé**

PRESSES DE L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC
Le Delta I, 2875, boulevard Laurier, bureau 450
Québec (Québec) G1V 2M2
Téléphone : 418-657-4399 ■ Télécopieur : 418-657-2096
Courriel : puq@puq.ca ■ Internet : www.puq.ca

Diffusion / Distribution :

CANADA et autres pays

PROLOGUE INC.
1650, boulevard Lionel-Bertrand
Boisbriand (Québec) J7H 1N7
Téléphone : 450-434-0306 / 1 800 363-2864

FRANCE

AFPU-DIFFUSION
SODIS

BELGIQUE

PATRIMOINE SPRL
168, rue du Noyer
1030 Bruxelles
Belgique

SUISSE

SERVIDIS SA
Chemin des Chalets
1279 Chavannes-de-Bogis
Suisse



La *Loi sur le droit d'auteur* interdit la reproduction des œuvres sans autorisation des titulaires de droits. Or, la photocopie non autorisée – le « photocopillage » – s'est généralisée, provoquant une baisse des ventes de livres et compromettant la rédaction et la production de nouveaux ouvrages par des professionnels. L'objet du logo apparaissant ci-contre est d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit le développement massif du « photocopillage ».

**Pour une approche
intégrée
en santé**

Vers un nouveau paradigme

**Jean-Claude MAGNY
Gilles HARVEY
Yves LÉVESQUE
Daniel KIEFFER
Anne TAILLEFER
Denis FOURNIER**

Préface de **Jean P. Boucher**

2009



Presses de l'Université du Québec

Le Delta I, 2875, boul. Laurier, bur. 450
Québec (Québec) Canada G1V 2M2

*Catalogage avant publication de Bibliothèque
et Archives nationales du Québec et Bibliothèque et Archives Canada*

Vedette principale au titre :

Pour une approche intégrée en santé : vers un nouveau paradigme

(Collection Santé et société)

Comprend des réf. bibliogr.

ISBN 978-2-7605-1589-5

1. Soins intégrés de santé. 2. Médecines parallèles. I. Magny, Jean-Claude. II. Collection.

R729.5.H4P68 2008

610.69

C2008-941530-2

Nous reconnaissons l'aide financière du gouvernement du Canada
par l'entremise du Programme d'aide au développement
de l'industrie de l'édition (PADIE) pour nos activités d'édition.

La publication de cet ouvrage a été rendue possible
grâce à l'aide financière de la Société de développement
des entreprises culturelles (SODEC).

Mise en pages : INFOSCAN COLLETTE-QUÉBEC

Couverture – Conception : RICHARD HODGSON

(Œuvre : LOUISE RICHARD (2008), *Impulsion n° 6*, Acrylique (25 cm × 12,5 cm))

1 2 3 4 5 6 7 8 9 PUQ 2009 9 8 7 6 5 4 3 2 1

Tous droits de reproduction, de traduction et d'adaptation réservés

© 2009 Presses de l'Université du Québec

Dépôt légal – 1^{er} trimestre 2009

Bibliothèque et Archives nationales du Québec / Bibliothèque et Archives Canada

Imprimé au Canada

Préface

Depuis plus de soixante ans, la santé se définit en tant qu'état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. Cette définition, que s'est appropriée et qu'a bonifiée l'Institut Santé et société¹, a été proposée en 1946 lors de la constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, l'OMS². Malgré l'appropriation de cette définition par un bon nombre d'organisations et d'organismes, la recherche consacrée à la santé s'inscrit toujours en grande partie dans le paradigme médical s'appuyant sur des méthodes expérimentales appliquées dans un contexte clinique, dit traditionnel, centré sur le symptôme et non la personne. Il n'en demeure pas moins que, dès 1974, le rapport Lalonde³ du gouvernement canadien proposait une conception globale de la santé attribuant la même poids à l'organisation des soins qu'à la biologie humaine, qu'à l'environnement et qu'aux habitudes de vie. Cette approche, dite intégrée, de la santé doit prendre en compte l'ensemble des déterminants de la santé et leurs interactions. Elle est tenue

-
1. «Mission», 15 octobre 2008, Université du Québec à Montréal, Institut Santé et société, <www.iss.uqam.ca/pages/mission.asp>, consulté le 23 octobre 2008.
 2. Préambule adopté par la Conférence internationale sur la santé (19 au 22 juin 1946, New York), signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 États (Actes officiels de l'Organisation mondiale de la santé, n° 2, p. 100) et entré en vigueur le 7 avril 1948 à la Constitution de l'Organisation mondiale de la santé.
 3. Canada, *Nouvelle perspective de la santé des Canadiens. Un document de travail*, Ottawa, Approvisionnement et Services Canada, 1974. Rédigé par Marc Lalonde, ministre de la Santé nationale et du Bien-être social.

aussi, et surtout, d'assurer la participation de tous les acteurs impliqués de manière concertée, voire intégrée : les patients, les praticiens, les chercheurs et l'État.

D'autre part, on constate depuis les années 1970, au Québec comme ailleurs, une réémergence⁴ de l'intérêt de la population pour les médecines dites alternatives et complémentaires ou non conventionnelles, les MAC ou les MNC. Ce phénomène croissant s'inscrit dans un vaste mouvement qui ne peut plus être défini comme marginal et qui 1) exprime une certaine insatisfaction⁵ envers des soins compartimentés, 2) réclame des soins qui s'inscrivent dans une vision plus globale et qui sont également plus préventifs que curatifs, et 3) craint les effets secondaires et les risques des traitements dits conventionnels. Ce courant revendique aussi le droit d'utiliser toutes les options thérapeutiques et de participer davantage aux décisions du système de santé⁶. Dans les faits, il arrive trop souvent qu'une personne consulte différents intervenants qui agissent en vase clos, chacun selon sa spécialité et son paradigme de la santé, sans tenir compte des autres avis ou interventions. Cette réalité s'imposant, la nécessité de développer une nouvelle vision a fait surface et a donné naissance à une approche intégrée en santé centrée sur la personne, l'AIS.

Enfin, que l'on pense à une intégration des disciplines contributives au secteur de la santé, ou à l'intégration de tous les déterminants pour une meilleure compréhension de l'état de santé ou, encore, à l'intégration de différents types de médecine, un fait apparaît évident : il est grandement temps de se pencher sur l'élaboration d'un nouveau paradigme en santé. L'ouvrage proposé ici, intitulé *Pour une approche intégrée : vers un nouveau paradigme en santé*, m'apparaît alors très opportun et des plus pertinents.

-
4. D. Fournier, «Évolution historique de la pensée homéopathique», chap. 4, p. 83-92, EESHQ, 1992.
 5. G. Baril et B. Laplante, *La culture scientifique et les choix reliés à la santé*, rapport de recherche, Montréal, Université du Québec à Montréal, Institut national de la recherche scientifique, INRS – Culture et société, 1997.
 6. E. Ernest, «Nine possible reasons for choosing complementary medicines», *Perfusion*, vol. 8, p. 358-359, 1995.
Vincent, C. 1994. «The perceived efficacy of complementary and orthodox medicine : primary findings and the development of a questionnaire». *Complementary Therapies and Medicines*, vol. 2, p. 128-134.

Je félicite l'initiative du Groupe de recherche en approche intégrée en santé de l'Université du Québec à Montréal (GRAIS) d'avoir préparé un tel ouvrage qui propose un renouveau souhaité du paradigme en santé. Je suis convaincu que ce livre représente une contribution importante qui servira d'assise québécoise pour le développement d'une démarche partenariale de santé intégrée centrée sur la personne ainsi que sur son développement intégral et son bien être.

Jean P. Boucher, Ph. D

FACSM

Professeur titulaire et directeur

Institut Santé et société

Avant-propos

LE GROUPE DE RECHERCHE EN APPROCHE INTÉGRÉE EN SANTÉ (GRAIS)

Le GRAIS est un collectif de professeurs du Département de kinanthropologie qui s'est donné pour objectif de participer au développement d'un nouveau paradigme en santé, avec les autres chercheurs de l'Université du Québec à Montréal intéressés à faire avancer ce secteur de recherche.

Le GRAIS vise de façon plus particulière l'intégration des approches dites non conventionnelles en médecine, connues au Canada sous le vocable de médecines alternatives et complémentaires (MAC), aux grands courants dans le domaine de la santé.

Les recherches conduites par ce collectif portent sur l'action des acteurs sociaux œuvrant dans ce secteur de la santé et poursuivent deux ensembles d'objectifs :

- des objectifs fondamentaux visant à mieux connaître les concepts véhiculés en MAC, afin de les rendre plus compréhensibles et acceptables par le monde universitaire ;
- des objectifs opérationnels, visant à produire des connaissances utiles à l'amélioration des interventions et au développement des compétences professionnelles dans ce domaine.

De façon générale, on peut regrouper les travaux de recherche scientifiques en deux grands groupes :

- ceux en recherche fondamentale, élaborant des savoirs théoriques ou savants, de nouveaux champs d'investigation ;

- et ceux en recherche appliquée mettant en pratique des connaissances théoriques déjà validées ou en voie de l'être.

On distingue par contre trois formes de recherche appliquée :

- la recherche évaluation,
- la recherche intervention, et
- la recherche développement.

Cette dernière forme de recherche a pour but de créer des instruments répondant à des besoins particuliers d'un milieu quelconque.

En recherche-développement, le choix de l'objet de recherche prend plus de sens lorsque la recherche s'effectue avec les éventuels utilisateurs de l'instrument. On parlera alors de recherche-collaboration ou de recherche-action.

C'est cette dernière forme de recherche que les chercheurs du GRAIS ont retenue.

Les principaux collaborateurs et partenaires du GRAIS viennent de l'Institut santé et société et du Département de kinanthropologie. Ce sont les professeurs suivants :

- Gilles Harvey, Ph. D.
- Alain S. Comtois, Ph. D.
- Jean P. Boucher, Ph. D.
- Victor Frak, M.D., Ph. D.
- Jean-Claude Magny, n.d, Ph. D.

Et dans le réseau alternatif et complémentaire en santé :

- l'École d'enseignement supérieur de naturopathie (Québec) ;
- le centre Écosanté de Montréal (Québec) ;
- le Centre de santé et d'harmonie du Richelieu (Québec) ;
- le Centre de recherche et d'éducation en prévention active (Québec) ;
- la Maison de la santé (Québec) ;
- le Laboratoire d'évaluation des indices de santé (Québec) ; et
- le Collège européen de naturopathie traditionnelle holistique (France).

Table des matières

PRÉFACE	VII
AVANT-PROPOS	XI
CHAPITRE 1	
NOUVEAU REGARD SUR LE CONCEPT DE SANTÉ	1
<i>Jean-Claude MAGNY</i>	
1. Les définitions de l' AIS	3
2. C'est quoi, la santé ?	4
3. Pour un véritable changement de paradigme en santé	5
4. Vers une vision « énonctionniste » en santé	7
4.1. Première étape : la détection, par l'hypothalamus, des stimuli internes et externes et la mise en branle de différentes réactions de survie	11
4.2. Deuxième étape : l'ajustement des comportements par le cerveau limbique	11
4.3. Troisième étape : la prise de décision par le néocortex	12
5. Stratégie d'application de l'approche intégrée en santé	19
5.1. Une démarche éducative	19
5.2. Une démarche de terrain	20
5.3. Une démarche fonctionnelle	21
5.4. Une démarche pathologique	22
Conclusion	23
Bibliographie	25

CHAPITRE 2

VERS UNE APPROCHE INTÉGRÉE EN SANTÉ 27
Gilles HARVEY

1. Les fondements de l’approche intégrée 27
 - 1.1. Essai historique pour une approche intégrée en santé 27
 - 1.2. L’approche intégrée, nouveau paradigme du XXI^e siècle? .. 28
 - 1.3. Qu’en penser? 29
2. L’approche intégrée et ses enjeux 30
 - 2.1. Vocabulaire et rigueur..... 30
 - 2.2. L’intégration de la prévention, de l’éducation
 et de la guérison..... 32
 - 2.3. La personne au cœur de l’action 33
3. Réflexion personnelle 35

Conclusion 37
 Bibliographie..... 38

CHAPITRE 3

LES COMPOSANTES DE L’APPROCHE INTÉGRÉE EN SANTÉ (AIS)
Une clinique médicale en approche intégrée en santé..... 41
Yves LÉVESQUE

1. Le pilier métabolique 45
2. Le pilier structurel 49
3. Le pilier psychologique..... 52
4. Le pilier énergétique..... 54

Conclusion 56

CHAPITRE 4

MÉDECINE INTÉGRATIVE ET NATUROPATHIE HOLISTIQUE 57
Daniel KIEFFER

1. Les fondements de l’AIS..... 57
 - 1.1. Des impératifs pratiques : les nouvelles exigences
 des consommateurs de soins de santé 57
 - 1.2. Des constats techniques : la mise en échec relatif
 de la médecine allopathique 58
 - 1.3. Une mouvance philosophique : l’influence de
 la systémique et de l’holistique en sciences humaines 59
2. En quoi ce courant est-il différent des autres
 concepts de santé?..... 60

3. Ma conception de l' AIS	64
4. Les vocations du naturopathe.....	65
4.1. L'importance d'un corps professionnel d'éducateurs de santé de haut niveau.	66
4.2. La position de l'OMS et du Conseil de l'Europe est favorable.	67
5. Comment j'applique l' AIS concrètement dans ma démarche clinique au quotidien.....	69
6. La naturopathie : le « chaînon manquant » dans le panorama de la santé publique européenne	72
7. Une stratégie novatrice pour la santé publique et pour l'économie sanitaire	78
Conclusion	80
Bibliographie.....	81

CHAPITRE 5

INTÉGRATION OU SUBORDINATION ?

<i>Le cas singulier de la médecine homéopathique au Québec</i>	83
<i>Anne TAILLEFER et Denis FOURNIER</i>	
1. L'état de la question	84
2. D'abord, de quoi parle-t-on ?	86
2.1. À propos de MAC et de MNC	86
2.2. Qu'est-ce que « l'intégration » ?.....	88
3. Intégrer ou réintégrer la médecine homéopathique ?	90
3.1. La présence de la médecine homéopathique dans l'histoire et sa résistance	91
3.2. La situation sociopolitique actuelle de l'homéopathie au Québec	96
4. Les modèles théoriques appliqués à l' AIS.....	99
5. Les obstacles actuels à une AIS au Québec	100
5.1. La professionnalisation des homéopathes	100
5.2. La recherche en médecine homéopathique	101
5.3. La publication des recherches en homéopathie.....	105
5.4. L'enseignement de l'homéopathie.....	106
5.5. Les conditions nécessaires à une forme d'intégration de la médecine homéopathique	108
Conclusion	109
Bibliographie.....	110

CONCLUSION 123

LES AUTEURS 125

NOUVEAU REGARD SUR LE CONCEPT DE SANTÉ

Jean-Claude MAGNY

Professeur invité au Département de kinanthropologie

Université du Québec à Montréal (UQAM)

Membre du Groupe de recherche en approche intégrée en santé (GRAIS-UQAM)

Depuis les années 1970, on observe un peu partout dans le monde un intérêt grandissant pour les médecines dites alternatives et complémentaires (MAC), aussi qualifiées de « populaires », « douces », « naturelles », « différentes » ou « parallèles ».

Dans un document de travail portant sur la stratégie à adopter pour une éventuelle intégration de ces autres médecines, l'Organisation mondiale de la santé (OMS, 2002) privilégie l'expression de « médecines traditionnelles » (MT) lorsqu'elle parle des approches en santé propres à une nation ou à un peuple en particulier, comme c'est le cas de la médecine traditionnelle chinoise, ayurvédique de l'Inde ou amérindienne des Premières Nations de l'Amérique du Nord. Tandis qu'elle utilise l'expression « médecines non conventionnelles » (MNC) pour les autres formes de MAC dont l'origine n'est pas propre à un peuple (p. ex., la naturopathie, l'homéopathie, etc.)

L'usage des « médecines traditionnelles », selon l'OMS, se limite à ces pays où la population leur réserve une place assez importante pour se soigner. Pour ce qui est des pays occidentaux, il y est plutôt question des MNC ou médecines alternatives et complémentaires (MAC) qui sont en quelque sorte un amalgame de différents concepts découlant des médecines traditionnelles et de la médecine officielle. On peut dire qu'en Occident l'usage des MAC se fait de façon plus ou moins officielle, en marge des lois régissant la pratique médicale officielle courante.

Cet intérêt croissant pour ces façons différentes de soigner semble s'inscrire dans un vaste mouvement qu'on ne peut plus qualifier de marginal. En effet, selon une étude faite par l'INRS-Culture et Société (Baril et Laplante, 1997), cet engouement exprime une certaine insatisfaction face à la médecine officielle, à laquelle on reproche une approche déshumanisante à vision matérialiste et analytique qui robotise, compartimente l'organisme humain. Enfin, une médecine, dont les traitements entraînent souvent des effets secondaires nuisibles.

Le moins que l'on puisse dire, c'est que ce mouvement en faveur tant des médecines traditionnelles (MT) que des médecines alternatives et complémentaires (MAC) commence à modifier de façon significative les habitudes de consommation de soins de santé, des populations. On assiste en quelque sorte à l'émergence non pas d'une médecine à deux vitesses, publique et privée, mais d'une médecine conventionnelle officielle et d'une médecine non conventionnelle, plus ou moins tolérée. Un des indicateurs de ce changement, c'est que de plus en plus de gens consultent à la fois les médecins officiels et les praticiens du réseau alternatif et complémentaire en santé. Malheureusement, chacun de ces intervenants traite les problèmes de santé en vase clos, selon des conceptions et interventions complètement différentes d'une approche à l'autre.

C'est pourquoi, aux quatre coins de la planète, décideurs et professionnels de la santé se penchent de plus en plus sur l'intégration de ces pratiques et sur les questions d'innocuité, d'efficacité et de disponibilité de toutes ces autres médecines, lesquelles sont plus ou moins encadrées par les gouvernements. Devant cette réalité est apparue la nécessité de développer une approche différente en santé, qui tienne compte de ces MT et de ces MAC ou MNC, longtemps boudées par la médecine officielle, un mouvement s'insérant dans un nouveau courant en santé, qualifié par ses défenseurs « d'approche intégrée en santé » (AIS).

1. LES DÉFINITIONS DE L'AIS

Différentes définitions sont données à l'AIS. Pour les chercheurs Well et Synderman (2002) de l'Université Harvard: «L'AIS est la combinaison du meilleur de la médecine classique et des médecines alternatives et complémentaires (MAC) pour lesquelles la médecine officielle dispose de preuves scientifiques et de garanties suffisantes relatives à leur sécurité et à leur efficacité.»

Malheureusement, cette vision est loin d'un changement véritable de paradigme en santé. Car elle reste étroitement liée aux fondements d'une approche biomédicale «allopathique», défendant le principe des contraires dans sa démarche clinique. Une approche opposant le concept de santé à celui de maladie, où l'on réprime les symptômes à coups «d'anti»: anti-inflammatoire, antibiotique, antidépresseur, antidouleur, etc. Une médecine qui fait la lutte à des maladies répertoriées selon une nosologie qui lui est propre et reposant sur des preuves dites scientifiques selon les principes de *Evidence Based Medicine* (1992).

On peut dire d'une telle approche intégrée en santé qu'elle se résume à une simple récupération de certains principes des MT ou des MAC par la médecine officielle. Cette dernière cherchant à assimiler d'autres modes d'intervention, en puisant dans la boîte à outils des MT et des MAC.

Il existe une autre vision biomédicale de l'approche intégrée en santé ne visant pas la récupération ou l'assimilation des MT ou des MAC. Il s'agit d'une approche offrant simplement aux patients souffrant d'un problème de santé nécessitant l'intervention de plusieurs intervenants des services de soins «intégrés» ou centralisés. C'est le cas des centres intégrés en oncologie, en cardiologie ou encore des centres de la douleur. Dans ces endroits se côtoient divers spécialistes du problème de santé concerné: médecins spécialistes, nutritionniste, psychologue, ergothérapeute et bien d'autres intervenants, parfois même certains praticiens en MT ou MAC déjà reconnus légalement au Québec, comme l'acupuncture et la chiropraxie, ou ailleurs au Canada, comme la naturopathie

Enfin, il se dessine à l'horizon une autre façon de voir l'approche intégrée en santé. Il s'agit de celle qui permet d'aborder l'être humain de façon plus «globale» et «holistique» et non pas seulement d'un point de vue simplement thérapeutique, par des systèmes de soins conventionnels

ou non conventionnels, c'est-à-dire une approche ayant une perspective systémique, tenant compte de l'interaction et de la complémentarité de différentes disciplines.

Cette démarche propose une stratégie efficace qui permet d'aborder les différents problèmes auxquels est confronté le système de santé actuel, tout en tenant compte des différents moyens mis à sa disposition, y compris les MT et les MAC. Elle privilégie une vision d'inclusion et non d'exclusion. C'est cette dernière vision que nous avons retenue au GRAIS.

2. C'EST QUOI, LA SANTÉ ?

Avant de parler de cette vision partenariale de l'AIS telle que nous l'envisageons, précisons ce que veut dire pour nous le concept même de santé.

En 1946, lors de sa constitution, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) définissait la santé comme «un état de complet bien-être physique, psychique et social et pas seulement une absence de maladie et d'infirmité».

Cette définition avait comme intérêt de rappeler que l'être humain n'est pas seulement fait d'un corps physique. Elle établissait l'importance des trois dimensions complémentaires, à savoir biologique, psychologique et sociale.

Malheureusement, cette définition a été largement critiquée, à cause même de cette trilogie «bio» corps, «psycho» esprit, «social» milieu, et aussi parce que les notions de santé et de maladie y étaient trop amalgamées. N'est-ce pas vrai qu'on peut diagnostiquer une maladie chez une personne qui se pense en bonne santé et vice versa ? En d'autres mots, d'un point de vue purement médical, une personne peut être dans un état de bien-être ou de mal-être, alors qu'il y a absence ou présence de maladie.

Une autre critique faite également par les détracteurs de cette définition, c'est de voir la santé comme un «objectif» ou un «but» à atteindre. Cela laisse croire qu'à un moment donné de la vie on peut accéder une fois pour toutes à cet état.

Cette vision idéaliste de l'OMS fut néanmoins confirmée lors de sa conférence mondiale en 1976, qui avait pour thème «La santé pour tous en l'an 2000».

Nous voici arrivés en 2007 et cet objectif est loin d'être atteint. Et jamais il ne le sera, à moins de trouver la fontaine de Jouvence.

Malgré ces critiques, on peut dire que la définition de la santé proposée par l'OMS a permis de mettre en lumière cette complémentarité entre les composantes « corps », « esprit » et « milieu » dans le bon fonctionnement de l'organisme humain. Car, comme nous le verrons plus loin, pour nous santé et maladie, comme bien-être et mal-être, ne sont pas des concepts qui s'opposent, mais bien un tout indissociable.

Ainsi, cette définition de l'OMS a eu pour mérite de faire prendre conscience que l'état de santé ou de maladie, de bien-être ou de mal-être, dépend de ces trois facteurs complémentaires bio, psycho et social. En d'autres mots, que la notion de santé, en plus d'être la résultante d'un état « fonctionnel » ou de bon fonctionnement de différents organes regroupés pour exercer des fonctions, dépend d'un contexte environnemental (temporel, culturel et social) véhiculant un système de valeurs individuel et collectif.

C'est ce contexte que vise Dubos (1965) lorsqu'il écrit : « La santé n'est pas seulement un jugement de réalité, mais aussi un jugement de valeur. »

3. POUR UN VÉRITABLE CHANGEMENT DE PARADIGME EN SANTÉ

Comme nous venons de le dire, la santé doit être considérée plutôt comme un état dynamique susceptible de subir des influences tant positives que négatives selon la représentation que chacun de nous fait de SA réalité.

Ainsi, la santé ne résulte pas seulement de conditions hygiéniques ou de déterminants biologiques et génétiques, ni des seuls comportements qualifiés de facteurs de risque. La santé est également tributaire de bien d'autres variables contribuant à la construction de la perception que nous avons chacun de cet état qui gouverne nos comportements ou nos habitudes de vie.

C'est dans cette perspective que l'état de santé d'un sujet est multifactoriel. Il dépend aussi bien de son contexte social, ou milieu de vie, que de son niveau de revenu, de l'estime qu'il a de lui-même. Car n'est-il pas vrai que le chômage et la précarité d'emploi sont autant de freins à cette santé globale ? Cela à cause de mécanismes multiples, comme

la diminution de l'accessibilité aux structures de soins et le manque d'hygiène. La désinsertion sociale ou l'isolement physique et moral sont aussi d'autres sources de ce mal-être.

On peut aussi dire que les nouveaux modes de vie entraînant des modifications importantes dans les structures environnementales et familiales posent également de nos jours de graves problèmes ayant un impact sur cet état de santé globale des populations et des écosystèmes qui le conditionnent.

Selon Porter (1997), la médecine a fondé jusqu'à présent sa réflexion sur l'étude de certaines variables objectives dites dépendantes. Elle a adopté une approche probabiliste et matérialiste dans une logique linéaire de «cause à effet». Malheureusement, les choses ne sont pas aussi simples qu'elles semblent l'être. Car «l'état de santé» d'un individu est le fruit de multiples facteurs, dont certains sont prévisibles et d'autres pas.

Pour Sorochan et Bender (1979), les composantes de la santé peuvent être regroupées sous différents aspects variables et invariables. Ainsi, les modèles de soins de santé qui visent uniquement la modification des comportements ou des habitudes de vie et des facteurs environnementaux nuisibles à la santé devraient revoir leur position à la lumière d'une conception plus multidimensionnelle et dynamique de la vie et de l'état de santé qui en découle. En d'autres mots, ce qu'il faut retenir, c'est que notre état de santé n'est pas tributaire d'une seule composante, aussi importante soit-elle, mais qu'il change constamment tout au long de notre vie.

Par ailleurs, plusieurs des facteurs influençant cet état de «santé globale» le font par le jeu des interprétations subjectives de la réalité que nous proposons nos sens et notre cerveau. Dans cette perspective, le praticien de santé qui cherche à développer chez l'individu de nouvelles habitudes de vie se doit de tenir compte des interprétations découlant des croyances et conceptions de son patient.

On peut dire que la santé est d'abord et avant tout une question de perception et d'interprétation de la réalité. Cependant, elle ne doit pas être un conditionnement opérant un lavage de cerveau, mais un apprentissage, c'est-à-dire une compréhension des événements de la vie. Un apprentissage à faire des choix raisonnés et volontaires des décisions ayant un impact sur notre qualité de vie et celle de notre environnement physique et social. Non seulement un simple désir de faire des changements, mais aussi celui de mener des actions concrètes pour évoluer et

entretenir la vie en nous et sur notre planète. D'où la complémentarité d'une approche globale, centrée sur l'individu et une approche holistique tenant compte du milieu de vie et de bien d'autres facteurs externes.

Or, si nous faisons abstraction de quelques initiatives isolées, nous sommes obligés d'admettre que la majorité des stratégies appliquées en matière de santé adopte généralement une démarche purement comportementaliste ou béhavioriste. Une démarche dans laquelle les choix sont faits souvent à la place du sujet qui n'a plus de questions à se poser ni à penser par lui même.

C'est pourquoi, à la lumière des connaissances actuelles, nous pensons qu'il faut retenir une conception plus constructiviste et plus phénoménologique de la santé, une conception tenant compte des trois composantes corps, esprit et milieu, une vision qualifiée par certains auteurs d'« énactionniste ».

4. VERS UNE VISION « ÉNACTIONNISTE » EN SANTÉ

Tenant compte des trois composantes corps, esprit et milieu, Golberg *et al.* (1979) identifient trois visions ou modèles en santé :

- a) **une vision perceptuelle** présentant la santé comme la perception d'un certain état de bien-être, subjectif, selon les circonstances et la personne concernée, où chaque individu est responsable de l'évaluation qu'il fait de son état de bien-être ou de mal-être, de santé ou de maladie ;
- b) **une vision adaptative** présentant la santé comme l'ajustement réussi d'un organisme autonome capable de trouver ou de retrouver un certain équilibre de ses fonctions (homéostasie), à la suite d'une action ou stimulation quelconque venant du milieu interne ou externe ;
- c) **une vision fonctionnelle**, présentant la santé comme cette capacité de bien fonctionner d'un organisme vivant, l'état optimal d'un individu capable d'accomplir pleinement et efficacement les rôles et les tâches pour lesquels il a été organisé structurellement et socialement.

De nos jours, toujours selon Golberg, un grand nombre d'intervenants en santé semblent privilégier une vision purement fonctionnelle, plus objective à leurs yeux. Une telle vision est rattachée au courant biomédical et positiviste, dominant en science.

Rappelons qu'Auguste Comte est le premier des positivistes (Lemoigne, 1995). On lui doit cette conception qui a permis la classification des sciences et les bases de la méthode analytique inspirée de Descartes. Méthode que Claude Bernard viendra plus tard conceptualiser par sa méthodologie hypothético-déductive, de cause à effet. Il disait que le mot « positif » désignait le réel.

Ainsi le courant positiviste en science étudie la réalité ou l'objectivité. Mais de quelle réalité s'agit-il véritablement ? Celle de l'expérimentateur ? Ou celle de l'actualité incommensurable qui n'est accessible qu'indirectement par nos sens ?

Les trois visions ou conceptions de la santé de Golberg ont évolué malheureusement de façon isolée et linéaire, c'est-à-dire prises individuellement et opposant chacune deux pôles.

Prenons d'abord **la vision fonctionnelle** où l'on trouve, d'un côté, l'état de santé, et, de l'autre, l'état de maladie, ou celui d'un bon fonctionnement ou d'un dysfonctionnement organique. Ce modèle reflète seulement l'état physiologique d'un individu à un moment donné de sa vie.

Fonctionnel (+) —————▶ (–) Non fonctionnel (Santé) (Maladie)

Il en est de même de **la vision perceptuelle** où l'on trouve, d'un côté, un état de mieux-être, qualifié de santé, et, de l'autre, un état de mal-être ou de maladie. Ce modèle reflète seulement l'état psychologique ou émotionnel d'un individu à un moment donné de sa vie.

Mieux-être (+) —————▶ (–) Mal-être (Santé) (Maladie)

Enfin **la vision adaptative** voit l'individu qui arrive à s'adapter ou à ne pas s'adapter aux circonstances où à son environnement ou milieu de vie. Ce modèle reflète l'état ou la capacité d'adaptation psychophysiologique d'un individu dans un contexte et à un moment donnés de sa vie.

Adapté (+) —————▶ (–) Non adapté (Santé) (Maladie)

Nous pensons que la santé est l'aptitude à exercer efficacement les fonctions requises dans un milieu donné. Et comme ce milieu ne cesse d'évoluer au jour le jour, la santé est un processus d'adaptation continuelle aux innombrables microbes, irritants, tensions et problèmes auxquels l'organisme humain doit faire face chaque jour.

N'est-il pas vrai que tout au long de la vie, de la naissance à la mort, nous changeons constamment notre masse corporelle ou nos cellules ? De même, l'environnement social et physique dans lequel nous vivons n'évolue-t-il pas continuellement ? La société change.

La santé est donc en quelque sorte un état d'équilibre dynamique qu'on réussit à atteindre à un moment et pour un temps donnés. Ce moment est dû à des circonstances ou conjonctures particulières qu'on aspire à faire durer le plus longtemps possible. Les sages parlent d'instant présents et certains chercheurs, comme Louis-Claude Vincent (Bressy, 1995), ont même tenté d'objectiver ce moment par des paramètres biologiques mesurables, comme le pH sanguin, en déterminant une zone de parfaite santé biologiques comprise entre deux pH sanguins ou encore par une certaine concentration des protéines sériques par des tests de floculation (Reymond, 1999). Malheureusement, on parlera alors d'un état de santé au point de vue purement biochimique, lequel est malheureusement tributaire des autres composantes en cause et demeure donc aléatoire. C'est l'œuf ou la poule.

En d'autres mots, personne ne peut se proclamer en état de santé une fois pour toutes dans sa vie. En effet, ces indices quantifiables permettant de mesurer cet état de santé, comme le pH sanguin, ont une capacité d'évoluer rapidement, en tenant compte des limites biologiques d'adaptation de l'espèce humaine aux nouvelles conditions physiques et psychologiques dans lesquelles l'individu se trouve. C'est pourquoi Maturana et Valera (1987) proposent une nouvelle théorie biologique de l'évolution, à savoir l'autopoïèse, dans laquelle les individus sont cocréateurs de leur formation et de leur évolution de façon autonome tout en étant dépendants d'un environnement particulier.

Selon cette hypothèse de l'autopoïèse, l'état de santé repose sur la conception que notre système nerveux est à la base de la vision que nous avons du monde qui nous entoure, cela grâce à des capacités sensorimotrices, affectives et cognitives.

Ces trente dernières années ont été le théâtre de découvertes passionnantes en matière de neurosciences. Ces dernières nous ont permis de mieux comprendre comment le système nerveux humain est fait et fonctionne. On commence à peine à comprendre un peu mieux les parties qui le composent, leur complémentarité pour le bon fonctionnement de l'ensemble de l'organisme.

L'hypothalamus, le limbique et le néocortex sont les trois principales parties qui forment ce cerveau « tri unique » (Maclean et Reichlin, 1981). C'est à la lumière de ces nouvelles connaissances en neurosciences que nous pouvons établir la complémentarité et non l'opposition des trois visions en santé que propose Golberg, à savoir fonctionnelle, perceptuelle et adaptative.

Pour la neuroscience, on est en présence d'un fonctionnement en boucle qui compte quatre étapes complémentaires : la première est celle de la perception sensorimotrice ; la deuxième, celle du ressentir ; la troisième, celle de l'analyse et de la prise de décision en fonction de ce qui précède ; enfin, la quatrième étape est celle de l'action ou de l'inhibition d'action, selon ce qui découle des étapes précédentes.

Ainsi, dans la vision éactionniste que nous défendons en approche intégrée en santé, le bon fonctionnement de notre organisme ne relève pas directement des organes qui le composent (comme le foie) et qui sont à la base de ses différentes fonctions (comme la digestion), mais des décisions prises à l'origine de la mise en marche de ces organes.

C'est la raison pour laquelle une approche à visée purement organique ou fonctionnelle, ne tenant compte ni des perceptions ni des interprétations ou ressentis, conduit à des interventions non appropriées, donc non efficaces, car ne se situant pas au bon niveau, c'est-à-dire en amont ou à celui de l'*interprétation* ou de la *conceptualisation* de nos croyances et conceptions.

Parmi les tentatives contemporaines de compréhension d'une vision de la santé, qui intègre les différents facteurs en interaction dans le bon fonctionnement de l'être humain, le professeur Laborit (1979) s'est singularisé par une recherche pluri et interdisciplinaire qui a inspiré et alimenté notre réflexion sur cette vision éactionniste que nous avons développée en approche intégrée en santé.

Il a proposé un modèle biologique pour expliquer les structures relationnelles de l'homme dans l'univers. Ce modèle dépasse les barrières des spécialités.

On trouve dans son modèle trois étapes que nous vous présentons brièvement.

4.1. PREMIÈRE ÉTAPE: LA DÉTECTION, PAR L'HYPOTHALAMUS, DES STIMULI INTERNES ET EXTERNES ET LA MISE EN BRANLE DE DIFFÉRENTES RÉACTIONS DE SURVIE

L'hypothalamus est le plus primitif des trois cerveaux, puisqu'il existait déjà chez les reptiles, d'où son autre nom de cerveau reptilien. C'est le siège de la perception et de la régulation des fonctions vitales : fréquence cardiaque, calibre des bronches, fonctions digestives, température interne, etc. De plus, il est le siège d'automatismes innés : faim, soif, agressivité, activité sexuelle, etc. C'est la voix du corps dans le cerveau. Si, par exemple, vers onze heures du matin, vous avez une petite crampe au creux de l'estomac, c'est l'hypothalamus qui déclenche les automatismes qui vous poussent à chercher à manger, de préférence des aliments sucrés, car l'hypothalamus sait à tout moment quel est le taux de sucre de votre sang.

4.2. DEUXIÈME ÉTAPE: L'AJUSTEMENT DES COMPORTEMENTS PAR LE CERVEAU LIMBIQUE

Comme la zone cérébrale qui assure la transition entre l'hypothalamus et le néocortex n'est pas morphologiquement bien délimitée, on préfère parler de «système limbique». Le système limbique a deux fonctions capitales :

- celle de sélecteur : à partir des besoins de l'organisme, il sélectionne dans l'environnement immédiat ce qui est apte à satisfaire le besoin identifié ;
- celle du ressenti, qui découle de la première fonction : le système limbique joue ici le rôle de cerveau émotionnel en attribuant à chaque expérience une émotion, laquelle conditionnera ensuite la mémorisation. Un fait présente ou non un intérêt ; il sera alors mémorisé ou non, selon qu'une émotion plus ou moins intense lui a été accolée.

Le système limbique est une plaque tournante dans le fonctionnement du cerveau. C'est un carrefour quasi obligé entre le monde extérieur, l'hypothalamus, le néocortex et les organes moteurs. Sans lui, aucun esprit

critique (sélection), ni aucune envie d'agir (motivation) n'est possible. Néanmoins, il est totalement tributaire de la décision prise par le néocortex. Ainsi, il est à la fois indépendant (ressenti) et dépendant (décision prise). C'est grâce à ce deuxième cerveau que l'adaptation à l'environnement s'est affinée durant les années.

4.3. TROISIÈME ÉTAPE : LA PRISE DE DÉCISION PAR LE NÉOCORTEX

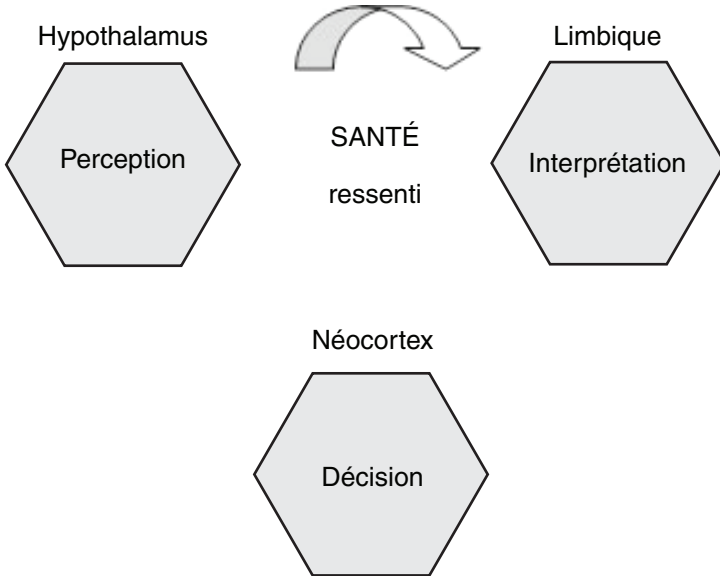
Si l'on retrouve les structures du système limbique dans le cerveau de tous les vertébrés, il n'en est pas de même pour le néocortex, aussi appelé matière grise. Dernier-né dans l'évolution, il a pris chez l'homme une place prépondérante : il occupe 85 % du volume de notre cerveau et se compose de plus de dix milliards de neurones, chacun articulé plus de cent mille fois avec les autres. Il pèse onze cents à douze cents grammes. On compare souvent cette partie du cerveau à un ordinateur. En fait, chaque neurone en lui-même a les capacités d'un véritable disque dur qui reçoit des informations, les traite, les mémorise, les communique à d'autres neurones, puis envoie ses ordres en conséquence. Le néocortex remplit deux fonctions importantes : la mémorisation des faits et la réflexion sur ceux-ci.

La psychologie cognitive, qui représente actuellement le courant de pensée principal à l'intérieur de la psychologie scientifique, a comme premier objet les différentes activités mentales, telles que l'attention, la pensée, les croyances, ainsi que les représentations mises en œuvre, notamment pour l'apprentissage, la motivation, la perception, la mémoire, la recherche de la performance, la résolution de problèmes, etc. Contrairement à la psychologie d'inspiration béhavioriste, elle ne met pas l'accent sur les comportements, mais sur les processus mentaux et les structures de compréhension à l'œuvre. Ces processus et ces structures internes sont les véritables responsables de ces différents types de comportements observables qui intéressent le praticien de santé désirant adopter une vision éreactionniste, non biomédicale.

L'approche éreactionniste que nous proposons peut être illustrée (figure 1.1) comme un mécanisme intégrant trois engrenages interreliés, où le bon fonctionnement de chacun dépend de celui de l'autre. Selon la vision éreactionniste en santé, un déséquilibre organique qualifié de maladie par les tenants du courant fonctionnel est causé par un mauvais ajustement dû à une fausse interprétation de la réalité par l'individu.

Figure 1.1

L'approche énonctionniste en santé



C'est la raison pour laquelle il faut s'attaquer aux véritables causes de nos déséquilibres ou maladies, à savoir ces fausses conceptions, et non pas à leurs effets ; ou encore, dans un discours plus médical, ne pas voir que l'organe en cause, en combattant simplement les symptômes, lesquels ne sont que des réactions d'adaptation ou d'ajustement d'un organisme.

C'est pour cette raison que l'approche intégrée en santé que nous proposons place l'éducation à la santé au premier rang pour une intervention vraiment efficace.

À la lumière de cette vision énonctionniste inspirée de la théorie d'autopoïèse, on peut définir la santé comme :

Un état dynamique résultant d'un ensemble de processus d'auto-régulation des différentes structures organisées de façon autonome et complémentaire d'un organisme vivant, évoluant dans un milieu donné également en continuelle évolution et qui s'influencent mutuellement.

En d'autres mots, il s'agit d'une série de mécanismes d'ajustement permettant à l'être humain d'ajuster ses différentes structures, afin d'établir ou de rétablir l'équilibre global de ses fonctions, fruits de sa philogénèse ou de son évolution.

L'état de santé peut donc s'observer par cette capacité qu'un sujet a d'utiliser ses ressources physiques, intellectuelles et affectives pour s'adapter à son milieu de vie. S'il y arrive, il pourra y vivre pleinement, de façon autonome et socialement intégrée, aussi longtemps que le prévoit son génome.

Car, comme disait Laborit, «le but fondamental de tout être vivant est de maintenir sa structure en équilibre». Tous les phénomènes biologiques ou psychologiques peuvent être vus comme une conséquence de cette idée à la base de ce concept énactionniste en santé.

Les êtres vivants sont donc des systèmes ouverts en interaction constante avec leur milieu. Le seul outil qu'ils puissent employer pour maintenir leur équilibre interne, c'est l'action ou la réaction sur le milieu, d'où le terme anglais *enaction*.

Toute évolution de l'état de santé est fondée sur un perfectionnement croissant de cette possibilité d'action. Ou plus exactement d'action-réaction et de rétroaction.

Du plus simple au plus complexe des êtres vivants, ce cycle est toujours le même. Selon la théorie de l'autopoïèse, le perfectionnement d'une espèce ne porte que sur le degré de complexité du contenu des éléments à sa base, car même l'amibe la plus simple juge son milieu et agit en conséquence. L'homme est la résultante de son évolution durant des milliers d'années, d'où le concept de philogénèse.

Selon la vision énactionniste en santé, le praticien devra chercher tout particulièrement à produire des changements des croyances ou des conceptions de l'individu. Car c'est ainsi qu'il pourra parvenir à changer ces comportements ou ces habitudes de vie de façon durable.

Dans cette perspective, on peut dire que le praticien en santé devrait viser principalement à :

- faire prendre conscience des attitudes néfastes à la santé ;
- influencer ou clarifier les conceptions sur la santé ;
- faciliter l'acquisition de nouvelles conceptions en matière de santé ;

- expérimenter volontairement les actions en lien avec ces nouvelles conceptions ;
- adapter ou adopter ces nouvelles habitudes ou connaissances.

Dans cette vision, l'être humain est vu comme un système ouvert et fermé en même temps. Un système ouvert capable de se laisser influencer par les éléments en provenance de l'environnement. Un système fermé également, avec des mécanismes d'action internes prédéterminés génétiquement, permettant des interactions avec le milieu qui lui est propre.

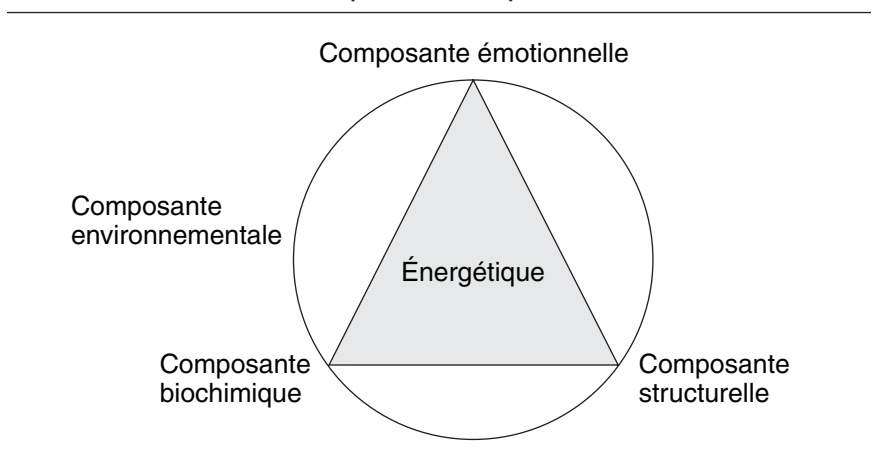
La vie de cet ensemble est maintenue grâce à une forme de bio-énergie ou force vitale qui se manifeste par certains signes dits vitaux comme la température et les rythmes respiratoire, cardiaque et endocrinien.

Dans notre modélisation de l'approche intégrée en santé, nous représentons l'être humain comme une organisation en lien avec cinq composantes (figure 1.2) :

- **trois composantes** regroupant l'ensemble des structures ou systèmes qui composent l'être humain. Il s'agit des composantes biochimique, émotionnelle et structurelle ;
- **une composante** découlant des trois précédentes et qui assure leur survie, à savoir la composante énergétique ;

Figure 1.2

Les composantes du corps humain



- **une composante** où il puise ses ressources et à laquelle il réagit, à savoir la composante environnementale, constituant son milieu de vie.

Une des finalités de cette structure organisée capable de penser et de communiquer (langage verbal et non verbal) qu'est l'être humain, c'est de maintenir une série de mécanismes d'équilibre d'autorégulation ou d'homéostasie (p. ex., la température corporelle), d'autodéfense (p. ex., les réactions antigènes/anticorps) et d'autoréparation (p. ex., la cicatrisation des blessures). Ce sont ces trois type de réactions qui font dire que l'être humain est un organisme autonome capable de s'autoconstruire, donc de s'autoguérir.

Chacune de ces cinq composantes contribue à cet équilibre dynamique qualifié par J. de Rosnay (1975) d'état de santé globale.

1. **La composante émotionnelle** est responsable de la bonne gouvernance de cette organisation complexe avec l'aide de tout un réseau de communication.
2. **La composante biochimique** est responsable de la production du carburant nécessaire à cette machine humaine ayant un moteur à trois temps :
 - un système ATP-CP;
 - un système à glycogène ou anaérobie ; et
 - un système à oxygène ou aérobie qui maintient la vie.

Ce dernier système est également responsable de l'élimination des déchets acides produits par le moteur anaérobie et des déchets radicalaires, produits par le moteur aérobie, engendrés par la production et la combustion énergétique.

3. **La composante structurelle** est formée des différentes charpentes (squelette), les éléments permettant de relier les parties entre elles (tendons, articulations), de bouger et de saisir (membres) pour agir et réagir à l'environnement (actes réflexes) et de changer de milieu de vie en cas de nécessité.
4. **La composante environnementale** est celle où l'organisme puise les nutriments dont il a besoin pour produire l'énergie nécessaire à son action et où il rejette ses déchets qui seront recyclés. Il s'agit là d'un biotope, avec des caractéristiques adaptées aux mécanismes et structures de l'être humain.

5. **La composante énergétique** permet de maintenir en vie les unités (cellules) composant les différentes structures organiques ; en fournissant l'énergie (apports) assurée par la composante biochimique ; elle a son propre système de transport (artères, veines...) pour son utilisation (dépenses).

Cette énergie prendra différentes formes selon la composante organique qui l'utilise : énergie psychique/composante émotionnelle, énergie chimique/composante biochimique et énergie motrice/ composante structurelle). Cette énergie doit être bien gérée selon les principes de la biodynamique énergétique (BDE) tenant compte des apports, des dépenses, sans oublier les réseaux de distribution de cette bioénergie ou force vitale que sont les artères, les nerfs, nos glandes et les méridiens.

Dans notre modélisation de la santé, nous avons également tenu compte de quatre grands déterminants en lien direct avec les grandes composantes et tributaires de notre patrimoine génétique, en lien, lui, avec la philogénèse de l'être humain. Ces déterminants que nous qualifions de « piliers de la santé » constituent en quelque sorte les portes d'entrée de l'équilibre ou du déséquilibre en matière de santé. Il s'agit :

- de la gestion des agents stresseurs, en lien avec la composante émotionnelle ;
- d'une alimentation personnalisée, en lien avec la composante biochimique ;
- d'une activité physique adaptée, en lien avec la composante structurelle ; et
- des facteurs écologiques, en lien avec la composante environnementale.

C'est l'équilibre de ces quatre déterminants qui permettra une bonne production et régulation énergétiques, garante de l'homéostasie ou de l'équilibre global des composantes du « terrain », en permettant en quelque sorte d'objectiver ce concept dynamique de santé globale, ou cet état d'équilibre dynamique reflétant la bonne marche de la machine humaine.

Différents marqueurs biologiques permettent de nos jours de vérifier ce niveau d'équilibre et l'efficacité de la machine humaine.

Une telle démarche en santé permet d'intervenir plus exactement sur les causes véritables (portes d'entrée) d'un quelconque déséquilibre et non pas simplement sur les effets ou symptômes, qui ne sont que des réactions d'adaptation de l'organisme.

On peut dire que les interventions sur les portes d'entrée relèvent d'une démarche éducative de prévention active, domaine de l'éducation à la santé. Ces interventions portent sur les quatre piliers de la santé que sont :

- l'alimentation ;
- l'activité physique ;
- la gestion du stress ; et
- l'environnement.

Par la suite, les réactions d'adaptation indiquant une rupture de cet équilibre dynamique nécessitent une démarche de terrain relevant du système de soins. Cependant, cette étape devrait être à la charge d'intervenants qualifiés, ayant une vision globale à caractère étiologique. Des intervenants formés pour soutenir l'organisme dans ses réactions d'adaptation par des techniques ou thérapies non évasives appropriées au niveau de déséquilibre observé dans chacune des composantes (énergétique, biochimique, etc.) et tenant compte des causes du déséquilibre identifié en l'interprétant (approche phénoménologique) en non pas en le réprimant. C'est à cette étape que les médecines alternatives et complémentaires devraient intervenir.

Enfin, reste la prise en charge des situations d'urgence (accidents, épidémies, etc.), des déséquilibres fonctionnels et des processus dégénératifs dits pathologiques, auprès des individus qui n'ont pas pris en considération ou qui n'ont pas mis en place les mesures de correction du terrain biologique ni intégré les déterminants de la santé nécessitant une démarche fonctionnelle et pathologique. Cette étape, plus biomédicale, devrait cependant être faite en complémentarité avec les deux autres démarches.

C'est l'éducateur à la santé qui devrait avoir la responsabilité d'identifier au début les causes des déséquilibres organiques (portes d'entrée) et de prendre en charge les fausses conceptions à leur origine. Ainsi, lors de cette troisième étape, il devrait travailler en collaboration avec les autres intervenants impliqués.

5. STRATÉGIE D'APPLICATION DE L'APPROCHE INTÉGRÉE EN SANTÉ

En pratique clinique, l'AIS devrait donc passer par quatre démarches complémentaires d'intervention faisant appel à divers professionnels dans une vision éducationniste.

5.1. UNE DÉMARCHE ÉDUCATIVE

Une telle démarche devrait tenir compte des quatre piliers de la santé et relever de l'éducateur à la santé formé à une approche non biomédicale.

Dix facteurs naturels de santé découlent des quatre piliers de la santé. Ils contribuent TOUS à nous conserver en bonne santé et constituent les champs d'intervention sur lesquels les éducateurs à la santé devraient intervenir. Cependant, une telle démarche n'a qu'une valeur relative si elle ne s'insère pas dans une véritable vision d'intégration, donc dans des actions concrètes d'autonomisation individuelle.

En d'autres mots, vouloir prévenir, c'est bien, mais savoir quoi, comment, quand et pourquoi prévenir, c'est encore mieux. D'où les étapes de S-V-P (savoir-vouloir-pouvoir) en éducation à la santé.

Cette approche préventive personnalisée en éducation à la santé est devenue, à notre avis, une nécessité incontournable. Une approche tenant compte des facteurs ayant une influence directe sur le maintien en bon état des mécanismes d'autonomisation de la machine humaine et sur la qualité de vie.

Tableau 1.1

Liens, piliers et facteurs de santé

Piliers de la santé	Facteurs naturels de santé
Alimentation personnalisée	Aliments – eau
Activité physique adaptée	Exercices – Sommeil (repos – relaxation)
Gestion des agents stresseurs	Pensée saine (conceptions – croyances)
Environnement sain	Air – Soleil – Milieux (physique – social – électromagnétique)

Cependant, les savoirs essentiels (S-V-P) portant sur ces facteurs doivent être vus en complémentarité, car l'un ne va pas sans l'autre. Ainsi, il ne s'agit pas de donner plus d'importance à l'un ou à l'autre, mais bien d'assurer un équilibre optimal entre les quatre piliers qu'ils composent, au risque de voir rompre cet équilibre, gage d'une santé globale.

5.2. UNE DÉMARCHE DE TERRAIN

Déjà le rapport Lalonde (1974) prônait une telle vision de la santé qu’il qualifiait de démarche écologique en santé. Une vision faisant ressortir l’importance qu’on devrait accorder aux habitudes de vie et aux facteurs environnementaux néfastes, au lieu de mettre seulement l’accent sur nos gènes déficients, les microbes et d’autres variables difficilement contrôlables pour retrouver la santé.

Lorsque, pour une raison quelconque, un ou plusieurs des dix facteurs naturels de santé en lien avec les quatre piliers de la santé est déficient, il s’installe alors un déséquilibre qui se manifeste par un tableau clinique symptomatique (morbidité) particulier, ou profil réactionnel individuel (PRI), qui en est la résultante. C’est ce dernier qui doit être interprété et non combattu de façon antisymptomatique.

C’est donc à la lumière d’une interprétation phénoménologique qu’un **programme d’intervention** doit être planifié, en tenant compte des caractéristiques des composantes en cause.

Ce lien existant entre les susceptibilités ou facteurs initiateurs (FI) de déséquilibres, les facteurs promoteurs (FP) et les facteurs déclencheurs (FD) peut se traduire par l’équation suivante :

$$PRI = (FI + FP) FD$$

Tableau 1.2

Portes d’entrée et de sortie de la maladie

Portes d’entrée (FI + FP) × (FD)		Portes de sortie		
Facteurs initiateurs	Facteurs promoteurs	Facteurs déclencheurs	Composantes organiques touchées	Approche intégrée en santé (AIS)
Hérédité	Stress chronique	Conflits	Émotionnelle	Conflictolyse
Agents infectieux ou irritants	Alimentation déficiente	Métabolites intermédiaires toxiques	Biochimique	Détoxication Revitalisation Stabilisation
Marqueurs biologiques	Exercice insuffisant	Sédentarité	Structurelle	Éducation somatique
Traumatismes	Environnement malsain	Pollution	Environnementale	Écologie

Selon les composantes organiques en cause, différents intervenants ayant un profil de compétence précis seront appelés à intervenir en interprétant les symptômes selon leur grille d'analyse.

Par exemple, pour la composante biochimique, l'acné peut être interprétée comme un signe de carence en vitamine E, A, etc.

Tableau 1.3

Champs d'application d'une médecine de terrain

Composantes du terrain	Intervenants concernés
Énergétique	Nutritionniste, biochimiste, acupuncteur, etc.
Biochimique	Nutritionniste, naturopathe, homéopathe, etc.
Émotionnelle	Psychologue, psychothérapeute, etc.
Structurelle	Physiothérapeute, chiropraticien, ostéopathe, kinésiologue, massothérapeute, éducateur somatique, etc.
Environnementale	Écologiste, sociologue, etc.
Spirituelle (?)	Prêtres, sorciers, etc.

5.3. UNE DÉMARCHE FONCTIONNELLE

C'est seulement au terme des interventions appropriées en lien avec la ou les composantes du terrain concernées et si le tableau clinique reste encore significatif qu'une démarche fonctionnelle sera nécessaire.

Une telle démarche visera uniquement à renforcer l'organisme dont ces réactions d'adaptation ne sont que les manifestations d'un déséquilibre profond.

Concrètement, il s'agit d'évaluer les fonctions en lien avec l'interprétation des symptômes persistants du tableau clinique. L'approche fonctionnelle nécessite cependant des outils d'évaluation permettant d'aller plus en profondeur dans la compréhension des mécanismes d'action, par exemple, pour évaluer les différentes phases de la fonction de détoxication du foie, ou pour détecter des allergies ou des intolérances alimentaires, ou autres déficiences nutritionnelles. Les interventions qui seront alors proposées dépendront des déséquilibres observés.

La démarche fonctionnelle exige de la part de l'intervenant une grande expertise dans différents domaines, dont celui de la biochimie, de la physiologie, liés au fonctionnement de l'organisme humain. Actuellement,

ce champ d'intervention est revendiqué en particulier par certains médecins ayant une telle formation et par des naturopathes qui ont également les compétences nécessaires.

5.4. UNE DÉMARCHE PATHOLOGIQUE

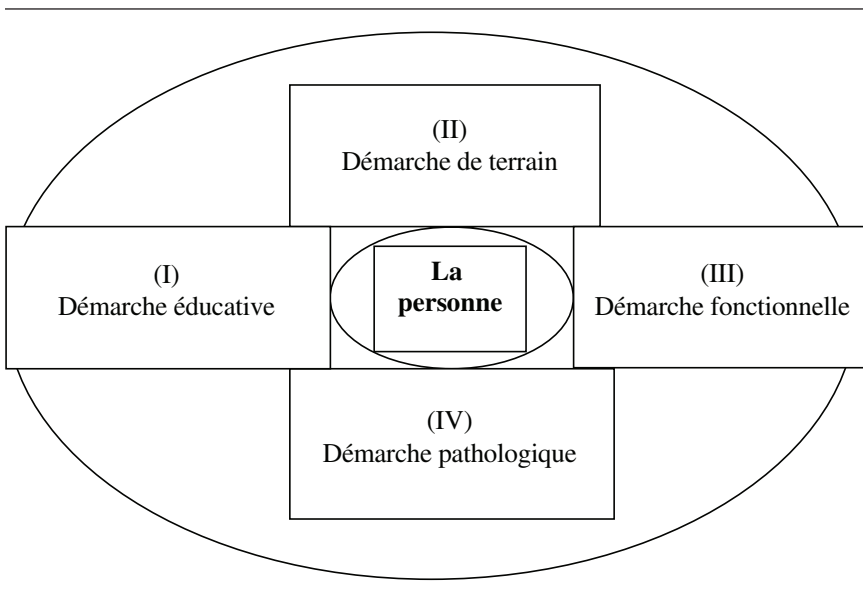
Lorsque les déséquilibres fonctionnels conduisent à une déficience ou à une quelconque lésion organique, une démarche pathologique s'impose. C'est le cas dans la majorité des maladies diagnostiquées, comme le diabète, l'ulcère, l'artériosclérose, les cancers, etc.

En général, de telles interventions relèvent de la médecine officielle. Il en est de même des situations d'urgence (fractures, blessures, etc.) qui relèvent également de cette catégorie de professionnels de la santé.

L'approche intégrée en santé que nous proposons place LA personne au centre d'un processus dynamique d'autonomisation, avec plusieurs approches thérapeutiques qui gravitent autour d'elle pour répondre à ses besoins selon la situation et le contexte, et non pour que la personne en

Figure 1.3

Un modèle d'approche intégrée en santé



devienne dépendante. Ces approches, qui sont parfois complémentaires, parfois alternatives à la démarche, devraient toutes être placées sur un pied d'égalité et non pas dans une position de dominé/dominant.

CONCLUSION

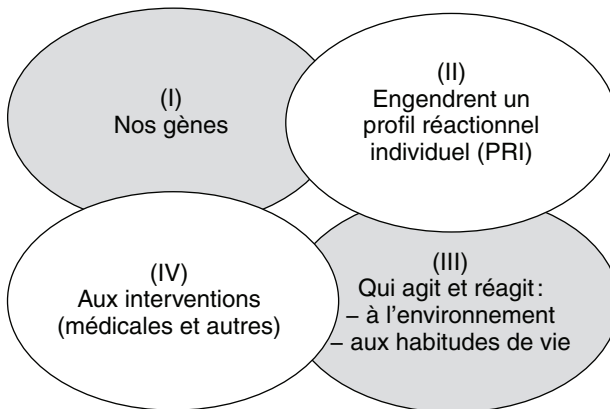
Selon la généticienne Baranova (2004), nous sommes tous le résultat des interactions entre nos gènes et notre environnement biologique (ce que nous mangeons, buvons, respirons, fumons, faisons, et aussi les soins de santé reçus), psychologique (nos pensées, perceptions et croyances) et social (notre travail, notre famille, nos amis, etc.).

Cette vision conduit, comme nous avons vu, à une certaine conception éductionniste en santé, qui peut être illustrée par la figure suivante.

De ces variables, gènes, habitudes, milieu de vie et soins reçus, une seule demeure difficilement contrôlable, à savoir nos gènes, les autres étant plus ou moins prévisibles.

Figure 1.4

La vision écologique en santé



Le principe de base de cette vision amène à dire que nous sommes des systèmes ouverts et fermés en même temps, et que nous communiquons avec notre environnement par nos gènes.

Que nous ne pouvons pas « encore » changer la structure de ces derniers, mais que nous pouvons, par contre, en changer l'expression, en travaillant sur le changement de nos perceptions et de notre mode de vie (habitudes et milieux de vie) pour modifier nos susceptibilités génétiques.

À l'exception des désordres monogéniques graves qui sont heureusement rares, nos risques de développer une maladie en raison des impacts de multiples facteurs « de risque » et les interactions dans nos susceptibilités aux déséquilibres ou maladies restent prévisibles et contrôlables.

Le point de vue que nous venons de présenter commence à être mis en application systématiquement. Déjà de nouveaux tests révolutionnaires, dits génomiques, permettent d'identifier, par exemple, les polymorphismes associés au risque de développer l'athérosclérose, l'hypertension et les autres maladies cardiovasculaires. Ainsi, en modifiant certaines de nos habitudes et notre environnement, ces gènes ne pourront se manifester. Bientôt, il en sera de même pour la majorité des cas de cancer.

En conclusion, on peut dire que l'adoption de bonnes résolutions touchant nos prédispositions permet de rester en santé ou de la recouvrer. Ces résolutions portent généralement sur une activité physique adaptée, un régime personnalisé, une gestion des agents stressants chroniques et un environnement non pollué. Il s'agit là de compétences en matière d'éducation à la santé que chacun de nous devrait développer.

Encore faut-il que les barrières sautent afin d'éviter de concéder des monopoles à un système de soins en particulier et d'exclure en grande partie LA personne du processus conduisant à la santé et d'en faire une chasse gardée pour un groupe ou un autre.

Nous pensons que c'est la perception ou la conception que l'individu a de son état de santé qui est importante. La notion de santé est donc un idéal propre à chaque individu. La santé est en d'autres mots liée à l'impression ou à l'image que le sujet se fait, à tort ou à raison, de son état psycho-organique, suivant les conceptions qu'il a de ce qu'est un état de santé ou de maladie de lui-même et des personnes de son entourage, selon la culture à laquelle il appartient.

En conclusion, on peut dire que les critères définissant la santé différeront avec le milieu culturel ainsi qu'avec les références et l'histoire du groupe humain considéré, que les caractéristiques de cet état de santé seront fonction des aspirations et des besoins de chaque individu dans un contexte et un temps donnés.

BIBLIOGRAPHIE

- Baranova, H. (2004). *Nos gènes, notre santé et nous*, Paris, Armand Colin.
- Baril, G. et B. Laplante (1997). *Enquête sur la culture scientifique et les choix reliés à la santé*, Québec, INRS-Culture et société, Institut national de la recherche scientifique, Université du Québec, Rapport de recherche.
- Bressy, P. (1985). *La bioélectronique et les mystères de la vie*, Paris, Courrier du livre.
- Dubos, R. (1965). *Man Adapting*, New Haven, Yale University Press.
- Evidence-Based Medicine (1992). «A new approach to teaching the practice of medicine», *JAMA*, vol. 268, p. 2420-2425.
- Golberg, M. et al. (1979). «Indicateurs de santé et sanométrie : les aspects conceptuels des recherches récentes sur la mesure de l'état de santé», *Revue Épidémie et santé publique*, vol. 27, p. 64.
- Laborit, H. (1979). *L'inhibition de l'action*, Montréal, Presses de l'Université de Montréal.
- Lalonde, M. (1974). *Nouvelles perspectives de la santé des Canadiens*, Ottawa, Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social.
- Le Moigne, J.L. (1995). *Les épistémologies constructivistes*, Paris, Presses universitaires de France.
- Macleon, D. et S. Reichlin (1981). *Neuroendocrinology and the Immune Process, Psychoneuroimmunology*, New York, Academy Press.
- Maturana, H.R. et F.J. Valera (1987). *The Tree of Knowledge*, Boston, New Science Library.
- Organisation mondiale de la santé (2002). *Stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle pour 2002-2005*, Genève, OMS.
- Porter, R. (1997). *Medicine a History of Healing*, New York, Marlowe and Company.
- Preuss, F. (2001). *Revue 32^e Millénaire*, vol. 61, p. 62-63.
- Reymond, E. (1999). *La méthode du CEIA ou l'analyse du vivant*, Bruxelles, Satas.
- Rosnay, J. de (1977). *Le microscope*, Paris, Seuil, coll. «Points».
- Sorochoam, W. et S. Bender (1979). *Teaching Elementary Health Service*, Boston, Addison-Wesley Publishing Company.
- Well, A.T. et R. Synderman (2002). «Archives of Internal Medicine», National Center for Complementary and Alternative Medicine – NCCAM, *Harvard Medical School*, vol. 162, n° 4, p. 395-397, <nccam.nih.gov/health/whatisacam>.

VERS UNE APPROCHE INTÉGRÉE EN SANTÉ

Gilles HARVEY, Ph. D., H.D.

Professeur au Département de kinanthropologie
Université du Québec à Montréal

La santé [intégrale] constitue l'état naturel
et normal de l'être humain
WEIL, 2004.

1. LES FONDEMENTS DE L'APPROCHE INTÉGRÉE

1.1. ESSAI HISTORIQUE POUR UNE APPROCHE INTÉGRÉE EN SANTÉ

À l'origine de l'humanité, la nature était le véritable médecin et le grand professeur. La première utilisation de la nourriture et des plantes constituait une véritable initiation où le processus intuitif et l'essai/erreur servirent à constituer le premier registre des produits et actes de santé. Intégré dans la nature, l'humain n'avait d'autres choix qu'une coopération totale.

Les premiers médecins furent des chamans ou des personnes ayant une vision suprasensorielle leur permettant de percevoir des couleurs, des formes et des fréquences vibratoires subtiles que la majorité de leurs

concitoyens ne percevaient pas. Cette capacité «exceptionnelle» leur valut le respect des membres de leur communauté. Le chaman recherchait la connaissance de la nature sous ses aspects physique et spirituel. La nature était ainsi dotée de caractéristiques physiques et «animiques». Les dieux apparurent ainsi dans la mythologie apportant leur magie aux hommes pour autant que ceux-ci les reconnaissent et leur rendent un culte.

Dans les civilisations plus développées que l'on trouva en Égypte et en Amérique du Sud, on remarqua des pratiques plus structurées. Dans ces anciennes civilisations, la pratique médicale intégrale était de rigueur. La Chine, entre autres, développa ses pratiques médicales en utilisant une approche basée sur les cinq éléments: le bois, le feu, la terre, le métal, l'eau. Cela donnait des correspondances avec les plantes sous forme de tisanes et potions (bois), l'armoise sous forme de moxas utilisés pour chauffer certains endroits du corps en relation avec les points d'acupuncture (feu), l'alimentation et la diététique (terre), l'acupuncture qui se pratiquait, à l'origine, avec des silex et des petits os pointus (métal) et l'hydrothérapie interne et externe (eau). Nous pouvons donc trouver historiquement une première forme d'approche intégrée. D'autres traditions, comme celle de l'Inde avec l'ayurvéda, présentaient également une forme complète de médecine.

Dans l'Antiquité, le médecin était aussi philosophe. Cet état constituait, plus qu'une véritable intégration, un tout indissociable.

L'ère moderne a réalisé la dualité des fonctions cérébrales. La fonction du cerveau gauche a commencé à dissocier, à désintégrer l'atome (qui était considéré comme indissociable) afin de mieux connaître chacune de ses parties. Ainsi est apparue l'ère de la spécialisation.

Aujourd'hui nous redécouvrons le processus du cerveau droit, de la globalité, en fait du retour à l'origine, mais avec un petit quelque chose de plus: la connaissance des parties et la certitude que le tout est plus grand que la somme de ses parties.

1.2. L'APPROCHE INTÉGRÉE, NOUVEAU PARADIGME DU XXI^e SIÈCLE ?

D'où vient cette vision émergente d'une médecine intégrée ? Est-ce un besoin, une nécessité existentielle, une recherche de nouveauté ? Ou bien est-ce plutôt l'éveil à une réalité nouvelle initiée par un constat d'échec et d'impuissance ?

Ou encore est-ce l'atteinte de la limite de la domination d'un système érigé en absolu et l'émergence d'une vision presque initiatique de la sagesse (Bédard, 2008) ?

Peut-être tout cela en même temps.

Constat actuel : comme dans beaucoup de domaines de la réalisation humaine, nous frôlons la catastrophe. Rupture du système de soins de santé, explosion des maladies de civilisation, paroxysme du stress, détérioration de l'environnement et surtout refus d'admettre la réalité. Mais par-dessus tout, notre système dispensateur de soins de santé ne peut plus suffire à la demande et il commence à devoir choisir non plus qui doit être soigné ou non, mais plutôt qui doit vivre ou mourir.

Dans cette situation déplorable, mais peut-être nécessaire au processus d'apprentissage de l'humanité, les membres de cette population humaine commencent à regarder au-delà du système établi, bien rodé, parfaitement dominant. Le dominé, l'esclave, veut s'affranchir et découvre une solution : l'approche intégrée.

Hérités d'un noble passé où la technologie était primitive et la nature (intégrale) la seule ressource, les interventions de bonne femme (*bona famae* – de bonne réputation) et les simples (les purs) constituaient la référence de base. Jugement, bon sens, créativité et intuition constituaient le coffre à outils des praticiens de la santé et de la population en général. La plante et le minéral remplaçaient la pilule de synthèse actuelle. Le boucher coupait la viande animale aussi bien qu'humaine. Horreur, charlatanisme, nostalgie !

Nous réalisons aujourd'hui la constitution même de notre monde : la dualité. Nous réalisons les bienfaits aussi bien que les méfaits de deux pratiques mais à des époques différentes. Antiquité et Moyen Âge avec Ignorance et Sagesse, notre monde moderne avec Connaissance et Folie.

1.3. QU'EN PENSER ?

Nous ne pouvons que constater l'état des faits et chercher une nouvelle voie, une voie qui ralliera peut-être Connaissance et Sagesse ! Cette voie, nous disent certains, est l'approche intégrée en santé qui nous apparaît comme la solution la plus appropriée.

L'intégration nécessite la désintégration d'une partie de notre savoir et de nos pratiques, mais elle oblige aussi à une réintégration de nos acquis et de nos connaissances antérieures. Comme le dit si bien le dicton, il ne faut pas jeter le bébé avec l'eau du bain.

Ainsi adopter l'approche intégrée en santé signifie aussi intégrer nos acquis du passé, extirpés du folklore, et y ajouter ce qui est mieux connu aujourd'hui, le tout dans une approche soucieuse du bien-être de la personne, une approche humaniste.

L'approche scientifique doit être réservée à la recherche, au laboratoire, au questionnement. L'approche humaniste doit être au cœur de la pratique, de l'intervention.

Cela constitue un premier niveau d'intégration.

2. L'APPROCHE INTÉGRÉE ET SES ENJEUX

L'approche intégrée telle qu'elle est véhiculée actuellement est enseignée dans 23 facultés de médecine en Amérique du Nord, dont celles de Calgary, au Canada, et de Harvard, Duke, Columbia, Arizona, Université de Californie à San Francisco pour ne nommer que les principales. Ces dernières ont inclus certaines approches alternatives ou complémentaires dans leur programme d'enseignement. C'est également vrai pour les facultés de médecine de l'Université Laval et de l'Université de Sherbrooke au Québec qui offrent un cours d'initiation aux médecines alternatives et complémentaires.

2.1. VOCABULAIRE ET RIGUEUR

À tort ou à raison, plusieurs termes sont utilisés actuellement pour désigner les différentes méthodes thérapeutiques employées dans les domaines médical et paramédical. Parmi les expressions les plus utilisées, on trouve les approches dites alternatives, complémentaires, traditionnelles et intégrées. Comment s'y retrouver ?

Nous devons d'emblée établir que dans le domaine de la pratique médicale notre point de référence occidental est la médecine dite conventionnelle, la médecine allopathique. Cette dernière est caractérisée par une approche de diagnostic différentiel auquel est associé un traitement de nature pharmacologique ou chirurgical. Les substances pharmacologiques utilisées sont conçues pour combattre les symptômes de la pathologie

identifiée (par exemple les antibiotiques, antihypertenseurs, anticoagulants etc.). L'approche chirurgicale a pour but d'extraire ou de réparer les tissus et organes affectés. Des approches correctives sont également appliquées. L'allopathie est généralement particulière et considère la pathologie comme l'élément à combattre ou à corriger, sinon à éradiquer.

Les termes *alternatif* et *complémentaire* sont utilisés pour désigner des approches autres que l'allopathie, lesquelles sont parfois confondues et associées à des représentations ésotériques. Essayons de préciser ces appellations.

Le terme *alternatif* est utilisé lorsqu'on utilise une autre pratique que la médecine allopathique. Elle représente donc une « alternative à ». Par exemple, l'acupuncture, l'homéopathie, la naturopathie sont populairement associées aux approches alternatives.

Le terme *complémentaire* est utilisé lorsqu'une pratique est appliquée en collaboration avec la médecine allopathique. Toutes les approches regroupées sous l'expression *médecine alternative* sont aussi désignées comme des approches complémentaires.

La médecine traditionnelle est associée aux pratiques millénaires issues d'une tradition, d'une culture particulière, comme la médecine chinoise traditionnelle, l'ayurvéda en Inde, le chamanisme amérindien.

Selon l'OMS (2003): « L'expression médecine traditionnelle se rapporte aux pratiques, méthodes, savoirs et croyances en matière de santé qui impliquent l'usage à des fins médicales de plantes, de parties d'animaux et de minéraux, de thérapies spirituelles, de techniques et d'exercices manuels – séparément ou en association – pour soigner, diagnostiquer et prévenir les maladies ou préserver la santé. »

La plupart des gens associent indifféremment médecine alternative, complémentaire et traditionnelle pour désigner toute pratique qui n'est pas allopathique. De plus on y associe souvent le terme holistique. Ce dernier ne désigne pas non plus une pratique mais plutôt une philosophie, une représentation de la santé dans laquelle « le tout est plus grand que la somme de ses parties ». Un problème de santé y sera vu sous l'angle de l'ensemble du corps plutôt que d'un seul organe, selon la personne et son milieu social tel que famille, amis, milieu de travail. Cette vision inclut également l'environnement physique, naturel, voire même planétaire et cosmique.

L'approche intégrée se distingue-t-elle vraiment de l'ensemble de ces définitions ?

L'approche intégrée se rapporte à l'utilisation de l'ensemble de ces approches plutôt que d'en constituer une caractéristique.

Selon le National Center for Complementary and Alternative Medicine (NCCAM) américain, la médecine intégrée « combine l'ensemble des méthodes thérapeutiques médicales (allopathiques) ainsi que les thérapies alternatives et complémentaires pour lesquelles il existe une preuve de valeur scientifique relative à la sécurité et à l'efficacité de ces méthodes ».

La crédibilité des méthodes utilisées en médecine intégrée doit être questionnée, documentée et acceptée par la communauté des intervenants, qu'ils soient médecins ou autres thérapeutes. Cette crédibilité passe par l'évaluation de la pertinence et de la sécurité de ces approches. La rigueur scientifique devient alors importante, quelle que soit la façon d'évaluer, que ce soit d'ordre expérimental ou clinique, quantitatif ou qualitatif. Cette vérification peut être issue empiriquement d'une utilisation traditionnelle millénaire et de ce fait ne doit pas être rejetée du revers de la main sous prétexte qu'elle n'est pas scientifique. Elle deviendra scientifique le jour où l'on exercera une évaluation rigoureuse de cette méthode, tout en respectant cependant le paradigme duquel elle est issue (Harvey, 1997).

L'OMS (2003) recommande d'évaluer l'efficacité et la place de chaque approche thérapeutique au sein d'une médecine intégrée. C'est également ce que suggère David Servant-Schreiber (2003) en initiant des projets de recherche de façon à démontrer l'efficacité de certaines approches CAM (Complementary and Alternative Medicine) afin de pouvoir éventuellement les inclure dans les moyens à la disposition des médecins.

Selon Andrew Weil (2004) : « La médecine allopathique est nécessaire pour traiter de 10 à 20 % des problèmes de santé. Pour les 80 à 90 % restants, lorsqu'il n'y a pas urgence, on dispose de temps pour expérimenter d'autres méthodes, des traitements souvent moins chers, moins dangereux et finalement plus efficaces, car ils agissent de concert avec les mécanismes de guérison du corps au lieu de les affaiblir. »

2.2. L'INTÉGRATION DE LA PRÉVENTION, DE L'ÉDUCATION ET DE LA GUÉRISON

Dans une approche intégrée on devrait également tenir compte des approches préventive et éducative.

Lorsque la personne est en santé, elle devrait essayer de s'y maintenir. Ce domaine appliqué aux soins personnels et collectifs se nomme prévention. On y parvient par une éducation à la santé, qu'elle soit initiée personnellement par intérêt ou par des professionnels de la santé. Prévenir implique que l'on ne cherche pas à guérir un malaise, un déséquilibre, mais plutôt à établir et à maintenir un équilibre.

La promotion des saines habitudes de vie est un élément essentiel d'une approche intégrée en santé. La promotion, selon la charte d'Ottawa pour la promotion de la santé (1986), devrait « conférer aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci ». Cette mission passe par la promotion, l'éducation et la prévention. L'une et l'autre ne comportent pas des actions distinctes mais se complètent. On prévient la maladie et l'on maintient la santé par une éducation appropriée et une promotion adéquate.

L'éducation à la santé est le moyen privilégié pour conférer les moyens, en tenant compte des acquis de la personne (connaissances, croyances, valeurs, habiletés, etc.) (Green, 1991) afin de la faire progresser et atteindre une autonomie personnelle. Non pas une autonomie au-delà des intervenants en santé, mais une autonomie lui permettant d'appliquer d'abord des mesures d'hygiène et de saines habitudes de vie. Lorsque cette action journalière sera accomplie, il sera temps d'aller chercher aide et expertise auprès de personnes formées aux soins de santé.

Les principes fondamentaux de la santé passent également par le respect de certaines lois que nous pouvons nommer hygiène ou habitudes de vie. Sommeil réparateur, alimentation nutritive, exercice physique structurant, gestion efficace du stress, activité sexuelle satisfaisante, rapports sociaux harmonieux, etc. Le non-respect des lois de la vie mène à un état de rupture que l'on nomme maladie.

Cette intégration fondamentale permettra alors de désengorger les urgences et de diminuer les interventions liées à un mauvais entretien de la santé par les personnes elles-mêmes.

2.3. LA PERSONNE AU CŒUR DE L'ACTION

L'approche intégrée débute d'abord par la personne plutôt que par les moyens. Elle est, selon l'étymologie latine, une façon de regarder ou d'aborder la personne dans son intégrité, dans son intégralité.

Dans la médecine technologique, il semble exister un manque de communication entre les patients et leurs médecins (Janssen, 2006). Les professionnels de la santé doivent orienter leurs patients honnêtement, dans le respect des attentes de chaque individu (Janssen, 2006). L'intégration devient alors une synergie thérapeutique :

La médecine alternative insiste pour revenir vers le patient, pour se recentrer sur ses besoins réels et pour stimuler ses mécanismes d'autoguérison. La médecine intégrée optimise la capacité d'autoguérison où l'accent est mis sur la rencontre thérapeutique en soi (Dongois, 2005).

La capacité d'autoguérison est influencée par divers facteurs ou déterminants tels que la nutrition, le comportement social, la génétique, l'environnement du patient (Gonthier, Congrès international sur la science du toucher – CIST, 2004).

Les mécanismes d'autoguérison sont au cœur même du retour à la santé (Weil, 2004). Chaque individu possède d'importantes capacités de prévention et de guérison (Janssen, 2006) et ce sont ces mécanismes qu'il s'agit de stimuler par différentes approches (pharmaco, psycho, etc.). Dans un excellent ouvrage intitulé *Guérisons remarquables*, Hirshberg et Barasch (1996), à la suite d'une enquête auprès de patients et de leurs médecins, illustrent bien cette capacité d'autoguérison. Recherchant un fil conducteur, un dénominateur commun expliquant comment certains patients en sont arrivés à se guérir de maladies importantes, voire dégénératives, ils ont trouvé que le seul dénominateur commun entre ces personnes n'était autre que la « volonté de guérir » du patient lui-même. C'est donc dire l'importance de placer la personne au centre du processus d'intervention. L'intégration du patient au cœur des soins de santé constitue également une forme d'approche intégrée.

Weil (2004) revient également sur la qualité de la relation établie par le thérapeute et son client. Si la notion de science est importante dans un processus thérapeutique, la notion d'intuition y est également essentielle. Intuition de la part du client et intuition de la part du thérapeute.

Cette relation patient/intervenant fut au cœur de la Table ronde sur la médecine intégrée qui s'est tenue au Congrès international sur la science du toucher – CIST (2004).

Voici quelques réflexions des participants à ce congrès. Selon Léon Chaitow, l'interaction multiprofessionnelle devrait être axée sur l'humanisation des soins de santé. La guérison est possible par la restitution du pouvoir au patient. Davis M. Eisenberg affirme que les soins au patient doivent être mis au premier plan et que l'on doit réduire la dépendance aux médicaments. Pour Philippe Estérez, communication et collaboration doivent se faire en fonction des besoins du patient. Toute guérison nécessite ainsi essentiellement la participation du patient (Congrès international sur la science du toucher – CIST, 2004).

3. RÉFLEXION PERSONNELLE

L'intérêt pour une approche intégrée en santé réside dans l'atteinte d'un objectif fondamental qu'il ne faut jamais perdre de vue : la santé de la personne. L'approche intégrée n'est pas un but en soi, mais un moyen pour atteindre cette finalité que sont la santé et la qualité de vie.

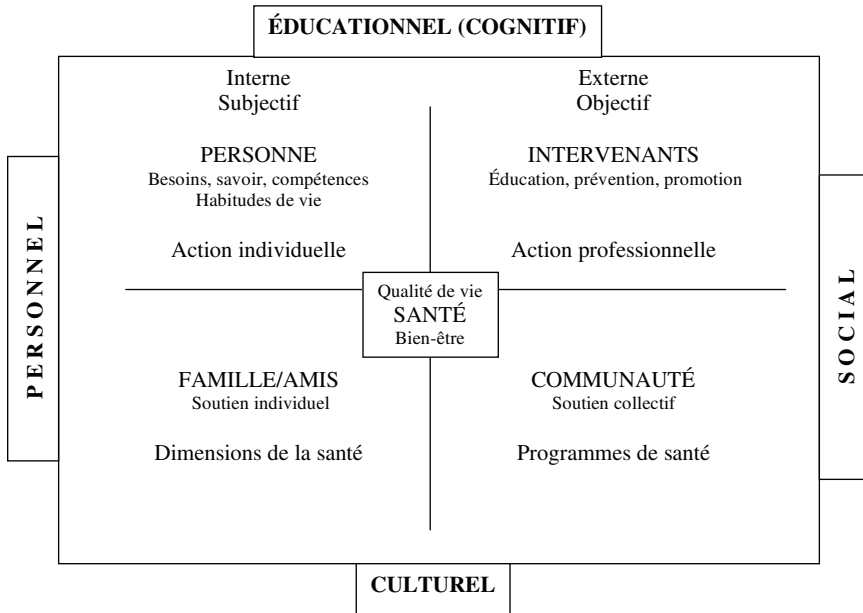
Dans cette optique, l'approche intégrée en santé pourrait se rapprocher du modèle de santé et bien-être établi par Greenberg (1985). Ce dernier affirme que le bien-être de la personne réside dans l'équilibre entre les différentes dimensions de la personne : physique, psychologique (mentale, émotionnelle), sociale et spirituelle. La notion de spiritualité concerne le sens à donner à sa vie, à son existence, peu importe les moyens par lesquels la personne l'exprime. Harvey et Robineault (1996) y ont ajouté deux autres dimensions qu'ils ont appelé des métadimensions : économique et environnementale.

Ces dimensions sont celles qui font partie intégrante de la personne. Chaque être humain possède en lui ces dimensions. Par contre, les dimensions environnementales et économiques ont été développées par l'activité humaine dans son ensemble.

Si l'intégration des dimensions de la personne est essentielle dans la compréhension de ses besoins, de même l'intégration des interventions est essentielle au traitement de sa globalité, dans son unité (son intégrité).

Figure 2.1

Modèle intégratif des relations existant entre la personne, sa santé, son milieu de vie*



* Préparé par Gilles Harvey, kinanthropologie, UQAM, 2007. Inspiré du modèle de Ken Wilber (1996). « Les quatre coins du Kosmos », dans K. Wilber, *Une brève histoire de tout*, Boucherville, Éditions de Mortagne.

En se référant au modèle développé par Ken Wilber (1996) pour décrire les quatre quadrants de la carte holistique de la réalité, il est possible d'adapter ce modèle pour mieux comprendre l'intégration à la fois de l'intervention personnelle et professionnelle dans une vision intégrée de la santé.

Dans ce modèle nous pouvons illustrer que :

- La tâche première de la personne est de travailler à maintenir son état de santé par une intégration de ses habitudes de vie. Cela constitue le plan personnel.
- La personne apprend à utiliser ses capacités curatives, aidée par un intervenant en santé. La relation patient / intervenant respecte une approche fondée sur le respect mutuel et la reconnaissance des capacités d'autogénération de la personne.

- c) Cette démarche personnelle serait ensuite soutenue dans le domaine des soins de santé par une approche intégrée des soins.
- d) Finalement un soutien social élargi comprenant la personne, sa famille, son réseau social et les intervenants en soins de santé compléterait cet ensemble. Le système de soins de santé reconnaît que toute intervention thérapeutique est avant tout fondée sur le soutien social offert à la personne.

CONCLUSION

Si j'avais à exprimer librement ma vision d'une approche intégrée, ce serait celle englobant scientisme et humanisme, physique, biologie, philosophie et spiritualité au sens large.

Les fondations de l'être humain résident d'abord dans son corps. Toute forme d'énergie, de pensée et d'action doit d'abord prendre racine et aboutir dans le corps. Or de quoi ce corps est-il composé? De ce que nous mangeons et du sol où nous habitons. C'est donc mettre en valeur le rôle fondamental de l'alimentation. Les nutriments formant le corps et contribuant à son métabolisme constituent les fondements du corps humain, de son développement et de son entretien.

Les méthodes manuelles que sont le massage et les manipulations ostéopathiques contribuent à en sculpter la structure. Finalement les approches énergétiques (acupuncture, homéopathie, holoénergétique) permettent d'en ajuster les interactions.

Croire que la structure devient pensante par elle-même semble une aberration. Toutes les traditions nous indiquent que quelque chose de plus réside dans cette structure. Ce quelque chose, son moteur, est la conscience qui se trouve dans tout ce qui existe, même dans les moindres atomes. La conscience permet d'ajouter une autre dimension, celle du sens. C'est à ce niveau que s'adressent les diverses psychothérapies, lesquelles, au départ, devraient se nommer psychognosies (connaissances de soi).

Du plus petit atome jusqu'au plus haut niveau de conscience, il n'existe aucune rupture ni séparation. Tout s'emboîte, tout s'intègre. Ainsi, une approche de santé, qu'elle soit préventive ou curative, doit intégrer tous les niveaux précédents de sa constitution et non les exclure.

Une approche de santé intégrée doit replacer l'humain au centre de l'intervention : humain à accomplir, humain à aider, humain soignant, accompagnant. Il y a interdépendance humaine entre le soignant et le soigné, l'un et l'autre s'apportant mutuellement compréhension, connaissance et sagesse, reconnaissant ensemble qu'ils sont les mêmes parties d'un seul tout : l'Humanité.

L'approche intégrée doit inclure la connaissance mais aussi et surtout la conscience, le sens qui doit émerger de l'aventure humaine dans divers domaines, ici la santé.

C'est dans cette optique que pourrait s'élaborer une approche intégrée en santé.

BIBLIOGRAPHIE

- Bédard, J. (2008). *Le pouvoir ou la vie*, Montréal, Fides, 344 p.
- Chaitow, L. (2004). *Les cliniques de médecine intégrée*, entrevue pour le Réseau Proteus (maintenant Passeport santé), 31 mai, <www.passeportsante.net/fr/Actualites/Entrevues/Fiche.aspx?doc=chaitow_1_20040531>.
- Congrès international sur la science du toucher – CIST (2004). Table ronde fermée sur la médecine intégrée, Montréal, <www.kineconcept.com/recherche/cist.php>.
- Dongois, M. (2005). *Synergie thérapeutique en Amérique du Nord*, Montréal, Association canadienne des massothérapeutes et autres thérapeutes en médecine alternative, <www.asscdm.com/articles/articlesb.htm>.
- Green, L.W. et M.W. Kreuter (1991). *Health Promotion Planning. An Educational and Environmental Approach*, 2^e éd., Toronto, Mayfield Publishing Company, 506 p.
- Greenberg, J.S. (1985). «Health and wellness: A conceptual différenciation», *Journal of School Health*, vol. 55, n° 10, p. 403-406.
- Harvey, G. (1997). *Évaluation de la qualité méthodologique des recherches en homéopathie*, rapport présenté au Conseil d'évaluation des technologies de la santé.
- Harvey, G. et P.G. Robinault (1996). *Santé et activité physique*, Montréal, Université du Québec à Montréal, notes de cours KIN 2330.
- Hirshberg, C. et M.I. Barasch (1996). *Guérisons remarquables*, Paris, Robert Laffont, 382 p.
- Janssen, T. (2006). *La solution intérieure – vers une nouvelle médecine du corps et de l'esprit*, Paris, Fayard.

- National Center for Complémentary and Alternative Medicine – NCCAM. <nccam.nih.gov/health/whatiscom/>.
- Organisation mondiale de la santé (1986). *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*, Copenhague, Bureau régional de l'Europe, OMS.
- Organisation mondiale de la santé (2003). *Médecine traditionnelle*. Aide mémoire n° 134. Révisé mai 2003, <www.who.int/mediacentre/factsheets/fs134/fr.html>.
- Servant-Schreiber, D. (2003). *Guérir le stress, l'anxiété et la dépression sans médicaments ni psychanalyse*, Paris, Robert Laffont, 337 p.
- Weil, A. (2004). *Le corps médecin. Trouver en soi la force de guérir*, Paris, J'ai Lu, <www.passeportsante.net/fr/Actualités/Dossiers/Fiche>.
- Wilber, K. (1996). «Les quatre coins du Kosmos», dans K. Wilber, *Une brève histoire de tout*, Boucherville, Éditions de Mortagne.

LES COMPOSANTES DE L'APPROCHE INTÉGRÉE EN SANTÉ (AIS)

Une clinique médicale en approche intégrée en santé

Yves LÉVESQUE, m.d.

Médecin généraliste et homéopathe

Fondateur du Centre de santé et d'harmonie : Clinique médicale holistique

Belœil – Québec – Canada

Depuis quinze ans déjà, le Centre de santé et d'harmonie du Richelieu (CSH) offre une approche intégrée en santé (AIS) en œuvrant à la promotion et à la pratique de soins médicaux réguliers complétés par ceux de thérapeutes de formations diverses : acupuncture, ostéopathie, chiropratique, psychologie, massothérapie, naturopathie.

Situé au bord de la rivière Richelieu, face au mont Saint-Hilaire, dans une maison plus que centenaire, le CSH accueille sa clientèle et offre à ses thérapeutes un décor apaisant et harmonieux. Médecin généraliste

depuis trente ans et formé à l'homéopathie il y a vingt ans, je suis cofondateur du CSH avec Hélène Beaudoin, enseignante, éducatrice. Auteur et gestionnaire, j'y offre les soins médicaux.

Fruit de la rencontre de ses deux fondateurs et de nos univers professionnels respectifs, le CSH s'est voulu dès le départ un lieu de transformation, d'éducation à la santé et de recherche autant qu'un lieu de soins de santé. Par sa structure, le CSH répond aux besoins de ceux qui souhaitent intégrer à leurs soins de santé courants des solutions curatives complémentaires afin de répondre à des malaises non soulagés par la médecine classique. Attirés par ces approches de médecine complémentaire (AMC) popularisées par les médias, l'Internet ou des recommandations de leur entourage, nombre de Canadiens y ont recours d'eux-mêmes, les statistiques à ce sujet ne manquent pas de le confirmer. Le budget des produits de santé en vente libre, dont les suppléments, les vitamines et les produits homéopathiques font partie, ne cesse de croître et il serait surprenant que cette tendance ne se poursuive pas avec la conscience grandissante vis-à-vis de l'écologie, de la saine alimentation et des relations entre les habitudes de vie et la santé.

Alors que l'automédication (même naturelle) ou le choix d'une thérapie complémentaire pour soulager un symptôme ponctuel donnent souvent des résultats satisfaisants, plusieurs problèmes de santé restent tenaces et réfractaires à ces traitements tout comme aux traitements médicaux classiques. Ces échecs thérapeutiques et ces rechutes symptomatiques, outre la souffrance individuelle et les frustrations qu'ils impliquent, peuvent amener une escalade de traitements médicamenteux coûteux et des risques croissants d'effets indésirables. Parmi ces problèmes de santé souvent réfractaires, citons : la fibromyalgie, le syndrome du colon irritable, la dyspepsie, la douleur chronique, les céphalées et migraines, les états allergiques, les désordres hormonaux, les états anxieux et dépressifs, les infections répétées des enfants. Dans notre observation, ces problématiques, qui comptent pour beaucoup dans une clientèle régulière de médecine générale, regroupent la majorité des clients qui voudraient recourir aux AMC. Une fois que le médecin consciencieux a bien investigué son patient pour éliminer une pathologie sérieuse nécessitant un traitement agressif, puis proposé les outils de traitement et les conseils habituellement connus pour ces problèmes fonctionnels, le patient est laissé à lui-même et cherche souvent ailleurs un soulagement à ses malaises. Il ira au magasin d'aliments naturels prendre l'un ou l'autre supplément, il discutera avec son pharmacien (dans notre région plusieurs sont formés à l'homéopathie), il consultera un

acupuncteur, un chiropraticien, un ostéopathe, un naturopathe, un massothérapeute ou même un psychologue, il décidera de modifier son alimentation, de prendre des cours, d'augmenter son niveau d'activité physique. Si les démarches thérapeutiques isolées n'apportent que peu de résultats concrets, elles ont toutefois le mérite d'amener le patient dans une démarche qui tient souvent compte du « terrain », notion centrale en médecine chinoise, en naturopathie, en homéopathie et qu'un bon nombre de chiropraticiens et d'ostéopathes connaissent et savent utiliser. La médecine classique s'intéresse aussi de plus en plus au « terrain » quand elle interprète la maladie actuelle en fonction des antécédents héréditaires, des antécédents médicaux et chirurgicaux, des habitudes de vie, et de la constellation de problèmes secondaires qui gravitent autour du problème principal : ce qu'elle nomme « comorbidité », dont l'importance est parfois capitale, par exemple en psychiatrie et en cardiologie. On doit d'ailleurs s'attendre, dans les années à venir, à ce qu'avec la croissance exponentielle des connaissances en génétique médicale la médecine cerne mieux le « terrain » de l'individu malade et en retire une finesse diagnostique, thérapeutique et pronostique pour une intervention plus efficace. Si l'évaluation du terrain sert bien la médecine quand la maladie est bien installée, elle ne lui apporte que peu de secours quand elle affronte les maladies fonctionnelles énumérées plus tôt. Par contre, la loi des cinq éléments de la médecine chinoise, l'évaluation du MRP (mouvement respiratoire primaire) de l'ostéopathie et l'analyse des symptômes en fonction des diathèses homéopathiques sont organisées selon la grille fonctionnelle en naturopathie et permet souvent, dans ces cas, de poser un diagnostic fonctionnel. Servant de lunettes infrarouges pour se guider dans l'obscurité diagnostique et percevoir la cohérence de symptômes en apparence disparates, ces grilles d'évaluation fonctionnelle aident à mieux comprendre comment les malaises se sont installés et persistent, et permettent d'établir un traitement mieux ajusté pour un retour à la santé, sinon à un meilleur fonctionnement global. Ces approches empiriques plus que centenaires permettent une véritable individualisation de la démarche diagnostique et thérapeutique.

Voici comment je décrirais cette notion d'individualisation : ce qui aide à trouver une réponse thérapeutique finement ajustée une fois reconnue la manière unique dont la maladie s'exprime chez cet individu. L'individualisation de la démarche diagnostique et thérapeutique est centrale à la plupart des AMC, ce qui les distingue de la démarche médicale classique qui cherche à identifier les signes, symptômes, indices biochimiques ou radiologiques particuliers à une maladie précise qui orientent ensuite vers

un traitement particulier et standardisé de celle-ci. Le médecin se voit offrir de plus en plus de lignes directrices (*guidelines*) prévues par des comités savants pour encadrer et uniformiser sa pratique. Dans les pathologies fonctionnelles cette méthode est moins efficace toutefois. Alors que le médecin trie les informations pour ne retenir que celles qui établissent le diagnostic, les AMC s'appliquent à détailler la nature des symptômes exprimés et leurs interrelations pour les situer à la place où ils apporteront le plus de cohérence au tableau fonctionnel individualisé. Pour y arriver, le praticien en AMC doit questionner, écouter et observer très attentivement le malade. Cette façon de travailler prend plus de temps et, selon mon expérience, favorise une meilleure communication avec le malade, renforce nettement l'alliance thérapeutique avec lui et souvent le mobilise vigoureusement en lui redonnant confiance en soi et en le responsabilisant.

Je tiens à souligner ici que les AMC ne sont pas incompatibles avec la médecine classique : au contraire, je crois qu'elles peuvent se féconder l'une l'autre. En effet, la précision du diagnostic médical, la puissance et l'efficacité des traitements médicaux usuels peuvent orienter le diagnostic fonctionnel et induire une rémission des symptômes, alors que les AMC permettent un regard plus global sur ce malade et arriveront souvent à stabiliser sa condition. Plusieurs médecins formés à l'acupuncture, à l'ostéopathie, à l'homéopathie témoignent régulièrement du fait que la conjugaison des connaissances amène une plus grande efficacité clinique.

La formation à l'homéopathie classique offerte au Québec de 1985 à 1995 par des médecins européens chevronnés et réputés a profondément transformé ma pratique de la médecine. En effet, la démarche homéopathique exige une écoute différente du malade : des symptômes habituellement inutiles au diagnostic médical et des précisions plus détaillées des circonstances qui influencent ces symptômes (précisions qu'on nomme modalités homéopathiques) orientent grandement le choix du traitement. Cette écoute attentive et respectueuse du malade décrivant ses symptômes le valorise dans sa compétence à aider le médecin à trouver avec lui les causes et les solutions à ses malaises. De plus, l'observation systématique du langage non verbal qui accompagne et ponctue le discours du malade vient enrichir la compréhension du médecin. L'orientation de ma pratique vers l'homéopathie m'a aussi rapidement mis en contact avec d'excellents praticiens : acupuncteurs, physiothérapeutes, chiropraticiens, ostéopathes, naturopathes, psychologues et psychothérapeutes ; et la clientèle que ces approches attireraient m'apportait une richesse d'expériences et de questionnements. Ayant travaillé sept ans dans un CLSC médicalement très fort et ouvert à une

interdisciplinarité active et féconde¹, l'idée germait en moi d'un lieu de pratique propice à une AIS où la médecine se verrait appuyée par ces autres disciplines et les AMC. C'est ainsi qu'est né le projet du CSH à mon retour de Bangalore, en Inde, où j'assistai en novembre 1989 à la première conférence internationale sur la médecine et la santé holistique.

Le CSH, fondé en 1992, m'offrit dès le début un terreau fertile à ma réflexion et à la pratique de l'AIS. Enrichie de la présence de ceux et celles qui viennent y travailler depuis son ouverture, cette clinique médicale d'approche interdisciplinaire continue son évolution. La vision et la pratique de l'AIS que je vais maintenant vous décrire découlent de cette dynamique.

L'écoute du malade permet la recherche d'indices suggérant un déséquilibre dans une ou plusieurs des sphères suivantes : métabolique, structurelle, psychologique et énergétique, que je nomme aussi les quatre piliers de la santé. L'analyse de l'ensemble des diagnostics cliniques et de l'histoire de la maladie et du malade permet d'élaborer un plan d'action individualisé visant à rééquilibrer l'un ou l'autre de ces piliers.

1. LE PILIER MÉTABOLIQUE

La médecine classique fait des dérèglements biochimiques et de leurs conséquences sur le fonctionnement des grands systèmes le pivot de l'analyse et du traitement des maladies. Ce phénomène a été amplifié par les progrès remarquables des investigations biologiques, des techniques d'imagerie médicale et par la puissance et la précision de la pharmacopée moderne. Ces progrès sont largement dus, dit-on, au regard scrutateur de la méthodologie scientifique sous la loupe de l'analyse statistique de résultats d'investigations faites sur de larges populations.

L'AMC qui aborde le plus directement le pilier métabolique est la naturopathie. Cette approche tient ses racines des traditions en phytothérapie de tous les pays et s'intéresse aux moyens naturels utiles pour retrouver la santé. Le naturopathe bien formé est le praticien par excellence pour l'éducation à de saines habitudes de vie combinées aux moyens simples qu'offre la nature pour vaincre la maladie et renforcer l'organisme. Pour ce faire, il aura recours à un counseling nutritionnel général semblable à celui offert par les diététistes, auquel s'ajouteront des suggestions

1. CLSC J.O.-Roussin, à Pointe-aux-Trembles, de 1980 à 1987.

individualisées de choix ou suppressions alimentaires, de plantes, vitamines ou autre suppléments visant à offrir un soutien métabolique. Ces interventions vont largement au-delà de celles qu'un médecin occupé a le temps de faire auprès de ses malades.

En même temps qu'un meilleur consensus se dessine entre les différents intervenants sur les effets des choix alimentaires sur l'état de santé et la prévention des grandes maladies, ces connaissances sont largement et rapidement diffusées, ce qui amène une ouverture beaucoup plus grande des individus à être conseillés sur ces sujets. L'arsenal thérapeutique dont dispose le naturopathe est de plus en plus complet : il s'appuie sur une longue tradition témoignant de son innocuité et d'un certains succès quant à la phytothérapie, et sur de nombreuses recherches formelles en ce qui concerne les pro- et prébiotiques, les vitamines, minéraux, oligo-éléments et autres suppléments alimentaires (oméga-3, acides aminés, etc.).

Par un soutien métabolique adapté que complète une éducation aux habitudes de vie saines, le naturopathe élabore son plan de traitement pour ramener le client à son homéostasie, c'est-à-dire sa capacité de s'auto-réguler en santé.

Au même titre que la prescription de médicaments est maintenant au cœur de la majorité des traitements médicaux offerts en pathologie aiguë et en pathologie chronique, une approche naturopathique est souvent centrale à l' AIS venant soutenir les interventions sur les autres piliers. Soulignons d'emblée qu'au CSH les interventions naturopathiques ne s'opposent pas aux traitements médicaux mais viennent plutôt les appuyer et aident ainsi à en réduire la lourdeur et les risques de réactions défavorables. À cet égard, Santé-Canada effectue en ce moment une sérieuse évaluation et expérimentation des produits naturels disponibles au pays. Les connaissances sur les interactions dangereuses entre suppléments et médicaments sont aussi mieux transmises auprès des médecins et surtout des pharmaciens qui disposent de logiciels pouvant signaler les combinaisons de traitements incompatibles ou dangereuses.

Il n'est pas nouveau que des médecins s'intéressent aux effets de la nutrition et des suppléments sur la santé. Déjà dans les années 1940, la célèbre pédiatre Kousmine, docteur spécialiste d'une unité d'évaluation métabolique, cherchait à donner une vigueur aux processus innés de guérison par une alimentation de grande qualité nutritive, dépourvue d'aliments raffinés, et par une supplémentation de minéraux et vitamines. Plus près

de nous, au Québec, le Dr Roland Albert, lui aussi pédiatre, s'intéressa et éduqua un large segment de la population aux effets de l'alimentation et des suppléments, entre autres moyens naturels visant à retrouver la santé dans une foule de conditions chroniques.

La science actuelle de la nutrition est en pleine effervescence et les conseils qui émanent de sa recherche fondamentale, comme en témoignent les travaux du docteur Béliveau, rejoignent le gros bon sens : que l'alimentation la plus saine repose sur des produits variés, le plus frais et le moins transformés possible, issus d'une agriculture moins chimifiée (ce qui respecte de surcroît la qualité des sols et des cours d'eau qui les irriguent). Ces aliments nous présentent par leur variété une large gamme de composés phytochimiques sinon phytothérapeutiques². D'un autre côté, on s'applique à faire connaître les méfaits des gras trans et des aliments fortement sucrés, ce qui incite l'industrie agroalimentaire à s'ajuster à la réglementation et aux demandes des consommateurs.

Bien sûr, le grand défi pour le médecin est de faire en sorte que son patient applique ces connaissances dans son quotidien. Or, pour rester motivé et poursuivre son effort assez longtemps pour que les changements recommandés deviennent des habitudes, ce dernier a besoin de résultats rapides et concrets. C'est pourquoi les recommandations initiales simples et précises de choix alimentaires sont souvent appuyées par un soutien métabolique complémentaire.

Ainsi un patient souffrant de symptômes digestifs fonctionnels, dyspepsie ou syndrome du colon irritable, se sentira souvent grandement soulagé par une combinaison de probiotiques, d'enzymes digestives, d'huiles riches en oméga-3 et de phytothérapie, et verra en même temps plusieurs autres symptômes s'estomper : douleurs, irritation des muqueuses ou de la peau, fatigue, trouble de concentration, essoufflement ou trouble du sommeil ou de l'humeur. Il est en effet très fréquent, suivant mon expérience, que les désordres fonctionnels touchent plusieurs systèmes à la fois et réagissent très bien à l'intervention métabolique visant les troubles digestifs.

Des résultats bénéfiques clairement associés aux interventions et conseils prodigués deviennent alors une puissante motivation au changement et mettent le patient sur la voie de la responsabilisation. En cela la

2. Dr R. Béliveau et Denis Gingras (2006). *Les aliments contre le cancer*, Montréal, Trécarré.

démarche de l'AIS rejoint l'approche motivationnelle : elle soutient le patient en lui offrant des outils et des conseils qui correspondent aux améliorations réalistes qu'il veut atteindre dans son état de santé. Pas à pas et en s'appuyant sur une solide relation nourrie par une communication ouverte et sans jugement, le médecin pourra découvrir avec le patient ce qui lui réussit bien et, au besoin, l'amener vers le naturopathe si la complexité de son cas le justifie et qu'il se sent prêt à s'engager dans cette voie de changement. Malheureusement, nombreux sont les cas où la démarche serait utile, mais l'individu est incapable de s'y investir ou pas intéressé à le faire.

Quelle que soit la raison de la consultation ou la plainte initiale, je cherche systématiquement des indices de mauvaise digestion ou de problèmes de fonctionnement intestinal, car chaque petit symptôme peut servir de piste pour le choix d'une approche de soutien métabolique.

La mauvaise haleine qui s'accompagne d'une langue chargée, la dyspepsie, le reflux acide ou la lenteur digestive ; le ballonnement, les crampes abdominales, les nausées ; les flatulences, les changements d'aspect des selles, les perturbations du transit intestinal ; le prurit anal, les fissures ou les hémorroïdes, peuvent amener le médecin intéressé par ces problèmes fonctionnels, une fois toute pathologie sérieuse éliminée, à offrir des solutions hygiéno-nutritionnelles et une supplémentation au grand bonheur du patient souvent exaspéré par ces malaises. Je tiens à ajouter ici l'intérêt marqué d'une approche naturopathique intelligente et prudente dans les cas de pathologies intestinales inflammatoires où j'ai constaté des améliorations ou des rémissions parfois très rapides et durables.

L'un des problèmes fonctionnels les plus agaçants et souvent incapacitants est celui qualifié d'hypoglycémie, dont le diagnostic formel par les mesures de glycémie ponctuelles sur papier buvard ou par test de glycémie à jeun ou d'hyperglycémie provoquée est rarement confirmé à la satisfaction des critères biochimiques. Je suis convaincu, à la lumière des connaissances qui s'accumulent sur le syndrome de résistance à l'insuline, que plusieurs facteurs hormonaux et biochimiques se conjuguent pour déclencher le cortège de symptômes décrits pas les répertoires et questionnaires sur le sujet. Si le terme d'hypoglycémie est faux, l'approche alimentaire de base recommandée est toutefois très efficace : il faut réduire les sucres rapides (aliments dont l'index glycémique est élevé) et insister sur la consommation régulière de protéines avec collations

systématiques. De mon observation, ce déséquilibre fonctionnel peut effectivement contribuer à une série de malaises protéiformes : la science médicale commence d'ailleurs à découvrir les liens entre la résistance à l'insuline et le stress, entre l'obésité et les pathologies circulatoires, et certains types de cancers.

En terminant ma discussion sur le pilier métabolique, je veux parler aussi d'une catégorie de patients qui se retrouvent souvent en consultations auprès d'homéopathes et de naturopathes. Ces patients hypersensibles réagissent fortement à plusieurs substances alimentaires, environnementales ou pharmaceutiques. Ils représentent l'échec silencieux de la médecine puisqu'ils doivent s'en éloigner pour trouver des solutions en se tournant vers les AMC dont ils deviennent fréquemment des adeptes. L' AIS, qui travaille de concert à renforcer chacun des quatre piliers de la santé, représente pour eux comme pour plusieurs « laissés-pour-compte » de la médecine une réelle bouée de sauvetage. J'en ai été maintes fois témoin.

2. LE PILIER STRUCTUREL

Ce pilier correspond pour la médecine classique au domaine musculo-squelettique, qui s'exprime particulièrement à la suite de blessures : contusions, entorses, accidents d'auto, chutes, fractures. L'approche médicale se limite souvent au repos, à l'application de glace ou de chaleur, et à la prise d'analgésiques ou d'anti-inflammatoires qui permettent à l'organisme de se réparer. Je crois fermement, à l'instar de plusieurs intervenants ostéopathes ou chiropraticiens, que les symptômes résiduels après une blessure ou un accident doivent être abordés énergiquement et globalement pour éviter leur chronicisation et des pertes fonctionnelles. L'approche classique évolue dans la même direction, en particulier chez les victimes de coup du lapin (*whiplash*) ; en effet, la SAAQ (Société d'assurance automobile du Québec), qui indemnise les victimes d'accidents de la route, offre aux accidentés un programme d'intervention rapide par des équipes pluridisciplinaires expertes qui évitent la chronicisation et le déconditionnement qui peuvent découler de ces lésions. Jusqu'à tout récemment, appuyé par des études australiennes, l'Ontario remboursait aux accidentés du travail les soins chiropratiques qu'ils recevaient dans certains milieux de façon systématique en parallèle et en collaboration avec le système médical.

Au-delà de leur apport inestimable et remarquablement efficace en pathologie aiguë³, les approches chiropratique et ostéopathique peuvent bénéficier à une foule de conditions fonctionnelles chroniques dont les symptômes ne s'expriment pas uniquement dans la mécanique du corps humain. L'approche chiropratique repose largement sur la notion de complexe de subluxation vertébrale. Le chiropraticien arrive à détecter ces anomalies grâce à ses perceptions tactiles systématiquement développées en cours de formation : il ressent ces anomalies comme des zones d'hypomobilité vertébrale au niveau des segments atteints. Cette réduction de mouvement est entretenue par un cercle vicieux de douleur, spasme musculaire et irritations des racines nerveuses de ces segments vertébraux. Le chiropraticien consciencieux saura rompre ce cercle vicieux en travaillant les chaînes musculaires notamment par les points gâchettes⁴ pour une détente musculaire optimale. Cela favorise un ajustement vertébral plus facile et souvent indolore.

Remarquons que ces points gâchettes sont distribués sur tout le corps et correspondent à la description des points d'acupuncture, depuis longtemps maîtrisés par les acupuncteurs pour soulager les conditions douloureuses ou musculo-squelettiques, indication d'application remarquablement efficace de cette AMC. Je tiens à souligner l'efficacité de la combinaison acupuncture/chiropratie ou ostéopathie dans les conditions douloureuses ou vertébrales.

Mes observations m'amènent à recommander très fréquemment une évaluation chiropratique dans les cas posttraumatiques ayant entraîné un impact vertébral ou crânien, en particulier dans les cas de contusions au coccyx ; en outre, les cas de malaises vagues, de céphalées ou d'étourdissements, de difficultés de concentration, sont souvent améliorés par les traitements, par exemple, sur les hautes vertèbres cervicales. Ces désordres vertébraux peuvent être corrigés assez facilement, surtout si l'on s'en occupe rapidement, afin d'éviter des problèmes fonctionnels chroniques.

-
3. Je parle principalement dans cette discussion de ces deux AMC mais reconnais l'intérêt de méthodes de massage, en particulier l'orthothérapie, sans oublier la contribution évidente et beaucoup mieux connue des physiothérapeutes et ergothérapeutes (qui se forment souvent à l'ostéopathie) et des kinésioles.
 4. Ces points ont été identifiés par le physiothérapeute Travers : il existe des tableaux décrivant visuellement la localisation des points et de leur irradiation douloureuse.

L'ostéopathie, quant à elle, s'appuie intimement sur une connaissance approfondie de l'anatomie. Il existe au Québec plusieurs écoles d'ostéopathie dont deux très sérieuses offrent un curriculum très exigeant et recrutent des thérapeutes ayant déjà une formation préalable pertinente (surtout en physiothérapie). Plusieurs médecins ont suivi ces formations et font aussi partie du corps enseignant de ces écoles.

La philosophie de départ de l'ostéopathie est que la mobilité détermine la fonction; une des notions centrales est celle du mouvement respiratoire primaire (MRP) que l'on enseigne à reconnaître dès le début de la formation ostéopathique. Ce phénomène peut être décrit comme un subtil gonflement/dégonflement de la région observée⁵ selon un rythme propre d'un cycle par 6 à 9 secondes (s'apparentant au flux et reflux de l'océan). L'existence de ce rythme a d'ailleurs été démontrée scientifiquement par un excellent physiothérapeute/ostéopathe québécois⁶. L'observation de MRP selon ce qu'on nomme l'axe craniocervical offre un reflet de la bonne marche du système cérébro-spinal : soutien essentiel à une bonne vitalité. L'ostéopathe s'applique largement à relancer le MRP en travaillant les tensions, les déplacements et les ralentissements observés, selon des patrons pathologiques précis. Au fur et à mesure des séances successives en ostéopathie, ces patrons vont se transformer puis se normaliser avec l'amélioration des symptômes.

Suivant l'école de pensée de l'ostéopathe, selon la nature du problème présenté ou des anomalies objectivées, le travail se fera sur l'un ou l'autre des axes suivants : structure mécanique, MRP, relations viscérales. Ce dernier élément, quoique difficile à comprendre par des notions de médecine occidentale, représente un outil souvent très efficace pour soulager nombre de patients souffrant de douleurs diverses (en particulier la relation de lombalgie/fatigue et la position des reins), de problèmes gynécologiques fonctionnels (ici toutes les problématiques du sacrum, du coccyx, du postpartum ou d'implication de cicatrices vicieuses ou d'adhérences pelviennes peuvent contribuer aux malaises de la patiente), de palpitations, d'essoufflements ou de malaises précordiaux d'origine nerveuse (où le positionnement cardiaque, les relations médiastinales et la dynamique diaphragmatique semblent jouer un rôle). Sans exclure la démarche médicale, l' AIS permet de dépister les cas qui pourraient correspondre à une

5. Le MRP peut être et doit être perçu dans toutes les parties de l'organisme, car il témoigne de l'afflux vital.

6. M. Yves Lavallée.

problématique fonctionnelle et de diriger le patient en conséquence vers un ostéopathe ou d'autres praticiens en AMC, selon les indices recueillis dans son histoire et son examen⁷. Depuis les débuts du CSH, avec l'accord souvent enthousiaste des patients, nous procédons à des discussions d'équipe qui permettent un tour de table qui met à profit les connaissances et les expériences de chacun ainsi que les observations sur le cas particulier des thérapeutes impliqués. Au quotidien, les échanges ponctuels et informels se font entre thérapeutes, entre le médecin et les thérapeutes impliqués dans les cas qui le justifient. Ces discussions rapides seront approfondies lors des réunions d'équipe mensuelles pour les cas plus complexes.

Pour conclure mes remarques sur le pilier structurel, je veux souligner qu'il est très fréquent que les résultats apportés par le chiropraticien ou l'ostéopathe amènent le patient à poursuivre une série de traitements ; une fois qu'il a trouvé la modalité thérapeutique qui lui procure systématiquement des résultats, le patient peut ainsi continuer à y recourir sans devoir consulter le médecin à nouveau. Si le thérapeute prudent et expérimenté le croit opportun ou nécessaire, au vu des symptômes présentés, ou si le patient le souhaite, l'évaluation médicale sera faite rapidement : voilà un des grands avantages d'une AIS par une équipe interdisciplinaire.

3. LE PILIER PSYCHOLOGIQUE

Mon intérêt pour la psychologie et l'approche humaniste a précédé mon entrée en médecine et l'a aussi fortement motivée.

Le CSH a la très grande chance de compter en son sein une psychologue jouissant d'une expérience professionnelle variée et d'une ouverture personnelle aux AMC. Un protocole d'interventions concertées offre aux clients qui souffrent de symptômes anxiodépressifs ou d'épuisement et souhaitent une réponse naturelle à leurs malaises une démarche d'AIS formelle, encadrée par une infirmière clinicienne. Ce protocole vise à outiller rapidement la personne qui se sent à risque de « craquer » d'une panoplie de moyens concrets de prise en charge, et à identifier, si besoin est, les piliers sur le(s)quel(s) agir. Avec le recul d'une année de fonctionnement,

7. Le médecin qui s'intéresse à l'AIS devient un fin limier pour le diagnostic fonctionnel et l'orientation thérapeutique ; surtout lorsqu'un dialogue étroit et suivi se fait entre lui et le patient et les thérapeutes impliqués dans les soins. Le CSH est à cet égard un merveilleux espace de réflexion et d'apprentissage nourri par l'apport de chaque patient (en particulier ceux présentant les cas les plus difficiles à « démêler »).

j'ai observé que cette méthode permet au client de faire efficacement l'inventaire des obstacles à sa guérison et des solutions possibles, à un moment où il se sent en perte de contrôle. Cette démarche est à la fois dynamisante et rassurante, car il y a toujours le filet de sécurité médical : la médication psychotrope fait partie des outils de soutien disponibles et est parfois essentielle à l'amélioration clinique. L'AIS telle que pratiquée au CSH fait une large place aux aspects psychologiques, psychosociaux et psychosomatiques pouvant influencer l'état du patient. Comme je l'ai mentionné plus haut, ma formation homéopathique et mon intérêt profond pour la médecine « corps-esprit » m'amènent à avoir une écoute particulière du malade et à rechercher activement sa perception des circonstances ayant pu contribuer à sa maladie. Cette façon d'entendre l'historique et de laisser le patient le dire, en posant les questions qui permettent d'approfondir et de préciser les liens qu'il peut faire, a un effet souvent abréactif et clairement thérapeutique qui se manifeste par la libération des émotions et la sensation puis l'expression d'un soulagement. On arrive ainsi très souvent à discuter dès la première rencontre des « vraies affaires », ce qui favorise des choix thérapeutiques plus efficaces.

Quelques outils concrets servent à identifier les éléments pertinents au volet psychologique : lors de la consultation initiale, d'un suivi périodique ou à la première visite pour un problème psychologique ou lié au stress, le patient remplit un premier questionnaire⁸. Ce questionnaire simplifié permet au médecin de saisir en un coup d'œil le niveau de tension ou de détresse psychologique et d'évoquer un risque suicidaire ou un potentiel d'abus de substances, sujets qui sont fréquemment occultés quoique de grande importance lors d'une visite médicale courante. En plus d'offrir au médecin une information précieuse, ce simple questionnaire indique au patient l'ouverture de ce dernier à une discussion sur cette dimension du problème et son intérêt pour les observations et les inquiétudes plus profondes qu'il veut exprimer. Lors des visites d'urgence et de suivi régulier, le patient répond à un questionnaire plus court qui lui permet de préparer sa visite et d'établir ses propres constatations, hypothèses, actions et besoins. Le pilier psychologique se trouve donc en filigrane de chacune des consultations par les thèmes qui y sont abordés et par la manière dont l'accueil se fait. Dans cette dynamique médecin-patient se dessine une connivence qui éclaire la démarche thérapeutique et lui donne un sens.

8. Dépistage des risques suicidaires, voir annexe B et C.

4. LE PILIER ÉNERGÉTIQUE

Je termine la présentation des quatre piliers de la santé par le pilier énergétique qui est un concept plutôt ignoré, décrié, sinon méprisé par la médecine occidentale, mais très favorisé par les approches traditionnelles orientales, par l'acupuncture avec ses origines tibétaines, chinoises ou japonaises; largement diffusé en Europe à l'époque des conquêtes; par l'ayurvéda en Inde; par la polarité: synthèse contemporaine de plusieurs méthodes, conception occidentale de l'éveil des forces curatrices innées, liées aux forces universelles et de facture plus ésotérique; par le shiatsu qui s'appuie largement sur les principes et concepts de l'acupuncture sans utiliser d'aiguilles; par le Reiki originant du Japon. Le pilier énergétique représente toujours une certaine énigme pour le scientifique.

La méthode homéopathique, quant à elle, dès le début avec Hahnemann, fut liée à la tradition médicale. Elle s'est vue fortement marginalisée même dans ses bastions européens après que ses percées en terre d'Amérique à la fin du XIX^e et au début du XX^e siècle eurent été effacées par l'essor de la démarche d'investigation expérimentale. Cette dernière, basée sur l'utilisation de substances purifiées et isolées, à des dosages de forte action biologique, souvent au seuil de la toxicité, offrait des résultats thérapeutiques plus facilement vérifiables ou attribuables à l'action particulière du médicament. Les grandes écoles médicales homéopathiques se sont alors tranquillement éteintes, puis ont dû fermer leurs portes. La formation homéopathique est devenue l'affaire d'écoles privées, parrainées par les laboratoires homéopathiques dont l'envergure financière ne pouvait concurrencer celle des grandes firmes pharmaceutiques conventionnelles. Le médecin intéressé par cette méthode devait choisir de s'y former après avoir complété ses études médicales. Souvent le fruit de la curiosité, cette démarche amenait le médecin, suivant son intérêt personnel, son confort avec cet outil ou la demande de sa clientèle, à intégrer l'homéopathie dans sa pratique courante. La pratique homéopathique a glissé vers deux pôles: la pharmacie d'officine, où nombre de pharmaciens québécois correctement formés à l'homéopathie proposent à leurs clients des remèdes facilement accessibles en formules de complexes «grand public» et offrant souvent un bon dépannage symptomatique; et l'homéopathie plus classique reprise par des homéopathes souvent très solidement formés à la méthode et par des naturopathes, des acupuncteurs ou des chiropraticiens souhaitant appuyer ainsi leur intervention thérapeutique. Grâce à sa manière si particulière de regarder le malade et ses problématiques, à sa capacité de répondre précisément à des situations en apparence disparates, et à la

puissance souvent remarquable des réactions thérapeutiques qu'elle induit, la démarche homéopathique représente un excellent outil pour l'AIS. Les remèdes sont quasi exempts de dommages thérapeutiques, d'erreurs de dosage ou d'effets secondaires véritables ; ils sont une excellente réponse à la pathologie aiguë, seuls dans les conditions plus simples ou avec les traitements classiques pour des conditions plus sévères. L'arsenal thérapeutique homéopathique est d'une grande polyvalence, il s'ajuste bien au niveau d'expertise de chacun. Après dix ans de pratique de l'homéopathie pluraliste typique à la France, j'ai appris les fondements d'une méthode appelée Homotoxicologie, qui s'appuie sur des bases plus médicales et offre une gamme de complexes très performants et d'application souple en clinique médicale quotidienne. Il est fréquent de constater une bonne réponse à ce genre de traitement de la part de patients hypersensibles ou intolérants aux traitements usuels, aux cas défectifs ou bizarres pour lesquels la grille d'évaluation homéopathique est beaucoup plus ajustée que l'interprétation strictement médicale. J'ai observé que les enfants traités ainsi depuis leur tout jeune âge et les clients très sensibles à l'acupuncture sont d'excellents sujets pour l'homéopathie. Celle-ci peut aussi offrir un solide appui à une stratégie thérapeutique visant les piliers psychologique, structurel ou métabolique à l'intérieur d'une AIS.

Quant à l'acupuncture, son enseignement dans le réseau scolaire québécois (au Cégep de Rosemont) et son accession éventuelle au statut universitaire (comme l'a réussi la chiropratique à l'Université de Québec à Trois-Rivières) lui ont donné une certaine crédibilité : on voit maintenant les acupuncteurs s'associer à des équipes médicales et offrir leur services dans des polycliniques, des services de physiothérapie, des cliniques de la douleur, en suivi de grossesse et en salle d'accouchement. Plusieurs médecins d'ici ont été formés et reconnus comme acupuncteurs, la plupart avant l'ouverture de l'école du Cégep de Rosemont ; leur pratique reste néanmoins extrêmement marginale et plutôt limitée aux pathologies musculosquelettique. D'ailleurs, si l'acupuncture est plutôt reconnue pour ses effets sur la douleur, son champ d'action est beaucoup plus vaste et ses possibilités dans les cas d'allergies, de troubles fonctionnels digestifs, de troubles hormonaux, d'insomnie, de nervosité, de fatigue, sont grandement appréciées de ses adeptes.

En conclusion, le pilier énergétique représente un aspect essentiel de l'AIS, quoiqu'il soit beaucoup plus difficile à cerner scientifiquement. Les grilles d'évaluation propres à ses thérapeutiques vont souvent permettre une compréhension beaucoup plus facile des cas inclassables ou difficiles

à soigner par l'approche médicale traditionnelle. L'approche thérapeutique qui y correspond est souvent explorée d'emblée par ces patients qui cherchent une autre ouverture thérapeutique ou une autre vision de leurs problèmes de santé. À l'intérieur d'une AIS, ces outils de réflexion et de traitement viennent favorablement compléter le travail sur les autres piliers et, dans plusieurs cas, deviennent le principal axe d'intervention.

CONCLUSION

En conclusion, je vous ai présenté dans ces pages ma vision et ma pratique de l'AIS telle qu'elle a évolué au CSH depuis quinze ans. Comment l'avenir nous interpelle-t-il ? Je vois deux clés importantes pour ouvrir les chemins d'une diffusion plus large de cette manière de « prendre soin ». La première clé se trouve dans le volet éducatif du CSH auprès de sa clientèle. Chaque client qui nous consulte pour une approche de santé globale intègre des connaissances et développe de nouvelles attitudes, de nouvelles aptitudes qu'il rapporte dans son milieu ; cet outil de promotion puissant s'appuie sur la communication et la richesse du tissu social, vecteurs d'une idée dont le temps est venue.

La seconde clé repose sur le volet recherche, troisième mandat que nous voulions donner au CSH, car si l'AIS peut faire des adeptes convaincus, elle doit aussi trouver une validation et une orientation à travers le regard systématique du chercheur. Je crois que le CSH est un lieu idéal pour l'étude de cette façon de soigner.

Le CSH peut à son humble mesure relever le défi le plus grand auquel doit faire face tout le réseau de la santé. Les sociétés occidentales sont chacune aux prises avec un débordement de leur système de santé. Je crois qu'une des réponses fondamentales est de favoriser le plus tôt et le plus universellement possible l'éclosion du sens de la responsabilité de chacun face à sa santé dans les petits gestes quotidiens : bien s'alimenter, bouger dans le plaisir, bien traverser les stress de la vie, et trouver la manière de faire circuler l'énergie en soi. Au-delà de la promotion de recettes de vie et des principes de base d'hygiène, chacun doit découvrir sa manière d'évoluer sur ce chemin de changement ; à notre équipe et à chaque thérapeute qui la compose de trouver la manière d'appuyer ce mouvement de vie chez ses clients.

MÉDECINE INTÉGRATIVE ET NATUROPATHIE HOLISTIQUE

Daniel KIEFFER

Président de la Fédération française de naturopathie (FENAHMAN)

et de l'Union européenne de naturopathie (UEN – Bruxelles)

Directeur du Collège européen de naturopathie traditionnelle holistique – CENATHO

Auteur, conférencier international, consultant

1. LES FONDEMENTS DE L' AIS

L'approche intégrée en santé (AIS) me semble naître d'une nécessité multifactorielle, où se croisent au moins trois dynamiques.

1.1. DES IMPÉRATIFS PRATIQUES: LES NOUVELLES EXIGENCES DES CONSOMMATEURS DE SOINS DE SANTÉ

S'il est ainsi légitime, pour de plus en plus de patients, de revendiquer la jouissance du libre choix thérapeutique¹, c'est aussi parce que la conscience

1. La question du libre choix thérapeutique est ici importante et ce droit fait normalement référence aux droits fondamentaux clamés depuis la *Déclaration universelle des droits de l'homme* et par toutes les Constitutions.

collective s'est peu à peu éveillée, depuis les brassages culturels des années 1970, à la réalité d'autres approches de la santé et de la maladie. L'opinion publique commence donc à percevoir d'autres possibilités de soins (comme les médecines ayurvédique, chinoise, psychosomatique, énergétique, quantique...).

En ce début de troisième millénaire, tous les sondages confirment l'importance et le désir de mieux prendre soin de soi, de sa qualité de vie, et donc de prendre en charge sa santé sur un mode plus actif, plus autonome; de même les approches naturelles de la santé semblent de toute évidence privilégiées². Les consommateurs de santé sont les forces vives qui œuvrent, souvent longtemps avant le vote des lois et des décrets, tels de précieux indicateurs de mutation socioculturelle.

1.2. DES CONSTATS TECHNIQUES : LA MISE EN ÉCHEC RELATIF DE LA MÉDECINE ALLOPATHIQUE

La médecine allopathique, fille et partenaire incontestée des sciences modernes, réalise des prodiges et sauve des vies chaque jour. Si les progrès technologiques sont incontestables, tant dans les outils diagnostiques que dans les solutions thérapeutiques chirurgicales ou médicamenteuses proposées, nous assistons hélas en parallèle au développement de la maladie de la médecine : croissance fulgurante des maladies dites de civilisation ou de société, flambée des maladies iatrogènes et nosocomiales, et faillite dramatique du système de remboursement (la sécurité sociale en France³).

De plus, la *Déclaration sur la promotion des droits des patients en Europe*, adoptée en 1994 à Amsterdam sous l'égide du Bureau international de l'OMS pour l'Europe, souligne que «les patients ont le droit de choisir leur médecin ou tout autre dispensateur de soins» et que «les patients ont le droit d'être pleinement informés de leur état de santé [...] et des possibilités thérapeutiques alternatives».

2. Sondage *Le Parisien*, 2007 : le vœu prioritaire des Français est de «prendre plus soin de sa santé» (55%) avant de gagner plus d'argent (33%).
3. Depuis sa création, la Sécurité sociale (SS) ne rembourse que le curatif (seule exception : les vaccinations) et les assurances complémentaires, même si elles sont largement favorables aux soins préventifs, ne peuvent couvrir que la part de soins curatifs non prise en charge par la SS.

Durant la formation en médecine allopathique, le secteur préventif est délaissé un peu plus chaque année au profit des études diagnostiques et thérapeutiques. Même l'intérêt de la prévention est discuté par nombre de médecins, accaparés par le suivi de malades (de plus en plus nombreux) aux bilans diagnostiques et aux traitements de plus en plus sophistiqués.

La médecine devenue malade, il devient incontournable de chercher des solutions nouvelles et satisfaisantes⁴.

1.3. UNE MOUVANCE PHILOSOPHIQUE : L'INFLUENCE DE LA SYSTÉMIQUE ET DE L'HOLISTIQUE EN SCIENCES HUMAINES

Enfin, les sciences sociales et humaines se sont enrichies depuis quelques décennies des apports de la systémique, éclairant non seulement les interactions des individus (transversalité), mais aussi la multiplicité des plans d'existence ou de conscience (verticalité) et les interdépendances entre les différents règnes (pensée holistique). Dans ce contexte, il convient de penser et d'agir différemment, et plus précisément d'accompagner intelligemment le glissement du concept du *je* vers celui du *nous*.

Il paraît ainsi cohérent de percevoir l'émergence d'une médecine intégrée qui puisse répondre aux attentes du public, offrir des soins restés jusqu'alors en marge du système institutionnel, et s'appliquer en considérant enfin avec respect tous les praticiens des arts de la santé concernés.

Il est urgent de sortir du conflit stérile *allopathie versus naturopathie*, et seule une approche intégrée en santé pourra prétendre à une solution positive où chaque partenaire se positionne en une complémentarité dynamique au service de la santé publique.

4. La France possède aujourd'hui les clés de son progrès sanitaire, à condition que les pouvoirs publics, les responsables administratifs et les citoyens eux-mêmes décident de se donner les moyens de promouvoir et de favoriser la santé dans sa vision globale, seule dimension authentique de prévention des maladies et de qualité de vie.

L'approche moderne de la pathogénicité, c'est-à-dire l'étude systématique du mécanisme fonctionnel local dans le passage de l'état de santé vers la maladie avérée, permet de considérer que tout a été répertorié ou découvert.

La médecine occidentale, dont la France s'honore d'être à la pointe du progrès, possède (par son histoire, son évolution, sa culture, sa recherche et ses pratiques) le système le plus performant que l'on puisse observer en matière de santé. Cependant, en matière d'économie de la santé (c'est-à-dire dans le rapport « qualité/prix » !), la France se situe bien loin derrière de nombreux autres pays...

Aussi faut-il concevoir l'idée d'une dynamique psycho-physio-énergétique qui évolue non seulement de la santé vers la maladie, mais surtout de la maladie vers la santé...

2. EN QUOI CE COURANT EST-IL DIFFÉRENT DES AUTRES CONCEPTS DE SANTÉ ?

La plus grande difficulté à laquelle nous nous heurtons n'est pas tant de valider les méthodes naturelles de santé telles que la naturopathie, mais d'ouvrir les consciences à *un autre possible* en matière de santé et de médecine⁵.

Les présupposés anthropologiques véhiculés par les médias comme les enseignants – des formations primaires aux formations supérieures – (présupposés sociaux, culturels, scientifiques, philosophiques...) impriment en nos cerveaux leurs concepts, leurs définitions, devenant la croyance, la vérité (du moment). Mais qui sommes-nous et que sont nos décideurs pour imposer cette vérité aux autres et la sacraliser ainsi⁶ ?

En d'autres termes, l'essentiel est, dans un premier temps, d'accepter de dialoguer avec l'autre, de l'écouter, de le respecter dans ses différences sans s'en sentir pour autant menacé ou déstabilisé. Cet aspect ressemble fort à l'une des premières clés de la psychologie ou de la communication, mais il est fondamental.

En cela l'AIS est différente puisqu'elle ne suppose pas, pour l'allopathe, de rejeter *a priori* telle ou telle discipline (déli, jugement péjoratif, peur) ou de la phagocytter (récupération), mais de l'entendre clairement dans sa spécificité, pour envisager ensuite une démarche authentiquement partenariale.

Au-delà des bénéfiques personnels, il s'agit de considérer les bénéfiques pour la population et pour le système social dans son ensemble.

On verra que pour le naturopathe, cette approche suppose aussi une démarche particulière, associant non seulement rigueur méthodologique et scientifique, mais aussi éthique (respect, humilité et conscience de ses limites notamment).

5. Nous rappellerons que depuis la création de l'Ordre des médecins, en 1940, toutes les lois et orientations du système de santé français ont été faites de manière unilatérale et exclusive, ramenant les problèmes de santé et de prévention au seul traitement des maladies, à leur dépistage précoce et aux campagnes de vaccination. D'ailleurs, la seule formation médicale proposée et officialisée est celle issue de la pensée allopathique moderne.

6. Et si la *dictature médicale* dont parlent Jean Dury ou Guilaine Lanctot n'était qu'un épiphénomène, une lecture partielle et périphérique d'un plus vaste phénomène difficile à discerner et à nommer ? Et si notre liberté était surveillée, conditionnelle, intentionnellement noyée dans un bain de croyances devenues certitudes inébranlables ?

« Pour comprendre une science, il faut comprendre son histoire », disait Claude Bernard. Il me semble ainsi tout d'abord indispensable de retracer les grandes étapes de l'histoire de la médecine naturopathique qui nous préoccupe plus particulièrement ici, afin de la comprendre dans ce qu'elle est et ce qu'elle n'est pas.

Officiellement, on parle de naturopathie depuis 1895 sous l'impulsion de John Scheel, lui-même inspiré par les travaux du curé Sébastien Kneipp et des hygiénistes allemands (Rausse, Hahn, Just, Felke...), mais c'est en 1902 que Scheel confie son concept à Benedict Lust (prononcer « loust ») qui protège alors le terme en fondant la première école aux États-Unis. Il devient ainsi le père incontesté de la naturopathie.

Par la suite, sous l'impulsion croisée des hygiénistes américains et européens, d'autres grands noms apparaissent, comme Lindlhar, Kellogg, Macfadden, Shelton ou Jensen aux États-Unis, Stanley Leif en Grande-Bretagne, Carton, les frères Durville, Pierre Valentin Marchesseau⁷ ou André Roux en France.

Les fondements philosophiques, scientifiques et techniques de la naturopathie définissent clairement sa spécificité. Si la naturopathie est modélisée et formalisée depuis plus d'un siècle, ses racines puisent dans toutes les grandes traditions hygiéno-médicales du monde, depuis les civilisations de Sumer et des Esséniens jusqu'en Orient, avec les médecines ayurvédiques et chinoise par exemple. Mais c'est assurément à Hippocrate, trois siècles avant J.-C., que nous devons l'impulsion la plus originale, et les praticiens d'aujourd'hui sont toujours fidèles à ses enseignements – oubliés ou méconnus des thérapeutes le plus souvent et probablement aussi des médecins allopathes qui prêtent pourtant toujours le serment du même nom⁸.

Sur le plan philosophique, la naturopathie intègre le concept nommé *vitalisme*, c'est-à-dire qu'elle étudie, respecte et gère « l'énergie vitale » intrinsèque de l'individu, qui permet à la fois de maintenir la santé (*homéostasie*) ou de la retrouver (*régénérescence, autonormalisation, voire autoguérison*).

7. Marchesseau (1911-1994) proposera une synthèse étonnante et son enseignement gagnera vite tous les pays latins ainsi que le Canada francophone (Boucher, Gagnon, Turgeon, Chevrefils, Barbeau, Brunet, Magny...).

8. Serment d'Hippocrate qui a été profondément remanié et très largement élagué à de nombreuses reprises.

Notons que ce concept est universel dans le temps (histoire) et dans l'espace (géographie) – sous les termes de *Prâna* en Inde, de *Chi* en Chine, de *Physis* ou *Vis Naturae Medicatrix* chez Hippocrate, ou de *Rouah* en médecine hébraïque par exemple –, mais rejeté par l'allopathie depuis ses origines (liées au positivisme matérialiste de la fin du XIX^e siècle et aux découvertes scientifiques physiologiques et biochimiques). Le vitalisme authentique ne survit aujourd'hui que chez les naturopathes, les homéopathes, les acupuncteurs ou les magnétiseurs.

Sur le plan scientifique, on parle d'*humorisme*, terme néohippocratique supposant qu'il n'est pas de santé sans équilibre du *milieu intérieur* : « les humeurs » (le sang, la lymphe et les liquides interstitiels et cellulaires) pouvant souffrir de surcharges (déchets, toxines et pollutions diverses), de carences, d'altérations bioélectroniques ou de troubles de la circulation.

Sur le plan technique, nous appliquons les règles de l'*hygiénisme* traditionnel, c'est-à-dire tous les éléments naturels pouvant entretenir ou optimiser la santé : eau, air, alimentation, compléments alimentaires, exercices physiques, ensoleillement, gestion du stress, plantes et huiles essentielles, techniques réflexes, manuelles ou énergétiques, etc. L'hygiénisme recouvre à la fois le champ de la prévention primaire active, le souci du respect écologique et la qualité de vie qui en découle.

Sur le plan méthodologique enfin, nos stratégies s'appuient sur le *causalisme* (recherche des causes premières des troubles et non des symptômes apparents) ainsi que sur le *holisme* (approche globale et dynamique de l'être humain, sur ses différents plans d'existence, et en interaction permanente entre eux et avec l'environnement).

Pour résumer, voici la définition française :

La naturopathie, fondée sur le principe de l'énergie vitale de l'organisme, rassemble les pratiques issues de la tradition occidentale et repose sur les dix agents naturels de santé. Elle vise à préserver et optimiser la santé globale de l'individu, sa qualité de vie, ainsi qu'à permettre à l'organisme de s'autorégénérer par des moyens naturels.

La naturopathie d'aujourd'hui réactualise et rénove parfaitement les fondements hippocratiques hygiénomédicaux définis par les sept concepts essentiels suivants (habituellement traduits en latin) :

<i>Primum non nocere</i>	D'abord ne pas nuire
<i>Vix medicatrix naturae</i>	Suivre la nature guérisseuse (Physis ⁹)
<i>Tolle causam</i>	Traiter la cause
<i>Docere</i>	Enseigner
<i>Anthropos holos</i> (grec)	Considérer l'homme total
<i>Deinde purgare</i>	Drainer, détoxifier
<i>Arceo</i>	Prévenir

Il me semble important de souligner ces éléments épistémologiques car ces fondements appartiennent en toute légitimité à notre patrimoine et n'ont rien de commun avec les fondements de la médecine allopathique. Ni supérieurs ni inférieurs, ils sont simplement *différents*. Ils n'apparaissent pas dans les programmes des formations en médecine institutionnelle (allopathique). Ils précisent et affirment précisément notre *différence*.

Notons que s'il est aisé pour un médecin institutionnel d'intégrer dans sa pratique la phytothérapie, la nutrithérapie ou l'acupuncture symptomatique (car il s'agit de substituer un remède naturel, ou des points à piquer, à un traitement classique), il lui est très difficile d'intégrer *l'esprit naturopathique*.

Par exemple :

- Nul ne guérit jamais, ni aucun remède, mais seule la nature est guérisseuse, au moyen de l'énergie vitale du patient (la *vis naturae medicatrix* d'Hippocrate, le *médecin intérieur*) ; le thérapeute devient alors un éducateur et un accompagnateur, bien plus qu'un soignant.
- La maladie est considérée comme *une et humorale* (Louis Kuhne), c'est-à-dire générale avant d'être locale, et liée à un déséquilibre du milieu intérieur, surchargé, altéré ou carencé. Il convient alors de considérer la personne dans sa globalité et, en première intention, de chercher comment rétablir son équilibre humoral (par telle cure, tel réglage alimentaire, tel exercice, tel drainage, telle utilisation de l'eau, du souffle, des plantes, de la relaxation, etc.).

9. Le grec *physis*, puissance vitale, a donné l'anglais *physician* = le français médecin.

- Il faut éduquer le patient, le rendre *acteur de sa santé* (la prévention primaire active); sans jamais culpabiliser la personne, il s'agit d'accompagner sa prise de conscience, de la rendre plus responsable en lui montrant comment son comportement l'a éloignée d'une hygiène de vie optimum.
- Des faisceaux de causes peuvent s'interpénétrer et demandent une *connaissance hiérarchisée des différents plans d'existence de l'individu* (plans physique, énergétique, émotionnel, mental, environnemental...). La jeune neuro-psycho-endocrino-immunologie est un bel exemple où les sciences de pointe conjuguent enfin leurs approches sur un mode complémentaire et multifactoriel (systémique).
- Il peut exister une forme d'anatomie, de physiologie, de pathologie, de pédagogie, de bilan et de soin sur ces différents plans (*naturopathie holistique*).
- Les conseils et cures naturopathiques ne visent pas à supprimer le symptôme (combattre la maladie), mais à optimiser l'autoharmonisation de l'organisme (homéostasie, régénérescence, voire auto-guérison) *en s'appuyant sur la partie saine de l'individu* (renforcer la santé et non pas combattre la maladie).

À ce sujet, précisons que l'étude de l'homme sain (l'être en santé) comme celle du milieu (écologie) n'appartiennent pas au champ des études médicales classiques (mais très partiellement peut-être encore aux études d'infirmière).

Plus précisément encore, si la santé elle-même est un concept abstrait pour l'allopathe qui a étudié à fond la maladie et ne sait approcher la santé que comme une absence de troubles, elle est l'objet central des études du naturopathe.

3. MA CONCEPTION DE L'AIS

Comme jamais encore, le brassage des cultures et des croyances amène en notre temps une bouffée de concepts nouveaux, souvent enthousiastes, parfois maladroits dans leur prétention à nous offrir des ébauches de synthèses, des syncrétismes proches de l'amalgame. Les années 1960 et

la *contreculture* ont à ce propos apporté leur part de révolution culturelle – adolescent envol d'un souffle novateur et rebelle – et ébranlé les détenteurs des dogmes dans leurs convictions les plus farouches¹⁰.

L'important est de croître en conscience, répétait Alexander Lowen, et l'on sait bien que tout processus de croissance suppose une succession de deuils. Notre société, *allopathisée* au plus haut point, ne pourra résister encore longtemps à ce *lâcher prise*, le deuil nécessaire de ses privilèges de savoir et de droit à une médecine déstabilisée, pétrie d'un peu de la peur de ce qu'elle ne connaît pas et de beaucoup d'orgueil pour ce qu'elle croit être.

L' AIS suppose donc l'effort considérable de s'ouvrir à une conception non majoritaire de la santé et de la maladie, à une médecine radicalement différente, dite aussi *médecine traditionnelle* (par OMS) ou *médecine non conventionnelle* (par les instances européennes)

Il ne s'agit en aucune façon d'une démarche indépendante (*médecine parallèle*), d'une substitution (*médecine alternative*) ni du choix d'une technique plus écologique (*médecine douce*), mais véritablement de concevoir sereinement un nouveau paradigme, tout à fait étranger à notre culture moderne où l'allopathie est devenue la seule référence, donc l'unique réalité envisageable. Allopathie, médecines douces et naturopathie interviennent en fait *en des temps différents de l'histoire de la personne en santé ou malade*.

4. LES VOCATIONS DU NATUROPATHE

Le praticien naturopathe n'usurpe en rien les fonctions ni les titres du médecin allopathe: il ne pose pas de diagnostic et n'entreprend pas de traitement symptomatique de la maladie. Il ne s'ingère jamais non plus dans un traitement éventuel en cours.

10. La médecine du XXI^e siècle participera, à n'en pas douter, de cette mutation des consciences et des pratiques, et peu importe qu'on l'associe ou non à la symbolique de ce que certains sociologues nomment *l'ère du Verseau*.

Le naturopathe est et doit demeurer un éducateur de santé¹¹, un généraliste de la santé au même titre que l'allopathe est de plein droit un intervenant et un généraliste de la maladie.

Le champ de la prévention primaire¹² telle que la définit l'OMS est et doit demeurer son terrain d'action privilégié. Parfaitement complémentaire des médecins et des autres professionnels de la santé, il agit avant tout en amont de la maladie, et par ses conseils permettant d'accompagner la plupart des troubles fonctionnels ou chroniques et de favoriser alors la régénérescence, l'autoguérison du patient.

4.1. L'IMPORTANCE D'UN CORPS PROFESSIONNEL D'ÉDUCATEURS DE SANTÉ DE HAUT NIVEAU.

Si la naturopathie est une médecine de bon sens, elle doit toutefois être pratiquée par des professionnels très correctement formés. Ces professionnels existent, dans le monde entier, chaque fois que des instituts privés, encadrés par des associations, des fédérations ou des syndicats, offrent de solides formations.

Depuis un siècle, des organismes de formation professionnelle privés existent dans presque tous les pays d'Europe, aux États-Unis, au Canada, en Australie ou en Amérique latine. Les formations doivent intégrer un minimum de sciences fondamentales (du niveau minimum des formations

11. Le « Rapport français du Conseil économique et social » de 1982 insiste sur la nécessité d'une véritable prévention sanitaire. On peut y lire : « L'éducation pour la santé est l'un des moyens de la prévention dont elle revêt le double aspect, individuel, en améliorant la qualité de vie de chacun, et collectif, en étant susceptible de limiter à terme le besoin de soins. » « L'éducation pour la santé devrait constituer un facteur favorable à un ralentissement de la progression des dépenses de santé. »

12. C'est dans le contexte des « rapports sur la santé en France » publiés depuis 1984 par le Haut Comité de la santé publique et les recommandations des Conférences nationales et régionales de santé (États généraux de la santé) que Bernard Kouchner (ex-ministre de la Santé français) a mis en place ce « Plan national d'éducation pour la santé ».

On peut y lire que si la « prévention secondaire » est liée essentiellement à la détection précoce des maladies et que la « prévention tertiaire » a pour but d'éviter les récurrences et d'aider les malades ou handicapés à mieux vivre de leurs possibilités, la « prévention primaire » se situe en amont des problèmes de santé et vise à éviter leur apparition. S'y confirme également que « l'éducation pour la santé a pour but que chaque citoyen acquière, tout au long de sa vie, les compétences et les moyens lui permettant de promouvoir sa santé et sa qualité de vie ainsi que celle de la collectivité ».

des infirmiers habituellement), afin de maîtriser les bases de l'anatomie, de la physiologie, de la biologie et de la sémiologie différentielle d'exclusion. S'y ajoutent des formations très poussées en hygiène nutritionnelle et diététique, en exercices physiques, en relaxation et gestion du stress, en hydrologie, en iridologie, en réflexologie, en phytoaromathérapie, en énergétique, etc. (les dix techniques traditionnelles naturopathiques)¹³.

Encore une fois, ces matières sont particulières à notre art et, loin de constituer un simple catalogue de techniques où puiser pour utiliser une médecine douce et combattre une maladie ou un symptôme, elles ne prennent sens que dans un programme d'hygiène vitale individualisé (ou programme personnel de santé) conçu par suite d'un long bilan naturopathique particulier (bilan de vitalité et de terrain, non diagnostic).

4.2. LA POSITION DE L'OMS ET DU CONSEIL DE L'EUROPE EST FAVORABLE.

À ma connaissance, l'Europe politique, économique et sociale est non seulement plutôt ouverte aux thérapies naturelles, mais elle prend une position critique vis-à-vis du système en place. Nous savons par exemple que le Rapport Béraud de 1992 dénonce clairement l'usure du système de soin ainsi que sa « non-qualité médicale et économique ». L'OMS déclare aussi que tout individu doit pouvoir accéder « à un état de complet bien-être physique, mental et social », la santé ne consistant « pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité »¹⁴.

13. En France à ce jour, quatre ans d'études validant plus de 4400 heures de travail (en crédits européens ECTS).

14. Dans le volumineux rapport de l'OMS (« Santé 21 ») sur la nouvelle politique cadre de la Santé pour tous pour la région européenne au XXI^e siècle, nous pouvons souligner notamment les points essentiels qui suivent : « Les politiques sanitaires devraient préparer les individus à vieillir en bonne santé, en menant une action planifiée systématiquement de promotion et de protection de la santé pendant l'ensemble de l'existence. La possibilité de s'épanouir sur le plan social [...] ainsi que l'exercice physique améliorent la santé des personnes âgées. »

« [...] il faut adopter une approche intégrée de la promotion de la santé, de la prévention des maladies, du traitement clinique et de la réadaptation » (point n° 5 du programme). « Les maladies cardiovasculaires, le cancer, le diabète, l'obstruction pulmonaire chronique et l'asthme constituent ensemble les principaux problèmes de santé de la région européenne. »

« Ils pourraient être éliminés dans une large mesure si tous les pays organisaient, aux plans national et local, un programme intégré visant à réduire les facteurs de risque communs : tabagisme, mauvais régime alimentaire, manque d'exercice physique,

L'exercice des praticiens de santé hygiénistes, éducateurs de santé naturopathes, est officiellement fiscalisé en France (!) comme ailleurs et légalisé dans plus de dix nations européennes à ce jour¹⁵. Ces professions sont répertoriées par l'Agence pour la création d'entreprise (APCE / Liste des professions libérales) relevant du Secrétariat d'État aux PME, au commerce et à l'artisanat, ainsi que par le Bureau International du Travail (BIT n° 0-79.90 et n° 3241 de la CITP de 1988) relevant de l'ONU.

consommation d'alcool et stress [...]. Un élément important d'un tel effort devait être constitué par un soutien vigoureux de l'autoprise en charge, y compris le recyclage des professionnels de santé pour leur faire connaître cette notion» (point n° 8).

«Une incitation à se nourrir plus sainement et la réduction de l'obésité se traduiraient par des gains de santé considérables [...]».

«La pratique du vélo et de la marche accroît l'exercice physique, réduit la fréquence des accidents mortels, favorise le contact social et réduit la pollution atmosphérique [...]» (point n° 11).

«Tous les enfants devraient avoir le droit de recevoir une instruction dans une *école-santé* qui intègre les questions relatives à la santé dans une conception globale, ce qui permettrait ainsi aux écoles de promouvoir la santé physique, sociale et psychologique des élèves, du personnel enseignant, des familles et des collectivités» (point n° 13).

«Bien trop peu a été fait pour mesurer avec précision et pour analyser de manière systématique la valeur réelle offerte par les différentes stratégies et méthodes pour réduire un problème de santé donné. Quels sont l'efficacité et le coût relatifs des différentes méthodes utilisables pour prévenir, diagnostiquer et traiter, par exemple, les allergies, les cardiopathies, la dépression, etc. ?» (point n° 16).

«Dans la plupart des États membres, les infrastructures et fonctions de la santé publique auront besoin d'être remplacées et modernisées [...]; la formation des professionnels de santé publique à tous les niveaux devrait les préparer non seulement aux tâches techniques, mais aussi à jouer le rôle d'animateurs, de médiateurs et d'avocats en faveur de la santé [...]» (point n° 18).

«Autoprise en charge : Toutes les activités de soin de santé menées par les individus pour eux-mêmes et leur famille, ce qui comprend le maintien de la santé, la prévention des maladies, l'autodiagnostic et l'autotraitement» (Glossaire / Annexe 5 du rapport).

«Éducation sanitaire : Action consistant à offrir les possibilités d'apprentissage pour faciliter les changements de comportement» (*ibid.*).

«Promotion de la santé : [...] il s'agit d'une notion en évolution qui désigne les mesures visant à favoriser des modes de vie et d'autres facteurs sociaux, économiques, environnementaux et personnels qui contribuent à la santé» (*ibid.*).

15. L'excellent dernier ouvrage de M^e Isabelle Robard éclaire très précisément cette importante question et je tiens à rendre ici un très respectueux et chaleureux hommage à ses compétences juridiques comme à son enthousiasme à défendre nos professions depuis bien des années (à lire absolument : *Médecines non conventionnelles et droit*, éditions Litec).

Le rapport «La santé publique dans la communauté européenne¹⁶», qui s'appuie sur le bien-fondé du *Traité de Rome* (libre circulation des personnes, y compris des professionnels de santé et de leurs patients – 1957), souligne l'article 129 du *Traité de Maastricht* précisant «que l'accent doit être mis sur la promotion de la santé et sur la prévention des maladies¹⁷».

Pour rappel, la très positive et historique *Résolution européenne Collins et Lannoye* (Bruxelles, 29 mai 1997) fut le premier texte officiel à prendre une position très favorable pour la reconnaissance de nos professionnels non médecins. Y figurent clairement les professions de *naturopathe*, d'acupuncteur, d'homéopathe, de praticien de médecine traditionnelle chinoise, de médecin anthroposophique, de phytothérapeute, d'ostéopathe et de chiropraticien. Pour autant, elle n'a pu «inviter vivement» les différentes nations «à s'harmoniser pour intégrer positivement les médecines non conventionnelles». Elle n'a pu définir ni de date butoir d'application, ni de méthodologie de travail, et encore moins de sanction en cas de refus... Il est donc grand temps, dix ans plus tard, de nous organiser pour suivre ces directives, et c'est la principale vocation de l'Union européenne que j'ai l'honneur et la charge de présider actuellement.

5. COMMENT J'APPLIQUE L' AIS CONCRÈTEMENT DANS MA DÉMARCHE CLINIQUE AU QUOTIDIEN

Mon quotidien compte plusieurs centres d'activités dans lesquels règne l'esprit de l' AIS.

16. Emploi et Affaires sociales / Commission européenne 2000. DG V/F.3. Office des publications officielles des communautés européennes.

17. Ce rapport affirme :

- «qu'il importe de susciter un mode de penser favorable à la santé».
- «qu'il convient en outre de développer les compétences personnelles afin que la population dispose des connaissances nécessaires pour [...] prendre en charge sa santé».

Il «encourage les États membres à faire de la promotion de la santé l'une de leurs priorités et à mettre en commun leurs idées et leurs expériences».

Son programme de promotion de la santé se décline en cinq volets principaux :

- stratégies et structures de promotion de la santé ;
- actions particulières de prévention et de promotion de la santé ;
- éducation de la santé ;
- information sur la santé ;
- formation professionnelle en matière de santé publique et de promotion de la santé.

En tant que formateur en naturopathie, je m'efforce, dès mes premiers cours, d'éveiller la conscience des futurs thérapeutes à la gravité de la situation sanitaire occidentale. Je suis à l'origine d'une naturopathie contemporaine qualifiée d'holistique, c'est-à-dire soucieuse d'accompagner les consultants (bien portants ou malades) dans une démarche responsabilisante, la prise en charge de leur santé globale étant l'un des éléments essentiels à nos idéaux.

Mes cours portent tout particulièrement sur l'aspect psychologique, philosophique, éthique et déontologique de la naturopathie moderne, et mon équipe de formateurs se charge largement des aspects plus techniques. Je me dois donc d'insister sur l'importance du respect mutuel, de la complémentarité et de l'interdépendance des praticiens médecins et non médecins.

Formés aux sciences fondamentales, les naturopathes français doivent posséder un solide sens de leurs propres limites d'action et se limiter par vocation au secteur de la prévention, de l'éducation pour la santé et de l'accompagnement des troubles fonctionnels. Ils appartiennent au champ de la relation d'aide.

En tant qu'auteur, je m'applique à faire de mes ouvrages des outils utiles aux étudiants, aux professionnels, mais aussi au grand public, car la dimension pédagogique de notre art est incontournable, et c'est probablement l'un des aspects qui manquent le plus au système médical institutionnel.

En tant que conférencier, je joue un rôle comparable et non seulement je m'interdis tout discours critique ou polémique vis-à-vis du corps médical, mais j'évoque sans cesse un avenir commun nécessaire pour respecter l'esprit de l'AIS.

En tant que praticien de santé naturopathe, j'exerce ma profession telle qu'elle a été définie depuis un siècle aux États-Unis et codifiée il y a soixante ans en France, c'est-à-dire sans prétendre au titre de docteur en médecine, ni au diagnostic ni au traitement de tel ou tel symptôme¹⁸. La réforme de vie que j'initie et propose à mon consultant est un authentique programme qui remet en cause les habitudes de vie, le comportement seul pouvant modifier, en conscience, le terrain¹⁹.

18. En respect de l'article 4161-1 du Code de la santé publique et de notre code de déontologie tout comme de nos textes fondateurs.

19. Qu'il soit humoral (surcharges, carences, échanges), énergétique (vitalité, revitalisation) psychosomatique, dépendant de l'environnement, etc.

Les cures naturopathiques (détoxication, revitalisation, anti radicaire, stabilisation, régénération...) y déclinent les dix techniques traditionnelles, composées de trois techniques dites « majeures » : l'*hygiène alimentaire* (nutritionnelle et diététique, compléments alimentaires, cures saisonnières...), l'*hygiène du mouvement* (exercices physiques tels que la marche, la natation, la gymnastique, la musculation, la danse, les arts martiaux...) et l'*hygiène neuropsychique* (relaxation, gestion du stress, alternances travail / repos, sophrologie, fleurs de Bach...), et sept techniques dites « mineures » : l'*hydrologie* (bains, douches, affusions, saunas, thermalisme, thalassothérapie...), l'*hygiène respiratoire* (libération et contrôle du souffle, ionisation, aérosols...), les *techniques manuelles* (massages relaxants de type coréen, californien...), la *réflexologie* (podoréflexologie, shiatsu, points de Knap, sympathicothérapie...), l'*énergétique* (magno et magnétothérapies...), la *phytologie / aromatologie* (plantes et huiles essentielles) et les *rayonnements* (héliothérapie, chromothérapie...) individualisées en fonction des énergies vitales disponibles, des surcharges²⁰ ou des carences²¹.

Le tout s'élabore une fois que le bilan naturopathique²² ou bilan de vitalité a été effectué par des observations et des palpations (morphologiques, iridologiques, pulsologiques), une anamnèse détaillée, voire des bilans biologiques ou énergétiques complémentaires (bioélectronique, cristallisations sensibles, bilans des acides gras, bilan du stress oxydatif, images type Kirlian, etc.).

En tant que président de fédérations de naturopathie, je me préoccupe de demeurer fidèle à ce concept en tâchant de mobiliser la conscience corporative à l'échelle nationale et européenne. L'Union européenne de naturopathie (Bruxelles) s'est ainsi fixé des objectifs précis :

- a) Regrouper les associations et syndicats représentatifs de la profession dans les différentes nations européennes.

C'est le premier de nos objectifs, et, pour le moment, nous pouvons compter sur la bonne volonté des associations italienne, espagnole, portugaise, belge, allemande et française.

20. Voir *L'homme empoisonné*, éditions Grancher.

21. Voir *Encyclopédie de revitalisation*, éditions Sully.

22. Voir *Guide personnel des bilans de santé*, éditions Grancher.

- b) Normaliser les formations des praticiens.
L'idée est d'unifier les cursus pour en arriver à un programme commun d'enseignement (nombre d'heures et matières).
- c) Mettre en place un diplôme professionnel commun.
Sur ces bases de formation commune, il sera logique d'instituer un diplôme européen de naturopathie, permettant la validation et les équivalences des différents praticiens.
- d) Rédiger une charte ou un livre blanc européen de la naturopathie.
- e) S'accorder sur une déontologie commune.
- f) Regrouper un maximum de rapports cliniques afin d'objectiver clairement notre efficacité (validations scientifiques indispensables).
- g) Assurer aux professionnels une formation continue solide et régulière.

6. LA NATUROPATHIE : LE « CHAÎNON MANQUANT » DANS LE PANORAMA DE LA SANTÉ PUBLIQUE EUROPÉENNE

On l'a vu plus haut, des décennies de médecine allopathique en Occident ont peu à peu forgé des croyances inconscientes, devenues des évidences très difficiles à remettre en cause. Tous les médecins sont formés dans ce creuset philosophique exclusif, par des professeurs eux-mêmes nourris des mêmes croyances par leurs pairs. L'allopathe est ainsi devenu hautement sacralisé, détenteur du Savoir et du Pouvoir, au même titre symbolique que le dirigeant politique, le prêtre ou le policier ! Les médias, mais aussi les écoles et les universités confirment en permanence cette *sacralisation* médicale allopathique et, souvent, il ne vient même pas à l'esprit des consommateurs qu'on puisse la remettre en cause !

Quant aux compétences en médecine allopathique (d'un médecin), elles ne prévalent en rien sur les connaissances d'autres formes de médecine, surtout lorsqu'elles se situent dans un autre domaine que celui de la maladie²³.

23. Depuis plus de trente ans, des démarches ont été entreprises, en France, dans le but de faire mieux connaître puis reconnaître la naturopathie.

Peu à peu, et sous la poussée grandissante des malades, les médecins ont admis qu'une autre manière de soigner était possible et laissé entrouverte une brèche en faveur de l'ostéopathie, de l'homéopathie, de l'acupuncture, de la phytothérapie et d'autres médecines douces, à condition qu'elles soient exercées par des médecins allopathes afin de garantir leur sérieux et leur non-toxicité.

Notre tâche est donc clairement confirmée : informer, éduquer, donc *désinformer* positivement aussi, pour inviter à une réflexion nouvelle.

Heureusement, le *formatage* de la conscience collective n'est pas universel mais seulement occidental. De plus, cela ne fait qu'un peu plus d'un siècle que l'allopathie s'est répandue et imposée comme pensée médicale scientifique et dominante. Il n'est pas si loin, dans les mémoires du monde, le temps des médecins *vitalistes* tels qu'Ambroise Paré (« Je l'ai pansé, Dieu l'a guéri »), des thérapeutes spiritualistes esséniens « prenant soin de l'âme et du corps » car « bons compagnons sur le chemin de la santé et du salut », ou encore de notre inspirateur Hippocrate²⁴...

Si la naturopathie est effectivement *le* chaînon manquant dans un système de santé hypermédicalisé dont on connaît trop bien les limites et les failles, la crise de la médecine ne serait-elle pas aussi le reflet d'une crise de société qui s'enlise dans le matérialisme et le scientisme alors que la relation patient/thérapeute suppose en fait une écoute et un accompagnement humanistes et holistiques, intégrant les dimensions physiologique et psychologique de la personne, mais aussi ses dimensions énergétique, spirituelle et environnementale ?

La reconnaissance de la profession est aujourd'hui devenue incontournable, vu la volonté déterminée des consommateurs, de la législation déjà acquise dans les pays ouverts et du rapport santé/médecine allopathique en Europe. Selon les diverses statistiques communiquées par l'OMS ou

-
24. – « Tout d'abord ne pas nuire. »
 – « À tout malade, un régime tu donneras. »
 – « Médecin, soigne-toi toi-même ! La bonne leçon est celle qui émane de l'œuvre » (du comportement).
 – « En toutes choses, suis la nature. »
 – « Si ton œil est malade, soigne ta tête, mais ne néglige pas ton corps entier. »
 – « La vie est courte, l'art est long, l'occasion fugitive, l'expérience trompeuse, le jugement difficile. »
 – « C'est dans les diverses manières d'employer des moyens simples qu'un grand médecin diffère surtout des autres. »
 – « Le hasard, quand on vient à l'examiner, est reconnu ne pas exister ; tout n'est qu'enchaînement de causes et de conséquences. »
 – « Le pneuma, la force vitale, [...] est la plus grande force de cohésion et d'action de tout ce qui existe. L'espace est formé d'énergie vitale éthérée [...], elle donne la vie aux hommes et elle établit les défenses naturelles dans les maladies. »
 – « Remédier, c'est s'opposer à la cause de la maladie. » Or :
 • « L'essence de toutes les maladies est une : une imperfection de nos humeurs ; les maladies se guérissent par une évacuation spontanée ou provoquée. »
 • « Combien des symptômes [...] ne sont en fait que des remèdes ! »

les organismes observateurs (tels que le CREDES) par exemple, 25 à 80 % des Européens sont favorables aux médecines non conventionnelles et les ont expérimentées. De plus, il est clair que les gouvernements encore réticents à nous reconnaître sont de plus en plus *pris en sandwich* entre cette vaste détermination populaire et la pression considérable des nombreux États où nos professions sont reconnues et intégrées depuis des années. Enfin, nous avons vu plus haut que différents rapports ou directives européens ou mondiaux (OMS) soutiennent clairement le développement des professions de la santé préventive et des médecines « traditionnelles » ou « non conventionnelles ».

Comment ne pas garder bon espoir dans ce contexte ? Comment ne pas souligner que la reconnaissance de la naturopathie est probablement la seule solution profonde aux difficultés que connaissent les caisses de remboursement des soins (la Sécurité sociale en France par exemple) ? Comment ne pas évoquer l'énorme potentiel de création d'emplois dans des nations où les taux de chômage sont en hausse inquiétante ?

Si quelques générations de culture allopathique nous ont *presque tous* anesthésiés dans le vaste troupeau des « malades assistés », ne faut-il pas tout d'abord *reformat* notre mémoire vive, tout en nous préservant plus que jamais des *virus* que l'information (ou la désinformation ?) institutionnelle se plaît à médiatiser largement²⁵ ?

Notre perspective à moyen terme : la mise en action d'une *médecine intégrée*. L'avenir de la naturopathie n'est assurément pas à chercher dans un combat dualiste contre l'allopathie, mais dans une démarche ouverte à un partenariat où chacune des corporations pourra respecter l'autre dans sa différence et sa complémentarité. On ose donc parler de plus en plus

25. Depuis l'aube de la médecine, c'est-à-dire depuis plus de 6000 ans, les authentiques thérapeutes ont en commun le respect de la personne globale et de l'environnement, des forces autogénérisseuses, des manœuvres d'harmonisation humorale et de la prévention. Ainsi, est-il très rassurant et encourageant de retrouver les piliers de notre naturopathie contemporaine dans ces médecines antiques, qui sont toujours validées et pratiquées pour la plupart en Orient !

De même, nous apprenons d'année en année par la presse que les fruits et les légumes, tout comme l'exercice physique, la relaxation ou les plantes sont reconnus « bons pour la santé » ! Notre enseignement devient « scientifique », réjouissons-nous... (même s'il vaut mieux en rire !).

aujourd'hui de *médecine intégrée*²⁶ (en anglais, *Integrative medicine*), à l'image de quelques États nord-américains ayant su adopter un travail en commun au service du patient.

Une modélisation fort intéressante a été proposée au Canada²⁷. Le modèle australien est tout à fait encourageant²⁸. Une recherche en cours associe des participants venant du Canada, des États-Unis, du Royaume-Uni et de la Chine. On a présenté des exposés sur la pratique clinique des approches intégratives des soins de santé retenues dans quatre centres, soit le Marylebone Health Centre (Londres, Royaume-Uni), le Duke Center for Integrative Medicine (Caroline du Nord, États-Unis), le Shanghai Yueyang Hospital (Shanghai, Chine) et le Tzu Chi Institute (Vancouver, Canada)²⁹.

Andrew Weil semble l'un des vulgarisateurs de cette approche dynamique et ouverte sur la collaboration *des* médecines³⁰. Outre-Atlantique, plusieurs revues de référence sont disponibles³¹. Joseph Pizzorno, président de la très prestigieuse *Bastyr University*, nous semble l'un des chefs de file de cette naturopathie ayant su se départir de l'opposition, vouée à l'échec, entre les deux médecines. Ses ouvrages font référence internationalement et il œuvre depuis des années pour l'avancée mondiale de la médecine intégrée³². Il est aussi le rédacteur en chef de l'excellente revue *Integrative Medicine*³³. En France, depuis 2001, sous l'impulsion du sympathique doyen de la Faculté de Bobigny, le Professeur Pierre Cornillot,

26. Thierry Janssen (2006). *La solution intérieure*, Paris, Fayard ; François Choffat (2006). *Hold-up sur la santé*, Genève, Jouvence ; Davis Rakel et Charles Dickens (2002). *Integrative Medicine*, Londres, W.B. Saunders Company. Leonard A. Wineski (2005). *The Scientific Basis of Integrative Medicine*, Londres, CRC Press. Everett Koop (2005). *Fundamentals of Complementary and Integrative Medicine*, Londres, W.B. Saunders Company.

27. <www.hc-sc.gc.ca/francais/soins/romanow/hcc0566.html>.

28. <fr.wikipedia.org/wiki/Naturopathe>.

29. <www.hc-sc.gc.ca/sr-sr/finance/hprp-prpms/final/2002-integrative_f.html>.

30. Andrew Weil (2004). *Health and Healing : The Philosophy of Integrative Medicine*, Boston, Houghton Mifflin Company.

31. *Journal of Complementary and Integrative Medicine*, <www.bepress.com/jcim/>.

32. Joseph E. Pizzorno (1999). *Text Book of Natural Medicine*, Londres, Churchill Livingstone. Michael T. Murray et Joseph E. Pizzorno (2003). *Encyclopedia of Natural Medicine*, Rocklin, Prima. <www.newstarget.com/006845.html>.

33. <www.imjournal.com>.

plusieurs recherches méthodologiques et éthiques ont été publiées³⁴, et les naturothérapeutes possédant leur DUMENAT peuvent s'en inspirer. Dans cette mouvance, voire cet effet de mode, même la kinésithérapie envisage une pratique intégrée³⁵. Enfin, le présent petit ouvrage témoigne clairement de cette intention.

Trois principaux écueils à cette démarche sont toutefois bien réels, et il convient d'en souligner la pertinence dans le contexte francophone et de demeurer plus vigilants que jamais :

1. Le danger de *récupération par le système dominant*, institutionnel, l'allopathie. La naturopathie deviendrait en ce cas une *orientation* réservée aux seuls détenteurs d'un doctorat d'État en médecine, comme c'est officiellement le cas pour l'homéopathie, l'anthroposophie ou l'acupuncture en France. Pire, elle deviendrait une *spécialité*, mais ce scénario catastrophe est très peu probable (car cela supposerait la validation complète des techniques naturopathiques et leur intégration dans les cursus médicaux classiques).
2. Le danger de *réduire la médecine intégrée à une allopathie assouplie, prescrivant des plantes et des compléments alimentaires*³⁶. Cette déviance apparaît clairement dans presque tous les États américains où la naturopathie est une profession enregistrée et [...] *allopathisée* (ce néologisme – *allopathysed naturopathy or homeopathy* – se retrouve même en anglais, sous la plume des naturopathes et d'homéopathes³⁷ inquiets). Des acupuncteurs émettent la même réserve³⁸, ainsi que des praticiens ayurvédiques³⁹. Perdre notre identité serait ici perdre notre âme !
3. Le danger de *libéraliser la pratique de la naturopathie à des praticiens insuffisamment formés*, ce qui nuirait à l'image qualitative de la profession et donnerait prise aux critiques nous taxant si facilement d'incompétence, voire de charlatanisme.

34. <dumenat.smbh.univ-paris13.fr/francais/archmedline.htm>.

35. <www.fmtmedical.com/fmt_55/fmt-mag_55-35.html>.

36. <www.daytondailynews.com/health/altmed/shared/health/alt_medicine/ConsSupplements/Uses/VitaminEcs.html>

37. <www.homeoint.org/morrell/articles/pm_theor.htm> ou <www.homeoint.org/morrell/articles/pm_curan.htm>.

38. <bmj.bmjournals.com/cgi/eletters/320/7233/513>.

39. <education.nic.in/cd50years/u45/3Z/453Z0A04.htm>.

Le naturopathe Dan Labriola participe régulièrement à des débats de haut niveau, particulièrement sur la question essentielle suivante : Qui décidera de la validation des médecines non conventionnelles associées aux protocoles de médecine intégrée⁴⁰ ?

La courageuse encyclopédie libre *Wikipedia*⁴¹ propose une bibliographie très complète (en anglais)⁴² et une solide synthèse sur la question, ouvrant à une réflexion sur le fond et la forme :

- Comment développer utilement la recherche sur la validation des résultats cliniques des médecines non conventionnelles ?
- Comment assurer et valider l'efficacité des méthodes non conventionnelles lorsqu'elles sont pratiquées en même temps que les méthodes allopathiques ?
- Comment en garantir l'éthique indispensable ?
- Comment en garantir l'innocuité la plus absolue pour les patients ?

Ces questions demeurent ouvertes. Les réponses appartiennent à notre avenir et, plus que jamais, elles concernent non seulement les corporations de thérapeutes médecins et non médecins, mais l'avenir sanitaire des générations à venir et de notre planète.

En complément de cette contribution personnelle, je crois utile de reproduire ici l'abrégé du *Livre Blanc de la naturopathie* française, afin de préciser encore l'identité de notre art et comment il peut intervenir dans le panorama sanitaire national, en parfait partenariat avec le corps médical et paramédical.

40. <www.pbs.org/kcet/closetotruth/explore/show_11.html>.

41. <en.wikipedia.org/wiki/Alternative_medicine>.

42. La version française de cette étude est assurément plus tiède, à la mesure de la culture naturopathique française (!) mais demeure intéressante à consulter : <fr.wikipedia.org/wiki/M%C3%A9decine_parall%C3%A8le>.

7. UNE STRATÉGIE NOVATRICE POUR LA SANTÉ PUBLIQUE ET POUR L'ÉCONOMIE SANITAIRE

Abrégé du LIVRE BLANC de la NATUROPATHIE FRANÇAISE⁴³

- ▶ CONSIDÉRANT l'augmentation constante du nombre de malades en situation chronique ou lésionnelle, ainsi que l'augmentation incontrôlable des dépenses qui en découlent,
- ▶ CONSIDÉRANT que les instances nationales et internationales définissent une *PRÉVENTION PRIMAIRE* dont le rôle est de promouvoir et optimiser la SANTÉ et l'ÉDUCATION À LA SANTÉ afin d'éviter l'apparition des maladies,
- ▶ CONSIDÉRANT que la *PRÉVENTION PRIMAIRE* n'est pas mise en œuvre dans notre pays,

Le présent livre blanc a pour objectifs :

- La promotion de la NATUROPATHIE qui s'inscrit exactement dans le cadre de la *PRÉVENTION PRIMAIRE* active
- La création d'une loi cadre pour inscrire la NATUROPATHIE dans le contexte de la santé publique
- La mise en œuvre d'un programme d'éducation sanitaire où l'individu devient responsable de sa santé grâce à une hygiène de vie particulière
- De reconnaître l'existence de professionnels naturopathes, éducateurs de santé déjà en exercice et de favoriser la création de nouveaux emplois
- D'attirer l'attention des pouvoirs publics sur l'un des moyens les plus radicaux pour réduire le déficit de la Sécurité sociale.

La NATUROPATHIE : une réalité historique

Elle est commune aux grands courants médicaux traditionnels (Chine, Inde, Moyen-Orient...) et plus particulièrement issue de la pensée hippocratique. Elle s'est structurée voici plus d'un siècle aux États-Unis et en Europe.

La NATUROPATHIE : une réalité mondiale

La profession de NATUROPATHIE est parfaitement encadrée ou libre dans une majorité de pays tels que les États-Unis, le Canada ou l'Australie, et de nombreux pays d'Europe (Allemagne, Grande-Bretagne, Irlande, Suède, Norvège, Pays-Bas, Danemark, Portugal, Suisse, Hongrie, Russie...)

La NATUROPATHIE : une formation particulière de haut niveau

Dispensée dans des établissements privés, la formation professionnelle intègre, outre l'étude des sciences fondamentales, celle de l'hygiène vitale naturopathique, les techniques de bilan de vitalité et de terrain, ainsi que les dix méthodes naturelles de santé.

Cet enseignement s'aligne sur le niveau des meilleures écoles européennes et correspond à plus de 4400 heures d'études.

La NATUROPATHIE : une discipline douce et efficace

Toutes les études tendant à chiffrer la dangerosité des différentes disciplines médicales connues confirment une innocuité maximum pour la NATUROPATHIE.

De même, l'efficacité de la NATUROPATHIE est largement validée par des études cliniques internationales.

43. Collectif fédéral national / FENAHMAN / BP 40027-64210 Bidard ; Internet : <fenahman.org> et <www.naturopathe.net> ; Email : <fenahman@free.fr>.

La NATUROPATHIE et le respect de la loi française

Le praticien de santé NATUROPATHE, en tant qu'éducateur de santé, ne pose pas de diagnostic, ne prescrit aucun médicament ni traitement de maladie, et ne s'ingère en aucun cas dans un traitement médical en cours. Il respecte donc en tous points le code de la santé publique français (L 4161-1).

La NATUROPATHIE : réponse à une conscience collective

La NATUROPATHIE s'inscrit clairement dans une conscience écologique du vivant, soucieuse du respect de soi-même et de son comportement vis-à-vis de l'environnement.

D'autre part, on constate une demande croissante de soins naturels, une recherche de meilleure qualité de vie ainsi qu'un désir de devenir acteur de sa santé.

LE VIDE JURIDIQUE FRANÇAIS

En dépit des recommandations répétées de l'OMS et des rapports européens et français sur la santé publique, qui préconisent tous le développement de la PRÉVENTION PRIMAIRE et de l'AUTOGESTION DE SA SANTÉ, la France à ce jour n'a toujours pas pris position.

Par contre, les praticiens de santé NATUROPATHES sont soumis aux différentes redevances et impositions en vigueur.

VERS UNE PROFESSION ENCADRÉE

Depuis 1985, la Fédération Française de Naturopathie (FENAHMAN) et sa branche professionnelle (OMNES) ont œuvré pour assurer les meilleurs niveaux de formation en NATUROPATHIE, et regrouper les praticiens de santé NATUROPATHES.

Ces organismes ont rédigé une CHARTE et un CODE DE DÉONTOLOGIE et maintiennent un autocontrôle des formations et de la profession.

DIX MESURES POUR LA NATUROPATHIE

Au terme de ce Livre Blanc, nous demandons aux différentes instances politiques et juridiques responsables :

1. L'application dans les meilleurs délais des textes européens et français rédigés en faveur de l'intégration des médecines dites non conventionnelles et auxquelles appartient la NATUROPATHIE (« Rapport du Conseil économique et social », 1982 ; « Plan national d'éducation pour la santé », Bernard Kouchner, 2001 ; « Résolution européenne sur le statut des médecines non conventionnelles », Collins, 1997 ; « Programme européen de promotion de la santé », 2000 ; « Rapport Santé 21 » de l'OMS notamment).
2. De soutenir les enquêtes et études démontrant précisément les apports de la NATUROPATHIE dans le contexte économique en faveur des services de santé publique.
3. La reconnaissance des formations professionnelles de praticiens de santé NATUROPATHES non médecins – jusqu'à ce jour dispensées par des établissements privés –, et leur validation en termes de diplôme qualifiant et certifiant, ouvrant au libre exercice des praticiens de santé NATUROPATHES sur le territoire français.
4. En application de la résolution européenne sur le statut des médecines non conventionnelles (Collins, 1997), la reconnaissance des praticiens de santé NATUROPATHES comme professionnels responsables et indépendants, c'est-à-dire ni médicaux ni auxiliaires ou paramédicaux.
5. En application du Traité de Rome, la normalisation des échanges européens en matière de diplômes équivalents et ainsi la reconnaissance mutuelle des professionnels NATUROPATHES dans le cadre européen.
6. De promouvoir l'égalité des citoyens devant l'éducation à la santé, les soins conventionnels et non conventionnels et le libre choix de la thérapeutique.

7. Que toutes les mesures soient prises pour favoriser la création et le développement de centres populaires de NATUROPATHIE appliquée où puissent s'enseigner et se pratiquer les techniques d'hygiène naturelle de prévention primaire et de régénérescence de la santé
8. L'intégration d'un véritable partenariat entre les praticiens de santé NATUROPATHES et les autres corps professionnels médicaux et paramédicaux, au nom du respect mutuel des compétences et de la complémentarité des fonctions. Cette collaboration (Approche intégrée en santé) trouverait tout son bénéfice dans le cadre des soins dits de terrain, et dans le soutien des forces vitales des patients en situation de troubles fonctionnels.
9. L'encouragement et le soutien financier de protocoles d'études épidémiologiques particulières permettant de mieux valider les résultats cliniques de la NATUROPATHIE.
10. Le moratoire immédiat vis-à-vis des praticiens de santé NATUROPATHES qui exercent à ce jour dans le « vide juridique » français et donc l'arrêt de toutes poursuites éventuelles.

CONCLUSION

Quelles sont les limites de notre art ?

Tous les cas où l'individu ne peut pas (ou ne veut pas) se prendre en charge, réformer profondément son hygiène de vie : la médecine conventionnelle est alors clairement indiquée ; tous les cas où la vitalité est insuffisante pour soutenir les processus d'autoguérison naturelle (vieillards, grands asthéniques ou dépressifs, immunodéprimés...); tous les cas de maladies lésionnelles, traumatiques ou dégénératives (cancers, leucémies, cirrhoses, diabète, etc.) et toutes les situations d'usure tissulaire ou de destruction organique ; toutes les situations d'urgence ou de danger vital réel ou supposé (débordements infectieux, douleurs intenses, blocage d'organes d'élimination, etc.). *Plus complémentaire qu'alternative*, la naturopathie peut donc être encore plus justement perçue comme *un temps spécifique* dans l'histoire de la personne en santé, ou de la personne désireuse de devenir actrice de sa santé lorsqu'elle est en situation de trouble fonctionnel.

Si l'OMS, les directives européennes et les récentes orientations gouvernementales cautionnent l'importance de la prévention et des soins de santé primaires, et si une majorité de nations européennes font office de modèles d'intégration de la naturopathie, on comprend mal pourquoi les responsables français et québécois de la Santé publique ignorent l'existence des naturopathes ou réfutent leur intégration. Le partenariat allopathie/naturopathie me semble *in fine* un parfait exemple où l'Approche intégrée en santé peut s'appliquer favorablement, l'action composite de la naturopathie et de l'allopathie s'avérant possible et souhaitable. Ni médecin, ni guérisseur, ni paramédical, le praticien de santé naturopathe est indispensable pour entretenir et soutenir les forces vives de la personne (parties

ou fonctions saines), alors que la médecine classique (allopathie) pallie, compense ou normalise les activités organiques défaillantes (parties ou fonctions malades), dans un effort commun pour un retour à la santé ou pour la survie du patient dans des conditions optimales.

Il me reste à remercier chaleureusement mon confrère Jean-Claude Magny de m'avoir offert cette occasion de m'exprimer sur l'AIS, et de l'énergie qu'il investit sans compter pour servir nos idéaux communs sur le territoire du Québec. Je formule enfin le vœu qu'à partir de nos travaux la bonne volonté conjugulée des praticiens – médecins et non médecins –, de nos juristes et de nos décideurs politiques parvienne à se mobiliser rapidement et fertilement, au Québec comme en France.

BIBLIOGRAPHIE

- Kieffer, D. (dir.) (2008). *Livre blanc de la naturopathie*, Gap, Les Éditions Yves Michel.
- Kieffer, D. (dir.) (2008). *Votre première visite chez le naturopathe*, Gap, Le Souffle d'Or.

INTÉGRATION OU SUBORDINATION ?

Le cas singulier de la médecine homéopathique au Québec

Anne TAILLEFER, B.Sc., M.A., et Denis FOURNIER
Homéopathes, membres du SPHQ

Aujourd'hui, plusieurs s'entendent pour dire que les médecines non conventionnelles¹ (MNC) font maintenant partie du paysage des soins de santé de façon significative et exigent une attention sérieuse (Kelner *et al.*, 2003 ;

1. L'expression « médecine non conventionnelle » (MNC) a été retenue par la Commission européenne de Bruxelles pour qualifier les pratiques, comme la médecine homéopathique, qui font l'objet d'une reconnaissance progressive en Europe depuis les années 1990 mais ne sont pas encore une convention sociale. Ainsi nous opterons pour la même expression – MNC –, même si elle comporte une négation, au lieu de « médecine alternative et complémentaire – MAC –, et nous interchangerons « médecine conventionnelle (MC) » et « biomédecine ». Pour lire sur le sujet, voir A. Taillefer (2007). *Médecine alternative, médecine douce... Comment la nommer ? Le dilemme de la terminologie*, Syndicat professionnel des homéopathes du Québec, SPHQ-CSN, Montréal, <www.sphq.org>.

Adams *et al.*, 2007). Chez nos voisins américains, les visites chez ces praticiens dépassent aujourd'hui la totalité des visites chez les praticiens conventionnels (Eisenberg *et al.*, 1998). Chez nous, dans une étude canadienne de 1999, on indiquait que 73 % des répondants utilisaient au moins une de ces pratiques de santé (Ramsay *et al.*, 1999). Que ce soit dans la recherche, l'éducation, la santé publique (Silenzio, 2002), la professionnalisation des praticiens² ou pour répondre à la demande croissante et à la gestion quotidienne des besoins de santé de la population, nul ne peut nier l'importance qu'elles ont prise.

1. L'ÉTAT DE LA QUESTION

À ce propos, depuis peu, le mot « intégration » (approche intégrée en santé ou médecine intégrative) est sur toutes les lèvres ; il fait partie de la nouvelle orthodoxie en vogue dans les milieux branchés, mais son utilisation est aussi influencée par une récente poussée politique sur les réformes en santé (Bernard *et al.*, 2005 ; Contandriopoulos, 2003 ; House of Lords, 2000) et semble être le concept « *politically correct* » (Kaptchuk et Eisenberg, 2001).

En premier lieu, il faut constater que cette disposition à s'intéresser aux médecines non conventionnelles (MNC) et à « l'approche intégrée en santé » ne vient ni de la profession biomédicale ni du gouvernement, mais bien de leur faveur auprès de la population (Clair, 2000 ; Fournier *et al.*, 2002 ; Tataryn et Verhoef, 2001). Certains parlent même d'un mouvement social (Goldner, 2004 ; Verhoef et Findlay, 2003). En effet, depuis les années 1980 la majorité des études sur les MNC ont démontré l'intérêt toujours grandissant et l'utilisation accrue de ces pratiques de santé dans toutes les sociétés occidentales. Malgré l'apport important de la médecine conventionnelle (MC) en traumatologie et en chirurgie, le recours de la population aux MNC en dehors du système de santé s'explique principalement par une insatisfaction face à la MC, c'est-à-dire : 1) la dépendance à la médecine pharmaceutique et le souci grandissant de la population par

2. Veuillez noter que l'emploi du masculin incluant le féminin dans le texte n'a pour but que d'alléger notre français qui n'a pas encore trouvé de façon adéquate d'écrire le féminin dans toute sa spécificité. Sachons qu'au Québec, l'homéopathie est majoritairement pratiquée par des femmes.

rapport aux effets secondaires et iatrogéniques³ des médicaments (une cause majeure de décès et d'hospitalisation) (ECH, 2003); 2) les limites de la MC dans le traitement des maladies chroniques (Willison *et al.*, 2007), la résurgence des maladies infectieuses (Foladori, 2005) et le fait de centrer les soins de santé sur le processus somatique de la maladie, sur l'organe (modèle mécaniste, réductionniste), plutôt que de soigner la personne individuellement; 3) et l'insatisfaction vis-à-vis de la relation autoritaire, paternaliste et incongrue médecin/patient, dans laquelle ce dernier se voit privé du respect de ses choix en santé (Coulter, 1999; Hyland *et al.*, 2003; OMS, 2002; Rochon, 1988).

Effectivement, aujourd'hui, nul ne peut contester le monopole de cette MC corporatiste sur la santé ni son alliance historique avec l'État (Illich, 1975; Kellener *et al.*, 2006; Saks, 1995, 2001, 2003). Et qui dit monopole, dit également absence de diversité, notamment dans les pratiques de santé et dans la possibilité de faire des choix pour la population, et cela, malgré la Charte des droits et libertés de la personne qui reconnaît à chaque Québécois le droit à la thérapeutique de son choix (Larocque, 1998). La santé, chez nous comme dans la majorité des pays occidentaux, est donc synonyme de biotechnique, de pharmacologie, et est gérée par la profession biomédicale: parler du système de santé signifie parler essentiellement des infirmières, des médecins et des gestionnaires. Pourtant, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) soutient que chaque système de soins, MC et MNC, présente des avantages et des désavantages et que les patients doivent pouvoir obtenir les bénéfices de chacun gratuitement (Zhang, 2000).

Or notre système de santé est en crise – de financement⁴, de régulation, de valeurs, de savoirs – et nécessite une réforme en profondeur (Contandriopoulos, 1994) qui bénéficierait de l'apport des MNC. En réalité,

-
3. Une étude américaine de 1981 reprise en 2004 avait trouvé que près de 44 % des gens admis dans un hôpital universitaire avaient une maladie iatrogénique; chez 11 % des gens, cet incident menaçait leur vie ou produisait un handicap considérable et chez 2,4 % cela avait contribué à leur décès (Steel *et al.*, 2004).
 4. Le réseau de la santé a absorbé près de 40 % des ressources de l'État en 2000 et 44,3 % en 2007. En 2005, les dépenses devaient passer à 10,4 % du produit intérieur brut; les hôpitaux à eux seuls engloutissaient près de 30 % des dépenses totales et les dépenses pharmaceutiques continuent d'être celles qui augmentent le plus rapidement (IRSC, 2006). Bien que l'on pointe le vieillissement de la population comme une des causes de l'augmentation, il semble que l'innovation technologique, les dépenses pour les médicaments et l'inflation, qui ont pour effet de rendre les services plus onéreux, soient les facteurs les plus importants dans l'escalade des coûts (Fournier *et al.*, 2002; Villedieu, 2002).

plusieurs enquêtes effectuées dans l'Union européenne, aux États-Unis et au Canada montrent la demande continue et croissante de la population pour avoir accès à différentes MNC ; selon le pays, de 40 % à 80 % des adultes ont recours à une des MNC pour prévenir ou traiter une grande variété de problèmes de santé (Astin *et al.*, 1998 ; Health Canada, 2001 ; Hendrickson, 2006 ; Ong *et al.*, 2002 ; Ramsay *et al.*, 1999 ; York University Center for Health Studies, 1999).

On parle aujourd'hui d'une « approche intégrée en santé » dans laquelle on compte inclure ces MNC. Mais intégrer qui ou quoi au juste, et de quelle façon ? Qui va pratiquer les MNC ? Qui va définir celles qui seront intégrées ? Dans quel contexte ? Ce courant est-il différent des autres ou présente-t-il de façon plus « acceptable » pour la MC un discours qui rassure le public ? S'il n'est pas possible de répondre précisément à ces questions, l'objectif de cet article est de tenter d'amorcer une réflexion réaliste dans une perspective sociohistorique. Nous définirons d'abord les termes si fréquemment utilisés dans la littérature : médecine alternative et complémentaire (MAC), médecine non conventionnelle (MNC) et intégration. Il s'agira ensuite de souligner à la fois l'ascension de la profession biomédicale vers son monopole sur la santé, la présence historique de l'homéopathie comme pratique de santé et son actuelle situation socio-politique. Enfin, après avoir décrit les différents modèles possibles d'approche intégrée en santé, nous tenterons de présenter les limites de leur application pour la médecine homéopathique et les conditions nécessaires à une éventuelle forme d'intégration.

2. D'ABORD, DE QUOI PARLE-T-ON ?

2.1. À PROPOS DE MAC ET DE MNC

Il y a avant tout une énorme confusion à propos de la formule « médecine alternative et complémentaire » (MAC), qui représente un ensemble composé de techniques de soins hétérogènes (Kaptchuk et Eisenberg, 2001b ; Saillant *et al.*, 1987). Pour l'OMS et le NCCAM (National Center for Complementary and Alternative Medicine), les MAC incluent à la fois tous les divers systèmes médicaux complexes (*whole systems*) (homéopathie, acupuncture, naturopathie, ostéopathie/chiropraxie) et les diverses thérapies (massage, yoga, reiki, vitaminothérapie, etc.), les pratiques et les produits qui ne font pas partie actuellement de la MC et qui ne jouent pas un rôle majeur dans le système de santé national (National Institutes

of Health, 2004 ; Zhang, 2000). Le problème avec les diverses classifications, c'est qu'elles abordent toutes ces méthodes, thérapies, approches et techniques sur le même plan et font de la médecine conventionnelle (MC) la seule pratique médicale légitime. Mais toutes ces pratiques ne sont pas des médecines⁵. L'expression MAC amalgame 39 à 300 « approches » en santé (selon le NCCAM ou le Réseau canadien de la santé de l'Agence de la santé publique du Canada), sans oublier la confusion existant entre la naturopathie et l'homéopathie⁶. Souvent, « parler de médecine alternative, c'est comme parler d'étrangers : les deux termes sont vaguement péjoratifs et font référence à de vastes catégories hétérogènes définies par ce qu'elles ne sont pas au lieu de ce qu'elles sont » (OMS, 2002, p. 8). Les termes « alternatives et complémentaires » insinuent clairement un degré de subordination (Bombardieri et Easthope, 2000 ; Forte et Fraiz, 2002).

« MAC » est principalement une expression qui sert le politique : ce qu'on y met varie selon les pays (Astin *et al.*, 1998) et, de même, les types particuliers d'interventions considérées comme alternatives vont probablement changer dans le temps et varier selon les régions. Pour ces raisons, certains préfèrent séparer les MNC – les systèmes médicaux complexes – des MAC, car ils présentent un corpus de connaissances et de pratiques appliquées dans une action thérapeutique utilisant une approche de diagnostic et de traitement individualisés, dispensés par un praticien (Verhoef *et al.*, 2002 ; Verhoef et Findlay, 2003).

Ainsi, nous choisissons MNC – médecine non conventionnelle – car cette expression concerne essentiellement les cinq pratiques de santé les plus utilisées et les plus reconnues dans le monde (Zhang, 2000). En Belgique, en Inde, en France, en Norvège, en Allemagne ou en Italie par exemple, la population qui utilise une MNC choisit principalement la médecine homéopathique ainsi que l'acupuncture, l'ostéopathie, la chiropraxie et la phytothérapie/naturopathie⁷, qui sont les cinq principales MNC reconnues dans la littérature car elles sont organisées professionnellement

-
5. Une pratique de santé est définie comme une « médecine » par la présence d'un champ diagnostique particulier, d'un champ thérapeutique et d'un champ prophylactique (Fournier *et al.*, 2002).
 6. Pour une explication claire de leurs différences, voir C. Aubry (2007). *Pour distinguer l'homéopathie de la naturopathie*, disponible au <www.sphq.org>.
 7. L'expression anglaise utilisée est « *herbal medicine* ». Selon les pays et la culture, cela signifie à la fois la phytothérapie, la naturopathie (plus commune aux États-Unis et au Canada) et parfois la médecine traditionnelle chinoise. Mais ce débat ne fait pas partie de notre propos.

et constituent des systèmes médicaux distincts (House of Lords, 2000; Kaptchuk et Eisenberg, 2001b; Menniti-Ippolito *et al.*, 2002; Roberti di Sarsina, 2007; Zhang, 2000; Zollman et Vickers, 1999). Il est donc clair que qualifier la médecine homéopathique de MAC est inadéquat (Frank, 2002). Nous retiendrons donc les cinq MNC citées plus haut qui, par ailleurs, ne constituent pas non plus un ensemble homogène de médecines et possèdent plutôt des façons particulières de maintenir et de restaurer la santé en ayant différents déterminants. Chacune s'inscrit dans une situation sociohistorique et politique particulière et représente des approches diagnostique, thérapeutique et philosophique individuelles, d'où la nécessité de les considérer séparément. Mais ce qui nous intéresse ici avant tout, c'est la réalité de la médecine homéopathique.

2.2. QU'EST-CE QUE « L'INTÉGRATION » ?

Il existe aussi une confusion quant à l'utilisation du mot « intégration ». Certains auteurs (Kelner et Wellman, 2003; Verhoef et Findlay, 2003) préfèrent « médecine intégrative » plutôt que « soins de santé intégrés » ou « approche intégrée en santé », argumentant que le premier est plus juste et qu'à l'heure actuelle il n'y a pas de consensus dans la littérature, bien que les trois soient équivalents.

2.2.1. Définir les mots et les concepts

Quoi qu'il en soit, la plupart des auteurs s'entendent pour dire que « l'approche intégrée en santé » (ou « la médecine intégrative »), différente à la fois de la MNC et de la MC, est un concept autonome. Aussi, les définitions les plus courantes de ce concept restent souvent en périphérie du phénomène en ne mentionnant que l'aspect holistique des soins et la multitude des déterminants de la santé. Et du point de vue de la pratique, on ne mentionne souvent que l'accent mis sur la relation thérapeutique et la volonté d'utiliser un mélange des meilleures approches de traitement individualisé les plus appropriées, conventionnelles et non conventionnelles (Bell *et al.*, 2002; Maizes et Caspi, 1999). Ici aussi, les définitions varient selon la perspective des auteurs.

Toutefois, la définition de l'« intégration » nous « renvoie, d'une façon générale, à la volonté de mettre en place une interdépendance étroite entre [...] les membres d'une société. Elle consiste en une volonté de resserrer les liens entre des acteurs ou des composantes d'un ensemble organisé afin

d'atteindre des objectifs ou des buts jugés souhaitables» (Contandriopoulos, 2003, p. 4). Mais surtout, il y a dans l'idée de l'intégration celle de la création d'un espace commun ou d'une zone d'échanges égalitaires entre des parties, dans la «volonté de préserver la liberté des acteurs et le potentiel d'innovation qui peut en découler» (*ibid.*). Cette interdépendance, fondée aussi sur l'autonomie des praticiens, suppose que chacun «détient les ressources, les compétences, la légitimité nécessaire pour apporter une réponse (scientifiquement, professionnellement, techniquement, socialement) légitime et valide aux problèmes [...]. La coopération des acteurs [et non la concurrence] est donc au centre de la problématique de l'intégration» (*ibid.*). Pour ce faire, il est donc nécessaire de pouvoir remettre en question l'exclusivité du paradigme biomédical dans notre système de soins, sa vision de la santé, de la maladie et de la façon de soigner, et de faire une place nouvelle à d'autres façons de penser la santé. Or envisager un tel changement de paradigme semble illusoire (Khun, 1983) et il est évident que la supposition implicite de ce processus de fusion entre des MNC et la MC procède d'une inégalité initiale de pouvoir et de valeur entre les deux approches. L'ensemble plus large qui est politiquement dominant (la MC) porte les valeurs, la culture et le cadre conceptuel dans lesquels il s'attend à ce que l'autre groupe (les MNC) s'assimile (Bell *et al.*, 2002).

On assiste alors à ce qui est en train de devenir un élément clef dans l'application du concept d'intégration : détenant la légitimité juridique et politique ainsi que le discours, la MC incorpore de façon sélective des modalités venant surtout des MAC, sinon plus rarement d'une MNC comme la médecine homéopathique, dans sa pratique clinique et dans le plan de traitement conventionnel. Cette assimilation ou récupération a pour effet d'assurer l'hégémonie biomédicale plutôt que de permettre une réelle intégration faite de coopération (ECH, 2003 ; Kaptchuk *et al.*, 2005, Saks, 2006 ; Salkeld, 2008).

2.2.2. Relever les diverses critiques

Plusieurs auteurs ont déjà fait des mises en garde à propos de cette notion d'intégration des MNC à la MC. Saks (2006) montre bien, dans une perspective historique, comment la relation entre les praticiens a comme conséquence, non pas de défier la domination de la profession médicale, mais plutôt de favoriser l'incorporation sélective de traitements non conventionnels dans les services de santé. Caspi (2001) parle de la présence d'une médecine combinée et non de médecine intégrative puisqu'il n'y a pas

création d'une nouvelle propriété incluant des praticiens égaux, mais plutôt assimilation par une certaine reconnaissance de techniques éprouvées par le temps. Meeker (2001) note que, s'il n'est pas menaçant d'intégrer l'emploi du millepertuis pour remplacer le Prozac dans un même modèle pharmacologique, aborder la place des professionnels non médecins dans la discussion est une autre histoire. Par exemple, pour protéger leur « territoire », les médecins se font certifier en homéopathie, en acupuncture ou en ostéopathie. On peut également se questionner sur l'intérêt réel des médecins pour les MNC quand on lit dans une étude que seulement 40 % des gens révèlent à leur médecin qu'ils consultent un praticien de MNC (Eisenberg *et al.*, 1998). De plus, que penser d'une autre recherche sur les étudiants en médecine qui révèle que plus les étudiants avancent dans leurs études, moins ils estiment que les MNC jouent un rôle important dans les soins de santé (Greenfield *et al.*, 2006) ? On sait aussi que le parcours réel des individus vers la médecine homéopathique est semé d'embûches (scepticisme, mauvaise presse, illégitimité, ostracisme du médecin, inaccessibilité) et que, malgré cela, sa popularité demeure (Taillefer, 2008).

Comment croire à une réelle intégration quand le discours dominant récupère les notions de « santé globale » et celles de « soins centrés sur le patient » ? Comment croire que cela soit possible à réaliser dans un contexte qui traite de façon mécanique et réductionniste, dans un cadre où la règle est de standardiser les soins et non de les individualiser, et alors que la relation thérapeutique est dominée par le paternalisme ? N'est-il pas difficile aussi de penser intégrer la médecine homéopathique qui demande plus de 3000 heures de formation (ECCH, 2000) ainsi que la connaissance d'une pharmacopée particulière de plus de 6000 remèdes, sans parler d'un savoir-faire qui va à l'encontre de l'approche biomédicale de la MC ?

3. INTÉGRER OU RÉINTÉGRER LA MÉDECINE HOMÉOPATHIQUE ?

La médecine homéopathique, comme l'acupuncture et l'ostéopathie, est considérée comme une MNC, c'est-à-dire un système médical complexe qui est pratiqué à la fois par des médecins (France, Italie, Inde, Brésil), et donc parfois intégré au système de santé, mais aussi par des professionnels non médecins, surtout depuis les années 1970 (Allemagne, Canada, Royaume-Uni) (Cant et Sharma, 1995, 1996 ; Fournier *et al.*, 2002). Or, vouloir réfléchir à son intégration possible, c'est devoir passer par son histoire.

La médecine homéopathique a eu dans le passé une place de premier rang dans les soins de santé et a même reçu dans plusieurs pays une reconnaissance officielle⁸ (Fournier *et al.*, 2002; Winston, 1999). Aujourd'hui fort populaire auprès de la population (Cant et Sharma, 1996; Feder et Katz, 2002), elle est soit intégrée aux systèmes de santé nationaux de nombreux pays, soit reconnue par une législation favorable à son exercice, comme en Allemagne, au Royaume-Uni, en Inde, au Pakistan, au Sri Lanka, au Mexique, au Danemark, en Suède, en Finlande, aux Pays-Bas, en Irlande et en Belgique (Fournier *et al.*, 2002; Poitevin, 1999; Winston, 1999). Même si elle est surtout pratiquée en dehors du système de santé public, elle commence à faire sentir sa présence dans des contextes plus conventionnels, comme dans la pratique générale, les soins infirmiers, le milieu des sages-femmes et même dans certains conglomérats traditionnellement conservateurs comme des équipes multidisciplinaires spécialisées à l'hôpital (gériatrie, oncologie, soins palliatifs, maladies chroniques) (Bretscher *et al.*, 1999; Burns *et al.*, 2000; Samano, 2005). Dans cette nouvelle tendance, aux États-Unis, 27 facultés de médecine, comme Harvard et Duke, ouvrent ce qu'elles appellent des «centres de médecine intégrative» où le service est supérieur, dit-on, parce qu'il offre le meilleur de la MC, avec ses diagnostics et ses traitements de pointe, tout en utilisant les thérapies complémentaires (des MAC en réalité). Dans ce contexte, on ne peut parler d'«intégration»: il s'agit bien, ici, de «subordination». La MC assujettit les MNC à sa vision biomédicale en utilisant seulement certaines de ses modalités. Or on est en droit de se demander quelle place est alors réservée à la médecine homéopathique, à sa philosophie et à sa thérapeutique.

3.1. LA PRÉSENCE DE LA MÉDECINE HOMÉOPATHIQUE DANS L'HISTOIRE ET SA RÉSISTANCE

L'homéopathie s'étend dans les pays européens à partir des années 1810. Aux États-Unis, elle aurait été introduite par un médecin de Boston en 1825. La première institution homéopathique d'enseignement a vu le jour en Pennsylvanie en 1835. Au tournant du xx^e siècle il existait une certaine pluralité médicale (Kaptchuk et Eisenberg, 2001) et près de 10 % des

8. Par exemple, même si l'homéopathie est devenue une spécialité médicale en 1980 et a été officiellement admise dans la pratique par le système de santé brésilien en 1999, ce n'est qu'en mai 2006 que le ministère de la santé du Brésil publiait une politique nationale des pratiques intégratives et complémentaires, comprenant l'homéopathie, l'acupuncture, la phytothérapie dans les soins de santé primaire desservant 150 millions de personnes (de Barros et Galhardi, 2008).

médecins américains étaient homéopathes, dont un certain nombre de femmes (Squier, 1995 ; Taylor Kirschmann, 1999). Une vingtaine de collègues et plus de cent hôpitaux homéopathiques existaient alors aux États-Unis. Le nombre d'hôpitaux homéopathiques, généralement soutenus par l'État, augmenta considérablement jusque dans les années 1930 (Winston, 1999). Mais à la fin du XX^e siècle, certaines avancées médicales, notamment la théorie du mécanisme des maladies, la théorie du germe de Pasteur, le développement des techniques antiseptiques et la découverte de l'anesthésie, ont volé la vedette. Aussi, le fameux rapport Flexner de 1910 déclencha des changements majeurs dans l'éducation médicale. Autorisant la domination sociale d'une médecine dite scientifique, orientée sur la recherche, dans laquelle les sciences biologiques et l'entraînement en laboratoire devenaient la fondation de la connaissance médicale (positivisme ou médecine scientifique) (Berliner, 1976, 1984 ; Taylor Kirschmann, 2004 ; Turner, 2003), ce rapport a eu un impact autant en Europe qu'au Canada. Le discours scientiste a donc servi à étayer la puissance et le statut du rôle des praticiens de la MC qui prétendent encore aujourd'hui que leur système de connaissances est supérieur aux autres fournisseurs de soins de santé (Lupton, 2000). La médecine homéopathique, considérée comme la plus menaçante adversaire, fut si profondément affectée par ces développements qu'après 1910 il ne restait qu'une quinzaine d'établissements d'enseignement, dont la plupart se sont éventuellement convertis en école allopathique ou ont carrément fermé leurs portes (Saks, 2001 ; Winston, 1999).

C'est autour de 1960 que la popularité de la médecine homéopathique se raviva aux États-Unis (en 1999, plus de 6 millions d'États-unisens utilisaient l'homéopathie) (Ni *et al.*, 2002) et au Canada, en partie grâce à des mouvements sociaux comme le féminisme et l'écologisme qui ont permis une critique de la MC, perçue comme agent de contrôle social par sa tendance à médicaliser chaque étape de la vie des gens (Illich, 1975 ; Lupton, 2003). Aujourd'hui, dans un contexte légal différent, on trouve au Royaume-Uni⁹ au moins cinq hôpitaux homéopathiques, 350 centres de santé incluant la médecine homéopathique (Taillefer, 2008) et des fonds

9. Effectivement, le NHS (*National Health Service*) a intégré les MNC et leurs praticiens non médecins au système de santé. La médecine homéopathique, par exemple, est disponible depuis la création du *Health Service* en 1948. Le gouvernement distribue aussi aux *primary care groups* une documentation sur la définition des MNC et sur leur application dans la pratique quotidienne et s'assure que la population y ait accès de façon égalitaire. Dans *Complementary Medicine. Information Pack for Primary Care Groups*, Department of Health, <www.doh.gov.uk>, on cite une enquête de 1989

de recherche particuliers (Fournier *et al.*, 2002). L'Inde compte environ 150 000 homéopathes, 273 hôpitaux homéopathiques, 8 856 dispensaires homéopathiques, et son gouvernement finance la recherche. De nombreuses universités offrent des programmes universitaires, au Royaume-Uni, en France, en Espagne et dans divers pays de l'Amérique du Sud. Des organisations internationales sont impliquées en santé publique (Burke, 2005 ; ECCH, 2004) et en médecine humanitaire¹⁰. En 1997, le Parlement européen adoptait une résolution pour reconnaître un statut aux MNC comme la médecine homéopathique. Constatant qu'une fraction importante de la population européenne avait recours à ces MNC et que des législations les concernant existaient dans différents pays européens, le Parlement européen se prononça en faveur du pluralisme thérapeutique (Lannoye, 2002).

Aussi, le fait que des institutions comme l'Université McGill à Montréal, par exemple, aient des collections imposantes de livres en médecine homéopathique¹¹ révèle une antinomie entre la négation de la réalité homéopathique dans le discours dominant et la présence historique d'un corpus littéraire scientifique disponible quoique ignoré.

Tout cela rend compte de la réalité sociohistorique de la médecine homéopathique dans le monde, mais suscite aussi des questions sur sa méconnaissance (Furnham, 1999) et sur le fait qu'elle demeure encore une voix (une voie) silencieuse.

3.1.1. Apprendre des leçons du passé

Avant même de penser à l'intégration, il y a certains faits historiques qu'il ne faut pas oublier. D'abord, jusqu'au début du xx^e siècle, il n'existait pas de sphère distinctive définie comme la MNC, mais un champ ouvert où plusieurs praticiens, incluant les chirurgiens, les apothicaires et les homéopathes, se partageaient le marché de la santé. C'est en 1858, après la signature du *Medical Registration Act* en Grande-Bretagne, par exemple,

qui montre que 74 % de la population était en faveur de la disponibilité des MNC à travers le NHS, que 40 % de la pratique des généralistes donnait accès aux MNC. Voir aussi <www.trusthomeopathy.org/>.

10. Consulter le site du SPHQ pour connaître le travail effectué par Homéopathes de Terre Sans Frontières (HTSF) – <www.sphq.org>.
11. En 1842, un homéopathe montréalais léguait 6000£ pour une Chaire en homéopathie à l'Université McGill (Robitaille, 1992). Elle n'a pas vu le jour, mais l'actuelle collection de la Osler Library en est peut-être l'héritage. Voir aussi au sujet du corpus homéopathique : *Bibliographies homéopathiques au Québec et au Canada*, une compilation rédigée par D. Fournier (2002) disponible au SPHQ.

que se créa un monopole national médical pour protéger le titre, les standards et l'éducation contrôlés par les médecins eux-mêmes. Les bases légales (et non « scientifiques ») étaient dorénavant posées pour le développement d'une nouvelle profession reposant sur la biomédecine, centrée sur les drogues et la chirurgie et dans laquelle le corps et l'esprit devenaient clairement séparés. Cela a eu pour effet de créer pour la première fois un champ des MNC comme l'homéopathie, lesquelles se retrouvaient « en dehors » du territoire établi. Malgré la possibilité de continuer de pratiquer sous la *Common Law*, mais sans statut ni titre spécial, les homéopathes sont alors la cible de sanctions médicales, d'attaques idéologiques, d'ostracisme, d'actions disciplinaires, tout cela empêchant quelque tentative que ce soit d'obtenir une reconnaissance supplémentaire (Cant et Sharma, 1995 ; Saks, 2001).

La légitimité de la médecine homéopathique varie beaucoup selon les pays. Par exemple, aux Pays-Bas, 90 % des médecins dirigent leurs patients vers les MNC, principalement en homéopathie (46 % de ces médecins l'utilisent). Son intégration à l'intérieur du système de santé va donc toujours de pair avec son acceptation et sa pratique par les médecins (Visser et Peters, 1990). En 2003, au Royaume-Uni, on estimait à près de 500 000 les utilisateurs réguliers dans un système où la pratique de l'homéopathie n'est pas réglementée et où les médecins ne peuvent pas diriger leurs patients, mais seulement « déléguer » leur soin à des homéopathes non médecins inclus dans un registre de praticiens.

3.1.2. Au Canada

Le Canada sera aussi soumis à la *Common Law* et la médecine homéopathique va faire son apparition en Ontario vers 1842 et au Nouveau-Brunswick vers 1856. Le premier hôpital homéopathique canadien, le Toronto Homoeopathic Free Dispensary, a ouvert ses portes en 1888. Puis vint le Toronto Homoeopathic Hospital en 1890. La première femme médecin était homéopathe ; elle se nommait Emily Stowe¹². Mais, comme ailleurs dans le monde, les pressions de la profession biomédicale pour accaparer le marché de la santé auront ici aussi comme conséquence

12. Emily Stowe (1831-1903). Diplômée du New York Medical College for Women en 1867, elle a fondé le Women's College Hospital à Toronto. On la connaît pour l'importance de son apport comme suffragette dans l'histoire de la lutte pour le droit de vote canadien pour les femmes, mais encore une fois, on mentionne très timidement sa profession d'homéopathe dans les bibliographies (Beacock Fryer, 1990).

l'abandon de la pratique homéopathique, marginalisée par l'orthodoxie. Car avoir le monopole veut également dire contrôler « l'orthodoxie » (ce qui est considéré comme la norme de la vérité) et aussi la doxa, c'est-à-dire tout « l'ensemble de ce qui est admis comme allant de soi » (Bourdieu, 1984, p. 83). Le relais de la pratique homéopathique sera repris, comme ailleurs, dans les années 1970 par des praticiens non médecins, forts d'une formation donnée dans des écoles privées ayant souvent comme source des médecins européens venus partager leur savoir et assurer la continuité de la pratique de l'homéopathie.

Au Canada, la médecine homéopathique commence à peine à se faire une place dans le système de santé. Après plusieurs tentatives en Ontario (Kelner *et al.*, 2006), ce n'est que très récemment que le gouvernement McGuinty a réglementé de nouvelles professions de praticiens non médecins, dont celle des homéopathes. En février 2005, le ministre ontarien demandait au Conseil consultatif de réglementation des professions de la santé d'étudier la loi afin de déterminer les modifications possibles « [visant] l'innovation dans les soins de santé publics [...] »¹³. En juin 2007, le projet de loi 171 était sanctionné. La Loi de 2007 sur les homéopathes (Annexe Q) définit non seulement l'exercice de l'homéopathie, mais réserve également le titre d'homéopathe aux membres de l'Ordre des homéopathes de l'Ontario (Assemblée législative de l'Ontario, 2007).

3.1.3. Au Québec

Même si nous avons aussi au Québec notre propre histoire homéopathique (ignorée par la majorité de la population), la médecine homéopathique n'a pas sa place dans le réseau de la santé. L'homéopathie s'est installée chez nous vers 1840. En 1863 naissait la *Montreal Homoeopathic Association* (MHA) qui eut une reconnaissance légale par le gouvernement canadien dès 1865, comme troisième corporation professionnelle après celles des avocats et des médecins. D'ailleurs, le fait que les homéopathes de l'époque aient une corporation distincte de celle des médecins parle par lui-même du refus de tutelle et de la nécessité d'autonomie de la profession ! La MHA, qui s'occupait également d'un dispensaire homéopathique pour les gens défavorisés, fonde un hôpital homéopathique qui fonctionnera de 1894 à 1952, avenue McGill College puis rue Marlowe, le *Montreal Homoeopathic Hospital* (Fournier *et al.*, 2002). Après la Première Guerre

13. <www.newswire.ca/en/releases/archive/May2006> (p. 1) et <www.health.gov.on.ca>.

mondiale, au Québec, survint le même déclin qu'ailleurs dans le monde. L'association des homéopathes ferme ses livres en 1961 et, en 1970, sous la pression de la réforme du système de santé québécois et la naissance de l'Office des professions, leur corporation n'existe plus (Fournier, 1994). Ce sont les professionnels non médecins qui vont raviver l'homéopathie au Québec dans les années 1970. Les écoles essentiellement privées se sont succédé dans les grandes villes, jusqu'à aujourd'hui, offrant une formation de plus en plus rigoureuse répondant aux exigences du programme reconnu par le Syndicat professionnel des homéopathes du Québec (SPHQ – fondé en 1989) et l'*International Council for Classical Homeopathy* (ICCH) dont il fait partie. En 2003, le SPHQ faisait établir par des chercheurs de l'Université du Québec à Trois-Rivières un profil des compétences nécessaires à la pratique de l'homéopathie, en vue d'une formation universitaire (Cloutier et Dubois, 2003). Pour ce qui est de la pratique aujourd'hui, le travail des homéopathes québécois se fait essentiellement en bureau privé. Il n'y a pas, ici, d'intégration, mais plutôt une forme de pluralisme médical (Goldstein, 2004; Kaptchuk et Eisenberg, 2001; Taillefer, 2008) imposé par près de la moitié de la population qui choisit de payer de sa poche pour ces soins, comme le montre une étude québécoise (Fournier et Taillefer, 2003). Outre la capacité d'intervention des homéopathes dans le secteur de la santé, cette enquête a souligné les conséquences dans la vie des personnes qui les ont consultés : amélioration de leur état de santé, de leur qualité de vie et permanence de cette amélioration.

3.2. LA SITUATION SOCIOPOLITIQUE ACTUELLE DE L'HOMÉOPATHIE AU QUÉBEC

Des études ont montré que 85 % de la population québécoise est favorable à la légalisation des MNC et que 45 % de la population qui recourt à des soins de santé le fait auprès d'un praticien de MNC (Groupe Multi Réso, 1992). De 1987 à 1993, le nombre de consultations homéopathiques a connu une augmentation de 655 % (Chevalier et Kishchuk, 1996) et, d'après un sondage Angus Reid de 1997, 42 % des Québécois ont eu recours à une de ces pratiques de santé au cours de leur existence, ce qui place le Canada comme un important utilisateur de MNC parmi les pays industrialisés (Collin, 2005; OMS, 2002). Dans l'économie canadienne, 3,8 milliards de dollars ont été dépensés en MNC en 1996-1997. À elles seules, les ventes de remèdes homéopathiques représentaient environ 40 millions de dollars par année en 2005 (APHC, 2005). Malgré cela, l'homéopathie ne jouit ici d'une reconnaissance ni politique ni juridique.

3.2.1. Les impasses politiques

Déjà en 1986, l'ex-ministre de la Santé du Québec, Claude Forget, parlait de l'impasse des MNC :

Je voudrais montrer combien l'hégémonie juridique et les assises professionnelles de la médecine sont un frein à l'avènement d'une nouvelle conception de la santé. [...] [La médecine professionnelle] a presque réussi [...] à éliminer tout autre groupe du champ officiel de la pratique dite médicale et sous le prétexte classique que ces autres groupes sont inefficaces, charlatanesques et à but lucratif. [...] Ils ont invoqué le support de l'État et ont usé de leur influence législative pour contrôler l'accès à d'importantes ressources éducatives et financières. [...] Grâce à cette synergie, le pouvoir et le succès sont devenus leur justification. [...] Le contrôle de l'activité professionnelle à la fin du xx^e siècle doit refléter le niveau d'évolution et de maturité de l'ensemble de la société. Le public moderne auquel s'adressent les [MNC] n'a que faire des solutions paternalistes où l'État cherche à la protéger malgré lui, ou à sa place; l'outil moderne le plus puissant pour la protection du public se trouve dans l'information (Fournier *et al.*, 2002, p. 47-48.).

Fournier *et al.* (2002) note aussi plusieurs tentatives de ministres québécois pour mettre de l'avant la question de la réglementation, voire de l'intégration des MNC. En 1988, la Commission Rochon reconnaît l'existence des MNC et du niveau de leurs connaissances parfois même supérieures dans certains domaines reliés à la santé (Rochon, 1988). En 1990, dans sa « Réforme axée sur le citoyen », le ministre de la Santé Marc-Yvan Côté demande qu'il y ait une place dans le système de santé pour les MNC afin d'améliorer la santé et le bien-être du Québec. Il désire un débat public (l'idée est initiée par la sous-ministre de l'époque, Thérèse Lavoie-Roux). En 1993, la Commission parlementaire sur les MNC, où les homéopathes présentent un mémoire, n'aura pas de clôture officielle ni de suites, ce qui est inhabituel... En 1996, Jean Rochon, alors ministre de la Santé et des Services sociaux, forme un groupe de travail interministériel sur les MNC qui n'aura pas d'aval politique. Et en 2000, la Commission Clair signale que le public revendique l'intégration des MNC dans le système de santé¹⁴ (Fournier *et al.*, 2002). Aussi, des chercheuses canadiennes ont publié en 2004 une étude sur le rôle de l'État dans

14. Pour plus de précisions, voir : D. Fournier, A. Taillefer *et al.* (2002). *Les homéopathes du Québec – sur la nécessité de leur reconnaissance professionnelle*, Québec, Syndicat professionnel des homéopathes du Québec, p. 45-47.

l'inclusion des MNC dans le système de soins. Elles concluent que l'intégration de ces professionnels dépendra des résultats de la lutte entre le public, l'État et les institutions de soins de santé (Kelner *et al.*, 2004b). C'est le travail que tente de faire le SPHQ en collaboration avec la CSN depuis 1998¹⁵.

Mais, pour qu'il y ait un réel débat sur l'intégration, il doit y avoir une cohérence viable entre les systèmes de valeurs, une direction et une organisation du système de soins qui permettent un espace où les divers praticiens trouvent un sens et un avantage à coordonner leurs pratiques dans un contexte particulier (Contandriopoulos, 2003). Ce n'est pas encore le cas !

3.2.2. Les impasses sociales

Il y a plusieurs façons d'aborder la problématique de l'intégration et de la réalité des MNC : celle des praticiens de MC, celle des praticiens en médecine homéopathique, celle du gouvernement et enfin celle des utilisateurs. Une grande part des études sont axées sur l'évaluation des MNC par les généralistes, puisqu'il semble bien que l'intégration dépende de leur autorisation (Astin, 1998 ; Easthope, 2000 ; Verhoef, 1995). Et chez nous, malgré son histoire, ses succès thérapeutiques, les réseaux canadiens de recherches (IN-CAM, 2004), la réglementation des remèdes homéopathiques par Santé Canada et sa popularité auprès de la collectivité, la médecine homéopathique subit encore beaucoup la critique des milieux orthodoxes. La mauvaise presse (Noël, 2005 ; Shang *et al.*, 2005 ; *Zone Libre*, 2006), le jugement négatif des médecins face aux gens qui consultent un homéopathe (Eisenberg, 1998 ; Taillefer, 2008), le problème de l'accessibilité économique, comme la faible couverture des assurances privées (Kelner *et al.*, 2004 ; Tillman, 2002), le problème de la formation et de la professionnalisation, à cause des acquis des médecins à travers la loi médicale, font du projet d'intégration de l'homéopathie tout un défi.

15. Voir *Chronologie des démarches SPHQ, FP et CSN relativement aux médecines alternatives*, sur le site Internet <www.sphq.org>.

4. LES MODÈLES THÉORIQUES APPLIQUÉS À L' AIS

Les difficultés que présente la complexité du concept d'intégration ont amené certains chercheurs à tenter d'élaborer un cadre conceptuel afin d'arriver à mieux cerner son application possible (Boon *et al.*, 2004 ; Block, 2007). En illustrant sept différents modèles¹⁶ d'équipes de pratique de soins de santé placés dans un continuum, ce système permet de déterminer quel style de pratique peut le mieux respecter les besoins à la fois du patient, des divers praticiens (MC et MNC) et des décideurs en politique de santé.

Dans les modèles de pratiques proposés, il y a d'abord la *pratique parallèle*, où des praticiens indépendants travaillent dans un lieu commun, chacun dans son propre cadre de pratique. Puis, la *pratique consultative*, où des experts de différents champs (MNC et MC) se donnent des renseignements par des notes personnelles manuscrites. Il y a aussi la *pratique collaborative* qui consiste en un échange d'information entre praticiens indépendants, de façon circonstancielle, sur un individu suivi à la fois en MNC et en MC ; cet échange est généralement initié par le patient. La *pratique coordonnée* relève davantage du travail d'équipe, où une structure administrative formelle exige l'échange de dossiers entre les divers intervenants pour qu'un coordonnateur transfère l'information aux autres praticiens et au patient. La *pratique multidisciplinaire* consiste en une équipe mixte où un directeur planifie le traitement et dirige le patient vers les praticiens appropriés. La *pratique interdisciplinaire* se différencie de la précédente en ce que les divers praticiens se rencontrent pour décider par consensus des soins à donner. Enfin, la *pratique intégrative* se veut interdisciplinaire, non hiérarchique ; les praticiens de MNC et de MC prennent ensemble en continu des décisions sur les soins et le soutien à apporter. Cet échange est basé sur des valeurs communes de globalité des soins, de soutien aux capacités inhérentes des individus à guérir, et de promotion de la santé et du bien-être. L'équipe de praticiens est guidée par le consensus et le respect mutuel.

En fait, les exemples – trouvés dans les ouvrages ou observés sur le terrain – de la pratique de l'homéopathie qui est adoptée dans les services de santé primaire ou en privé correspondent aux modèles *parallèle* et *collaboratif* (très rares), ou bien sont offerts par des généralistes. En

16. Pour plus de détails, voir le texte de H. Boon *et al.* (2004). *From Parallel Practice to Integrative Health Care: A Conceptual Framework*, cité dans la bibliographie.

effet, avec l'hégémonie de la MC, il est peu probable d'arriver à des valeurs communes. Ces exemples, touchant les Pays-Bas (Visser, 1990), la Belgique (UPHB, 2005), Israël (Shuval, 2001), le Brésil (de Barros et Galhardi, 2008), le Royaume-Uni (Lewith *et al.*, 2000), l'Italie (Menniti-Ippolito *et al.*, 2002), l'Allemagne (Frank, 2002) et les États-Unis (Ruggie et Cohen, 2005), où se retrouve une médecine homéopathique toujours subordonnée à l'approbation des médecins conventionnels, ne nous permettent pas de parler d'intégration, mais d'incorporation de certaines de ses modalités. Pour l'instant, c'est le pluralisme en santé qui permet une forme de coopération entre les praticiens, l'autonomie du patient et l'intégrité des systèmes en jeu (Kaptchuk et Miller, 2005).

5. LES OBSTACLES ACTUELS À UNE AIS AU QUÉBEC

Les obstacles à l'intégration de la médecine homéopathique dans le système de santé se résument à quatre points majeurs : la professionnalisation des praticiens non médecins, la reconnaissance des recherches en homéopathie et des méthodologies employées, la publication des travaux et l'enseignement.

5.1. LA PROFESSIONNALISATION DES HOMÉOPATHES

La professionnalisation ne dépend pas nécessairement de l'expertise d'un groupe ni de l'importance des fondements de son savoir dans la société. Elle vient plutôt de la position privilégiée d'une profession en matière de revenus, de statut et de pouvoir, ainsi que de la régulation d'un marché légalisé et centré sur l'accréditation.

Par exemple, la professionnalisation de la MC s'est faite avant ses avancées scientifiques – par alliances politiques et en attaquant ses concurrents –, alors que sa pratique était basée sur des interventions douteuses, voire souvent dangereuses (saignées, puissants poisons, etc.) (Coulter, 1982 ; Robitaille, 1992 ; Fournier *et al.*, 2002 ; Saks, 2001, 2003).

En homéopathie, la professionnalisation des praticiens est une question récurrente dans son histoire, à tel point qu'elle est devenue une stratégie d'intégration pour les non-médecins (Cant et Sharma, 1995, 1996 ; Clarke, 2004 ; Evetts, 2003 ; Fournier *et al.*, 2002 ; Siahpush, 2000).

Au Québec, depuis le début des années 1990, les homéopathes se sont occupés de ce problème en tentant de répondre aux exigences du législateur (Code des professions). En ce qui concerne particulièrement leur profession, l'Office des professions (OPQ) s'est prononcé il y a plus de quinze ans : l'homéopathie présentant selon lui peu de risque de préjudice, l'Office ne croit pas qu'il soit nécessaire de créer une corporation professionnelle ; les seuls candidats susceptibles d'être reconnus et légitimés seront ceux qui auront déjà un statut professionnel (OPQ, 1992). Cette « subordination » forcée est déplorable pour deux raisons : d'abord on omet de considérer les praticiens qui sont sur le terrain et qui ne font partie d'aucune structure professionnelle (corporation), ensuite une telle assimilation risque de dénaturer l'homéopathie elle-même. Après cet avis de l'OPQ, les démarches du SPHQ – souvent conjointement avec celles d'autres MNC – ses propositions, mémoires et interventions aux commissions diverses n'ont jamais donné de résultats (Aubry *et al.*, 2000 ; CSN, 1996, 2000 ; FPPSCQ, 1996, 1998).

Pour arriver à la professionnalisation, il faut en général que l'organisation qui y tend 1) soit un groupe cohésif dans une structure organisationnelle stable, 2) définisse la singularité de son corpus de connaissances à l'intérieur d'un programme, et 3) accroisse les standards et la légitimité de sa pratique aux yeux du public et des décideurs politiques (et de la MC) afin d'en protéger la spécificité (Cant et Sharma, 1996 ; Kelner *et al.*, 2004 ; Moss *et al.*, 2007). En général, la professionnalisation a à voir avec la façon dont le savoir est présenté : pouvoir revendiquer son expertise est essentiel à l'acquisition de la confiance, de la légitimité et de l'autonomie de cette profession (Cant et Sharma, 1996). Dans le cadre légal actuel, les MNC, et les homéopathes particulièrement, peuvent-ils y arriver ?

5.2. LA RECHERCHE EN MÉDECINE HOMÉOPATHIQUE

La médecine homéopathique n'est pas un nouveau domaine de recherche. Le premier essai clinique rapporté dans la littérature homéopathique remonte aussi loin qu'en 1821 à l'Hôpital de la Charité de Berlin, et fut fait par Ersnt Stapf, un élève de Samuel Hahnemann, le fondateur de l'homéopathie¹⁷.

17. J.J. Aulas (1985). *L'homéopathie : approche historique et critique et évaluation scientifique de ses fondements empiriques et de son efficacité thérapeutique*, p. 149-150. « [Stapf] aurait soigné et guéri quelques malades chroniques. Devant ces succès, la commission chargée du contrôle des résultats aurait arrêté l'expérimentation et n'aurait pas autorisé la publication des observations favorables à la nouvelle thérapeutique. »

Cette médecine était devenue le défi le plus sérieux et le plus controversé pour la médecine conventionnelle de l'époque, par sa popularité et ses succès thérapeutiques, entre autres et surtout pendant les grandes épidémies où les succès des homéopathes, quoique impressionnants, ont été ignorés¹⁸ (Fournier *et al.*, 2002 ; Winston, 1998, 2006).

Depuis, il y a eu une constante évolution en recherche homéopathique (ECCH, 2006 ; Halm, 2005 ; Lewith, 2005 ; Mathie, 2003 ; Taillefer *et al.*, 2004b ; Walach, 2005) et la longue tradition pathogénésique en recherche fondamentale a rendu de grands services. Contrairement à ce qui se passe dans la MC et l'industrie pharmaceutique toujours en quête de nouveaux médicaments, les connaissances acquises sur les remèdes homéopathiques ne sont pas réfutées avec le temps et les homéopathes utilisent encore, après deux cents ans, les remèdes qu'ont expérimentés les pionniers. La recherche en médecine homéopathique est donc très développée, mais niée par la communauté scientifique qui trouve sa légitimité dans le paradigme positiviste. La résistance à son acceptation est de nature épistémologique plus que scientifique (Taillefer, 2004, 2008).

Une grande partie des fonds pour la recherche non conventionnelle vient du secteur privé, mais son apport n'est pas significatif. Évidemment, le profit tiré de la mise en marché d'un nouveau médicament biomédical est énorme comparé à celui d'un remède homéopathique : ce dernier est générique et ne peut être breveté, d'où l'impossibilité pour l'industrie de faire de grands profits. Certaines recherches en homéopathie sont réalisées par les fabricants, principalement en France, aux Pays-Bas et en Allemagne, mais leur investissement, encore là, n'est rien à comparer à celui fait pour la recherche conventionnelle¹⁹.

De nombreux auteurs se spécialisent dans l'étude des méthodologies et modèles de recherche des systèmes complexes comme celui de la médecine homéopathique (Adams, 2007 ; Fisher, 1995 ; Jonas, 2001 ; Jonas *et al.*, 2006 ; Verhoef *et al.*, 2005 ; Walach *et al.*, 2006). Il existe aussi une certaine volonté académique de former des réseaux de recherches multidisciplinaires (Lewith, 2005, 2005b). Une des perspectives majeures du

18. On rappellera les manœuvres du Collège des médecins de l'époque pour empêcher que parviennent à la Chambre des communes des statistiques favorables au traitement par les homéopathes du choléra qui frappait le Canada en 1854 (Fournier *et al.*, 2002).

19. En Angleterre, d'après l'Association of the British Pharmaceutical Industry, la dépense pour la recherche et le développement en 1993 était évaluée à £1,649 milliards comparé à £40 000 pour l'homéopathie (Kayne, p. 164).

développement futur de la médecine homéopathique est que la recherche dans ce secteur représente certains défis pour le monde scientifique conventionnel, principalement celui de penser la recherche autrement car, comme le note l’OMS, une des priorités de travail est «la recherche de nouvelles stratégies de recherche qui soient sensibles au paradigme des MNC» (OMS, 2002, p. 27). La distinction faite précédemment entre les thérapies (MAC) et les systèmes médicaux complexes (MNC) nous est utile pour identifier les méthodes appropriées pour étudier la médecine homéopathique, la recherche sur les systèmes de santé et l’approche intégrée en santé (Bastide *et al.*, 2005 ; Bellavite et Signorini, 2002 ; Bell *et al.*, 2002 ; Bell et Koithan, 2006 ; Koithan *et al.*, 2007 ; Lagache, 1997 ; Milgrom, 2004 ; Verhoef et Findlay, 2003 ; Walach *et al.*, 2006).

5.2.1. L’EBM et les ECR

Les tenants de la MC pointent du doigt le trop petit nombre d’études publiées démontrant l’efficacité de la médecine homéopathique, comme si on ne devait pas considérer les nombreux effets cliniques bénéfiques rapportés par les patients et les praticiens (Fonnebo, 2006). Cet écart viendrait en partie de l’importance accordée à l’«emploi des essais contrôlés randomisés» (ECR), aujourd’hui considérés comme seul passage légitime pour l’évaluation d’un nouvel agent pharmaceutique ou d’une technique chirurgicale (Lewith et Aldridge, 1993 ; Patel, 1987 ; Rôggia, 2000). En fait, un des problèmes majeurs à la reconnaissance «scientifique» d’une MNC comme la médecine homéopathique est le développement du mouvement pour l’*Evidence Based Medicine* (EBM), un concept clef pour les politiques de santé. À partir d’une hiérarchie de preuves (Broom et Tovey, 2007 ; Jonas, 2001), la meilleure étant représentée par les ECR – la règle d’or en recherche médicale conventionnelle –, l’EBM applique systématiquement la méthode scientifique à la pratique médicale et considère que cette preuve est la meilleure pour prendre des décisions quant aux soins à donner aux individus. Afin de tenter de remplir cette condition, l’approche complexe de soins de la médecine homéopathique a été disséquée en modes de traitement standardisés et simplifiés, ce qui limite les résultats. L’utilisation d’une méthode de recherche réductionniste comme l’ECR, plus facilement applicable à certaines MAC, reste inadéquate pour évaluer une médecine comme l’homéopathie, car elle implique l’exclusion de certaines catégories d’effets, des difficultés taxonomiques comme des problèmes inhérents au choix des critères diagnostiques et des difficultés procédurales comme les bases logiques de comparaison (Patel, 1987) et l’utilisation au

départ du mauvais paradigme (Cucherat *et al.*, 2000 ; Dürr, 2002 ; Jonas *et al.*, 2003 ; Linde *et al.*, 1997). Bien qu'il ait été démontré que l'ECR est un outil insuffisant qui peut même donner des résultats moins fiables qu'une étude basée sur l'observation ou d'autres modèles d'étude de systèmes complexes (*Whole Systems*) et compte tenu du statut social et politique de l'homéopathie, ce sont principalement ces recherches qui sont financées²⁰ (Bell et Koithan, 2006 ; Broom et Tovey, 2007 ; Fisher *et al.*, 2006 ; Foladori, 2005 ; Giacomini, 2001 ; Grossman et Mackenzie, 2005 ; Verhoef et Findlay, 2003 ; Verhoef *et al.*, 2005).

La médecine homéopathique a un système théorique cohérent qui possède des principes stricts dont seul le respect de ces règles assure un succès thérapeutique. Manifestement, il est impossible de séparer les trois principes fondateurs de l'homéopathie (similitude, infinitésimalité/dynamisation et individualisation) qui s'expliquent mutuellement. Et c'est seulement à partir de ce raisonnement que les modèles expérimentaux peuvent être créés et interprétés (Foladori, 2005 ; Taillefer, 2008 ; Veal, 2004).

Si le discours pour appliquer l'*Evidence Based Medicine* (EBM) en homéopathie est de plus en plus populaire pour se faire accepter dans les milieux scientifiques, il ne répond pas, à lui seul, à toute la complexité que demande un système comme la médecine homéopathique. La recherche en homéopathie est possible grâce aux modèles suggérés par certains chercheurs, comme ceux qui sont non hiérarchiques (Walach *et al.*, 2006) et qui combinent différents designs nécessitant à la fois les méthodes qualitatives et quantitatives (Boon *et al.*, 2007 ; Bell *et al.*, 2002 ; Taillefer, 2004 ; Verhoef *et al.*, 2004 ; Walach, 2003).

Or, à cause des exigences du système biomédical, la majorité des recherches qui se font actuellement sont essentiellement cliniques et portent sur des maladies particulières (des recherches sur le traitement « x » pour une maladie « y »). Peu de recherches sont faites sur l'importance de la qualité des consultations (Luff et Thomas, 2000 ; Mercer *et al.*, 2002 ; Reilly, 2001), sur l'accessibilité et l'efficacité dans la pratique quotidienne ou les coûts actuels de l'homéopathie dans notre société, ou encore sur l'organisation et le financement de ces soins chez nous ou dans certains modèles de soins intégrés. L'augmentation rapide de l'utilisation de la médecine homéopathique et l'évaluation donnée par les patients (Fournier

20. Voir FRSQ, la liste des projets, programmes et organisations. <www.frsq.gouv.qc.ca/fr/>.

et Taillefer, 2003 ; Mercer et Reilly, 2004 ; Taillefer, 2008) ne sont-elles pas la preuve que ses méthodes sont considérées comme utiles et garantes de cette efficacité (Leatt, 2003 ; Spence *et al.*, 2005) ?

5.3. LA PUBLICATION DES RECHERCHES EN HOMÉOPATHIE

Un autre des problèmes à l'intégration et à l'accessibilité de la médecine homéopathique est celui de la diffusion du savoir et du partage des connaissances, importants en éthique de la recherche²¹. Certains soulignent le fait que si un groupe donné est sceptique et possède des préjugés, le nombre d'études démontrant l'efficacité d'une médecine sera toujours insuffisant (Fisher *et al.*, 2006 ; Steinsbekk, 2005). Ils soutiennent également qu'une grande quantité de cette recherche évaluative effectuée jusqu'à présent a été teintée d'une série de biais (biais contextuels, biais taxonomiques, biais sur les « *outcomes* » et biais du marché) (York University, 1999).

Effectivement, nombre d'entre elles ne sont acceptées que par des revues « alternatives » ou spécialisées en homéopathie et à la visibilité limitée. Plusieurs essais cliniques aux résultats positifs ne sont pas publiés dans des revues « scientifiques » ou médicales « reconnues ». On fait davantage paraître les études dont les résultats sont négatifs²², ce qui renforce les idées préconçues des lecteurs, la mauvaise représentation dans les médias (Steuter, 2001) et rend l'accès à cette littérature homéopathique difficile pour les chercheurs (Kayne, 1997). Les raisons de ce manque sont nombreuses, mais en plus d'évoquer le fait que le modèle scientifique mécaniste n'arrive pas à considérer ce qu'il n'est pas en mesure d'appliquer à partir de l'exclusivité de son paradigme, des auteurs ont démontré un réel biais négatif de la part des périodiques conventionnels avec révision par les pairs (Caulfield et DeBow, 2005 ; Cucherat *et al.*, 2000 ; Resch *et al.*, 2000).

21. Conseil de recherches médicales du Canada, *Énoncé de politique des trois conseils : Éthique de la recherche avec des êtres humains*, Conseil de recherches médicales du Canada, Conseil de recherches en sciences naturelles et en génie du Canada et Conseil de recherches en sciences humaines du Canada, 1998.

22. Voir Kayne (1997) p. 166 et Kleijnen *et al.* (1991). Le problème de la publication peut être illustré par les difficultés auxquelles le Dr J. Benveniste s'est heurté en voulant publier ses recherches sur ce qu'on a appelé la « mémoire de l'eau » (Schiff, 1995, p. 78-82).

Il existe de nombreux périodiques spécialisés²³ comme *Homeopathy* (depuis 1911), *Les Cahiers du groupement hahnemannien* (depuis 1963), *Homeopathic Links* ou encore le tout premier périodique de spécialité médicale au monde, le *Allgemeine homöopathische zeitung* (*Gazette homéopathique universelle*), publié depuis 1831 jusqu'à ce jour ! (Fournier, 2008). Ces périodiques, où se retrouvent des articles de fond sur l'histoire, la philosophie, la pratique des homéopathes, la matière médicale, des études de cas et des recherches d'une grande rigueur méthodologique, sont peu connus ou boudés par la communauté scientifique qui ne cite que les articles provenant de son propre réseau.

5.4. L'ENSEIGNEMENT DE L'HOMÉOPATHIE

Sans doute le plus mauvais indicateur de l'intégration d'une MNC comme l'homéopathie est de considérer le nombre de cours donnés dans les facultés de médecine. En général, ce sont des cours de familiarisation pour informer et changer l'attitude des étudiants en médecine ou en soins infirmiers face aux MNC et pour amener à l'amélioration du nombre de références entre praticiens (Brinkhaus *et al.*, 2005 ; Brooks, 2004 ; Owen et Lewith, 2004). Certains auteurs notent que ces cours de familiarisation risquent de seulement effleurer la surface et de ne pas rendre justice à ces MNC (Richardson, 2001). Il y a loin de la coupe aux lèvres quand on regarde les données sur l'attitude de ces étudiants, praticiens de demain, face aux MNC et le fait que plus leur éducation biomédicale augmente, plus leur scepticisme envers les MNC s'accroît aussi (Furnham et McGill, 2003 ; Greenfield *et al.*, 2006). En plus du danger de créer l'illusion que l'homéopathie a déjà fait son chemin dans les temples de l'institution médicale, la vérité est que l'éducation donnée actuellement à son sujet reste optionnelle (Caspi, 2001). Ces cours sont parfois donnés par des gens qui ne connaissent pas beaucoup ces sujets puisque les praticiens non médecins, ceux et celles qui ont étudié et qui pratiquent la médecine homéopathique depuis les années 1970, sont exclus de ces salles de cours. Évidemment, là, on insiste sur l'enseignement des seules MNC qui peuvent démontrer leur efficacité par la méthodologie de l'EBM (Brooks, 2004).

23. Pour une liste exhaustive des périodiques et des auteurs d'ouvrages d'homéopathie seulement en langue française, voir Rabanes et Sarembaud (2003).

Certains ont élaboré divers programmes pour tenter d'insérer l'enseignement de certaines MNC. Par le passé, déjà, de nombreuses universités allemandes, autrichiennes et d'Europe de l'Est ont enseigné l'homéopathie (Lucae, 1998). En Europe, aujourd'hui, la formation en médecine homéopathique suit un programme de formation professionnelle de trois à six ans pour l'obtention d'un diplôme ou un programme d'études postgraduées pour les médecins (ECCH, 2000). Par contre, il existe des programmes d'enseignement de la médecine homéopathique hors faculté de médecine en Australie et au Royaume-Uni pour le baccalauréat et en Afrique du Sud pour la maîtrise (ECCH, 2007). En outre, au Royaume-Uni, la médecine homéopathique fait l'objet d'un programme de formation universitaire reconnu par la Faculty of Homeopathy et le système de santé public lui réserve cinq centres de santé secondaires (Lewith *et al.*, 2003 ; Lewith, 2005), sans oublier les réseaux de recherche. En Allemagne, il se fait beaucoup de travaux en homéopathie, entre autres à l'IGM (Institut pour l'histoire de la médecine) de la fondation Robert Bosh à Stuttgart. Aux États-Unis, la formation est offerte dans des programmes diplômés, des certificats ou des cours par correspondance. Il arrive aussi qu'elle fasse partie des programmes de naturopathie, mais les heures consacrées à l'homéopathie sont alors bien inférieures aux normes du Syndicat professionnel des homéopathes du Québec et de l'ICCH. Dans ces situations, l'homéopathie n'est perçue que comme une technique d'appoint pratiquée avec une autre MNC comme la chiropraxie ou l'acupuncture. La loi américaine sur les standards de formation et de pratique varie selon les États. Le Connecticut, l'Arizona et le Nevada sont les trois États où l'on forme les médecins particulièrement en médecine homéopathique (NCCAM, 2003).

Au Canada, depuis cinq ans, certaines facultés de médecine, de pharmacie et de sciences infirmières (en Alberta, en Ontario, en Colombie-Britannique et en Saskatchewan) lancent des projets sur l'éducation (information) médicale au premier cycle (CAM in UME Project, 2003). Une enquête révèle que la plupart des facultés de médecine du Canada donnent une information générale sur les MNC, ce qu'ils appellent des « techniques » comme l'homéopathie (Ruedy *et al.*, 1999). Le fragile accueil qu'on leur fait témoigne de l'état d'esprit qui règne dans ces départements : on est loin de l'idée de coopération et d'égalité de l'intégration de ces médecines (IN-CAM, 2007).

Au Québec, l'enseignement des MNC fait piètre figure. Les facultés de pharmacie (le marché oblige) donnent une introduction aux remèdes homéopathiques. L'Université de Montréal a, depuis 2007, sa Chaire de recherche du Canada sur le pluralisme en santé, dans le département d'histoire, et l'Université Laval a lancé en 2002 sa Chaire pour l'avancement d'une approche intégrale en santé. On y fait des recherches sur les produits naturels comme le millepertuis (MAC), mais l'homéopathie (MNC) y reste absente. En définitive, au Québec, l'enseignement de la médecine homéopathique relève entièrement du privé. D'ailleurs, l'homéopathie n'a pas été la seule dans l'histoire à peiner pour faire sa place, on connaît les cas des acupuncteurs et des sages-femmes.

À la lumière de tout cela, comment envisager ce qui est possible au Québec ? Une vraie intégration de la médecine homéopathique ne peut être possible sans la reconnaissance de ces praticiens non médecins comme des experts de ce champ d'étude, sans le passage du paradigme de la maladie à celui de la complexité du vivant. L'éducation reste la clef du changement et elle devra vraisemblablement se faire ailleurs que dans les facultés de médecine.

5.5. LES CONDITIONS NÉCESSAIRES À UNE FORME D'INTÉGRATION DE LA MÉDECINE HOMÉOPATHIQUE

Ainsi, il est difficile de concevoir une véritable Approche intégrée en santé en dehors de l'égide de la MC. En incorporant, comme cela se fait actuellement, le savoir homéopathique à la MC, ne risquons-nous pas d'aliéner les patients et de garder l'homéopathie et ses praticiens en position de subordination (Cant et Sharma, 1996; Stumpf *et al.*, 2007)? Si l'on ne reconnaît pas la singularité du paradigme de la médecine homéopathique, sa thérapeutique, sa pharmacologie, sa conception de la santé et de la personne malade, peut-on véritablement l'enseigner dans les facultés de MC? Avant de penser aux modèles de pratiques intégrées, ne doit-on pas avoir réussi l'intégration (égalité, collaboration et respect) des différents modes de pensée et reconnu les différents modèles d'évaluation en recherche en remettant en question la hiérarchie de preuves de l'EBM? Pour le moment, il est plus réaliste de croire que, pour qu'un tel projet se réalise, le développement de la médecine homéopathique devra d'abord se faire dans un cadre où son autonomie sera assurée.

Or pour réfléchir à l'intégration, il faut remplir quatre conditions : 1) la reconnaissance des principes fondamentaux et des paradigmes essentiels à la médecine homéopathique, 2) une formation universitaire indépendante des facultés de médecine avec un programme fondé sur son profil de compétences, 3) la professionnalisation des praticiens non médecins en homéopathie et 4) la reconnaissance de la diversité des méthodes de recherche sur les systèmes médicaux complexes (ce qui remet en cause la hiérarchie de preuves de l'EBM).

CONCLUSION

Dans l'histoire, la profession biomédicale a toujours rejeté la médecine homéopathique en brandissant les mêmes arguments (Fournier, 2008). Mais contre vents et marées, l'homéopathie a persisté au fil des siècles ; elle a parfois perdu son élan, mais l'a repris ensuite. Aujourd'hui, puisqu'il n'est plus possible de l'éliminer parce que la population la réclame, elle est un agent de changement.

Il semble être question « d'intégrer les modalités des MNC » dans la pratique médicale, c'est-à-dire d'incorporer certains outils de la médecine homéopathique dans l'arsenal thérapeutique de la MC, le paradigme hégémonique incontesté. On lance des programmes dans les institutions, dans l'éducation médicale et dans la recherche universitaire, mais le fragile statut de l'homéopathie est menacé tant que sa réglementation passe par l'opinion des médecins. Aussi, dans la littérature actuelle, il n'est que rarement question des praticiens qui ont l'expérience de cette médecine singulière. L'histoire se répète. Il en résulte une réduction des idées et la difficulté d'envisager des changements et des innovations en santé.

Il faut être réaliste. Pour l'instant, c'est parce qu'une certaine pluralité dans les soins de santé est tolérée au Québec que l'intégrité de l'homéopathie et l'autonomie de l'homéopathe sont encore possibles. Une pluralité sociale qui n'est cependant ni juridique ni politique. Or, l'intégration de la médecine homéopathique, basée sur l'interdépendance et la coopération entre des acteurs autonomes, ouvrirait la voie à des innovations dans le domaine de la santé publique et permettrait que toute la population ait accès aux soins de santé qu'elle attend et auxquels elle a droit.

Nous tenons à remercier Adriana Volpato et Martine Jourde de leur relecture et de leurs précieux commentaires.

BIBLIOGRAPHIE

- Adams, J. (dir.) (2007). *Researching Complementary and Alternative Medicine*, Londres, Routledge, 153 p.
- Assemblée législative de l'Ontario (2007). *Projet de loi 171. Loi visant à améliorer les systèmes de santé en modifiant ou en abrogeant divers textes de loi et en édictant certaines lois*, <www.ontla.on.ca>.
- Association des pharmaciens homéopathes du Canada (APHC) (2005). <chpa-aphc.ca/>.
- Astin, J.A. *et al.* (1998). «A review of the incorporation of complementary and alternative medicine by mainstream physicians», *Arch Intern Med*, vol. 158, p. 2303-2310.
- Aubry, C. (2007). *Pour distinguer l'homéopathie de la naturopathie*, Québec, Syndicat professionnel des homéopathes du Québec. <www.sphq.org>.
- Aubry, C., C. Calvé et D. Fournier (2000). *Les homéopathes déjà à l'œuvre dans la santé publique québécoise*, mémoire présenté dans le cadre des travaux de la CESSSS – Commission Clair, Syndicat professionnel des homéopathes du Québec.
- Aulas, J.J. (1985). *L'homéopathie: approche historique et critique et évaluation scientifique de ses fondements empiriques et de son efficacité thérapeutique*, Paris, Éditions médicales Roland Bettex.
- Barros, N.F. de et W. Galhardi (2008). «National policy on integrative and complementary practices in the Brazilian health system: Steps towards the expansion of homeopathy», *Homeopathy*, vol. 97, p. 53.
- Bastide, M., A. Lagache et C. Lemairc-Misonne (1995). «Le paradigme des signifiants: schème d'information applicable à l'immunologie et à l'homéopathie», *Revue Intern. Systémique*, vol. 9, p. 237-249.
- Beacock Fryer, M. (1990). *Emily Stowe. Doctor and suffragist*, Toronto, Hannah Institute and Dundurn Press, 150 p.
- Beck, U. (1998). «Le conflit des deux modernités et la question de la disparition des solidarités», *Lien social et politiques – RIAC*, vol. 39, p. 15-25.
- Bell, I.R. *et al.* (2002). «Integrative medicine and systemic outcomes research. Issues in the emergence of a new model for primary health care», *Arch Intern Med*, vol. 162, p. 133-140.
- Bell, I.R. et M. Koithan (2006). «Models for study of whole systems», *Integr Cancer Ther*, vol. 5, n° 4, p. 293-307.
- Bellavite, P. et A. Signorini (2002). *The Emerging Science of Homeopathy. Complexity, Biodynamics and Nanopharmacology*, Berkeley, North Atlantic Books, 408 p.
- Berliner, H. (1976). «A larger perspective on the Flexner Report», *International Journal of Health Services*, vol. 5, n° 4, p. 573-592.

- Berliner, H. (1984). «Scientific medicine since Flexner», dans J.W. Salmon, *Alternative Medicine, Popular and Policy Perspectives*, Londres, Routledge, 304 p.
- Bernard, P. *et al.* (2005). *Une enquête socioéconomique et de santé intégrée et longitudinale pour le Québec*, rapport de recherche soumis à l'Institut de la Statistique du Québec, 434 p.
- Blais, L. (2006). «Savoir expert, savoirs ordinaires : qui dit vrai ? Vérité et pouvoir chez Foucault», *Sociologie et Société*, vol. 38, n° 2, p. 151-163.
- Block, K.I. (2007). «On models for integrative medical practice», *Integr Cancer Ther*, vol. 6, n° 4, p. 309-312.
- Bombardieri, D. et G. Easthope (2000). «Convergence between orthodox and alternative medicine: A theoretical elaboration and empirical test», *Health*, vol. 4, n° 4, p. 479-494.
- Boon, H. *et al.* (2004). «From parallel practice to integrative health care: a conceptual framework», *BMC Health Services Research*, vol. 4, p. 15-20.
- Boon, H. *et al.* (2006). «Evaluating complex healthcare systems: A critique of four approaches», *eCAM*, vol. 4, n° 3, p. 279-285.
- Bourdieu, P. (1976). «Le champ scientifique», *Actes de la recherche en sciences sociales*, juin, n°s 8-9, p. 88-104.
- Bourdieu, P. (1984). *Questions de sociologie*, Paris, Minuit, 277 p.
- Bretscher, M. *et al.* (1999). «Quality of life in hospice patients: A pilot study», *Psychosomatics*, vol. 40, p. 309-313.
- Brinkhausa, B. *et al.* (2005). «Integration of complementary and alternative medicine into german medical school curricula – Contradictions between the opinions of decision makers and the status quo», *Forsch Komplementärmed Klass Naturheilkd*, vol. 12, p. 139-143.
- Brooks, P.M. (2004). «Undergraduate teaching of complementary medicine», *MJA*, vol. 181, n° 5, p. 275.
- Broom, A. et P. Tovey (2007). «Therapeutic pluralism? Evidence, power and legitimacy in UK cancer services», *Sociology of Health and Illness*, vol. 29, n° 4, p. 551-569.
- Burke, A. *et al.* (2005). «Exploring the role of complementary and alternative medicine in the Public Health Practice and training», *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, vol. 11, n° 5, p. 931-936.
- Burns, R. *et al.* (2000). «Interdisciplinary geriatric primary care evaluation and management: Two-year outcomes», *J Am Geriatr Soc.*, vol. 48, p. 8-13.
- CAM in UME Project – Complementary and Alternative Medicine Issues in Undergraduate Medical Education (2003). <www.caminume.ca>.
- Cant, S. et U. Sharma (1995). «The reluctant profession – Homoeopathy and the search for legitimacy», *Work, Employment and Society*, vol. 9, n° 4, p. 743-762.

- Cant, S. et U. Sharma (1996). «Demarcation and transformation within homoeopathic knowledge. A strategy of professionalization», *Social Science and Medicine*, vol. 42, n° 4, p. 579-588.
- Caspi, O. (2001). «Bringing complementary and alternative medicine into mainstream is not integration», *BMJ*, vol. 322, p. 168.
- Caulfield, T. et S. DeBow (2005). «A systematic review of how homeopathy is represented in conventional and CAM peer reviewed journals», *BMC Complementary and Alternative Medicine*, vol. 5, p. 12-15.
- Chevalier, S. et N. Kishchuk (1996). *L'évolution de l'utilisation des services de médecines alternatives au Québec*, Direction de la santé publique, RRSSS Montréal-Centre, 11 p.
- Clair, M. et al. (2000). *Les solutions émergentes, Rapport et recommandations*, Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec, Québec, 408 p.
- Clarke, D.B. et al. (2004). «No alternative? The regulation and professionalization of complementary and alternative medicine in the United Kingdom», *Health and Place*, vol. 10, p. 329-338.
- Cloutier, A. et G. Dubois (2003). *Élaboration d'un profil de compétences pour les homéopathes du Québec*, Trois-Rivières, Université du Québec à Trois-Rivières, 42 p.
- Collin, J. et al. (2005). *Le médicament comme objet social et culturel : recension des écrits et propositions sur les perspectives de travail à prioriser*, rapport de recherche, Ottawa, Conseil de la santé et du bien-être, Gouvernement du Québec, 90 p.
- Confédération des syndicats nationaux (1996). *Mémoire sur l'approche à l'égard de la réserve et du partage d'actes professionnels*, Montréal, CSN.
- Confédération des syndicats nationaux (2000). *Consultation sur la modernisation de l'organisation professionnelle de la santé et des relations humaines*, Montréal, CSN.
- Conseil de recherches médicales du Canada (1998). *Énoncé de politique des trois conseils : Éthique de la recherche avec des êtres humains*, Ottawa, Conseil de recherches médicales du Canada, Conseil de recherches en sciences naturelles et en génie du Canada et Conseil de recherches en sciences humaines du Canada.
- Contandriopoulos, A.P. (1994). «Réformer le système de santé : une utopie pour sortir d'un statu quo impossible», *Ruptures, revue interdisciplinaire en santé*, vol. 1, n° 1, p. 8-26.
- Contandriopoulos, A.P. et al. (2003). *L'intégration des soins : concepts et mise en œuvre*, Université de Montréal, Département d'administration de la santé, 13 p. <www.medsp.umontreal.ca/getos/pdf/intgrsoin.pdf>.

- Coulter, H.L. (1982). *Divided Legacy. The Conflict Between Homeopathy and the American Medical Association*, Berkeley, North Atlantic Books, 552 p.
- Cucherat, M. *et al* (2000). «Evidence of clinical efficacy of homeopathy», *European Journal of Clinical Pharmacology*, vol. 56, n° 27, p. 33.
- Dürr, H.P. (2002). «Are biology and medicine only physics? Building bridges between conventional and complementary medicine», *Bulletin of Science, Technology and Society*, vol. 22, n° 5, p. 338-351.
- Easthope, G. *et al*. (2000). «General practitioners' attitudes toward complementary therapies», *Social Science and Medicine*, vol. 51, n° 10, p. 1555-1561.
- Eisenberg, D. *et al*. (1999). «Trends in alternative medicine use in the United States, 1990-1997», *Journal of the American Medical Association*, vol. 280, n° 18, p. 1569-1575.
- Eisenberg, D.M. *et al*. (1998). «Trends in alternative medicine use in the United States, 1990-1997; Results of a follow-up national survey», *The Journal of The American Medical Association*, vol. 281, p. 1569-1575.
- European Committee for Homeopathy (2003). *Integrating Homeopathy and Other CAM Modalities into European Healthcare*, Norfolk, ECCH, 8 p., <www.homeopathyeurope.org>.
- European Council for Classical Homeopathy (2000). *European Guidelines for Homeopathic Education*, 2^e éd, Norfolk, ECCH, <www.homeopathy-ecch.org/education.html>.
- European Council for Classical Homeopathy (2004). *A Response to the Consultation Document: Enabling Good Health for All*, Norfolk, ECCH, <www.homeopathy-ecch.org/>.
- European Council for Classical Homeopathy (2006). *An Overview of Positive Homeopathy Research and Surveys*, Norfolk, ECCH, <www.homeopathy-ecch.org/>.
- European Council for Classical Homeopathy (2007). *University Degree Courses in Homeopathy – Examples*, Norfolk, ECCH, <www.homeopathy-ecch.org>.
- Evetts, J. (2003). «Sociological analysis of professionalism: Occupational change in the modern world», *International Sociology*, vol. 18, n° 2, p. 395-415.
- Feder, G. et T. Katz (2002). «Randomized controlled trials for homeopathy», *British Medical Journal*, vol. 324, n° 4, p. 499.
- Fédération des professionnels et professionnelles salarié-es et des cadres du Québec (1996). *Assouplir et adapter structurellement la réglementation professionnelle: tel est le défi!*, mémoire concernant la consultation de l'Office des professions sur la réserve et le partage d'actes professionnels, Montréal, CSN.
- Fédération des professionnels et professionnelles salarié-es et des cadres du Québec (1998). *Pour une véritable reconnaissance des médecines alternatives*, Montréal, Bureau fédéral des médecines alternatives, CSN, 34 p.
- Fisher, P. (1995). «The development of research methodology in homeopathy», *Complementary Therapies in Nursing and Midwifery*, vol. 1, p. 164-174.

- Fisher, P. *et al.* (2006). «Evaluation of specific and non-specific in homeopathy : Feasibility study for a randomised trial», *Homeopathy*, vol. 95, p. 215-222.
- Foladori, G. (2005). «The challenge of infectious diseases to the biomedical paradigm», *Bulletin of Science Technology Society*, vol. 25, n° 2, p. 145-158.
- Fonnebo, V. (2006). «Whole systems presentation summary», *ISCMR Newsletter*, vol. 3, n° 2, p. 4.
- Forte, L. et I.C. Fraiz (2002). «Homoeopathy from the patient's standpoint: An empirical study in the city of Curitiba (Brazil), 1998-1999», dans M. Dinges (dir.), *Patients in the History of Homeopathy*, Sheffield, European Association for the History of Medicine and Health Publications, p. 301-316.
- Fournier, D. (1994). *Évolution historique de la pensée homéopathique*, Sainte-Foy, École d'enseignement supérieur en homéopathie du Québec, 100 p.
- Fournier, D. (2002). *Bibliographies homéopathiques au Québec et au Canada*, Montréal, Syndicat professionnel des homéopathes du Québec, 104 p.
- Fournier, D. (2008). *Le corpus hahnemannien de langue française. Étude bibliographique de l'œuvre publique du fondateur de la médecine homéopathique, Christian Friedrich Samuel Hahnemann*, Montréal (à paraître).
- Fournier, D. et A. Taillefer (2003). *Témoignages des homéopathes et de leur clientèle sur une évaluation qualitative du traitement médical officiel et homéopathique*, Montréal, Syndicat professionnel des homéopathes du Québec, 76 p.
- Fournier, D. *et al.* (2002). *Les homéopathes du Québec – sur la nécessité de leur reconnaissance professionnelle*, Montréal, Syndicat professionnel des homéopathes du Québec, 112 p.
- Frank, R. (2002). «Integrating homeopathy and biomedicine: medical practice and knowledge production among German homeopathic physicians», *Sociology of Health and Illness*, vol. 24, n° 6, p. 796-819.
- Furnham, A. (1999). «Ignorance about homeopathy», *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, vol. 5, n° 5, p. 475-478.
- Furnham, A. et C. McGill (2003). «Medical students' attitudes about complementary and alternative medicine», *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, vol. 9, n° 2, p. 275-284.
- Giacomini, M.K. (2001). «Les “preuves” issues de la recherche qualitative : une route semée d'embûches», *Evidence-Based Medicine Journal*, vol. 6, n° 1, p. 4-6.
- Goldner, M. (2004). «The dynamic interplay between Western medicine and the complementary and alternative medicine movement: how activists perceive a range of responses from physicians and hospitals», *Sociology of Health and Illness*, vol. 26, n° 6, p. 710-736.
- Goldstein, M.S. (2004). «The persistence and resurgence of medical pluralism», *Journal of Health Politics, Policy and Law*, vol. 29, nos 4-5, p. 925-945.

- Gravel, P. (2008). «Les antidépresseurs moins efficaces qu'annoncé: 89% des études ayant révélé des résultats négatifs ou discutables n'ont pas été publiées dans la littérature scientifique», *Le Devoir*, 18 janvier, p. A1.
- Greenfield, S.M. *et al.* (2006). «Gender differences among medical students in attitudes to learning about complementary and alternative medicine», *Complementary Therapies in Medicine*, vol. 14, p. 207-212.
- Grossman, J. et F.J. Mackenzie (2005). «The randomized controlled trial, gold standard, or merely standing?», *Perspectives in Biology and Medicine*, vol. 48, n° 4, p. 516-534.
- Groupe Multi Réso (1992). *Enquête sur les thérapies alternatives pour le ministère de la Santé et des Services sociaux*, Québec, MSSS, avril.
- Halm, R.-P. (2005). *50 années de recherche expérimentale en homéopathie: maintien de certaines orientations antérieures*, conférence donnée aux Entretiens de Monaco, <www.entretiens-internationaux.mc/halm.htm>.
- Health Canada (2001). *Perspectives on Complementary and Alternative Health Care: A Collection of Papers Prepared for Health Canada*, Ottawa, Publications Health Canada, <www.hc-sc.gc.ca/healthcare/>.
- Hendrickson, D. *et al.* (2006). «Determinants of the use of four categories of complementary and alternative medicine», *Complementary Health Practice Review*, vol. 11, n° 1, p. 3-26.
- House of Lords (2000). *Science and technology. Sixth Report on Complementary and Alternative Medicine*, Science and Technology Committee Publications, 198 p.
- Howie, J.G.R. *et al.* (1999). «Quality at general practice consultations: Cross-sectional survey», *BMJ*, vol. 319, p. 738-743.
- Hyland, M.E. *et al.* (2003). «Developing a measure of attitudes: The holistic complementary and alternative medicine questionnaire», *Complementary Therapies in Medicine*, vol. 11, p. 33-38.
- Illich, Y. (1975). *Némésis médicale. L'expropriation de la santé*, Paris, Seuil, 217 p.
- IN-CAM (2004). Réseau interdisciplinaire canadien de recherche sur les médecines alternatives et complémentaires. *Bulletin de IN-CAM*, janvier 2004, <www.incamresearch.ca>.
- IN-CAM (2007). Réseau interdisciplinaire canadien de recherche sur les médecines alternatives et complémentaires. *Bulletin de IN-CAM*, juin 2007, <www.incamresearch.ca>.
- Jonas, W.B. (2001). «The evidence house. How to build an inclusive base for complementary medicine», *Western Journal of Medicine*, vol. 175, p. 79-80.
- Jonas, W.B. *et al.* (2003). «A critical overview of homeopathy», *Annals of Internal Medicine*, vol. 138, n° 5, p. 393-399.

- Jonas, W.B. *et al.* (2006). «Proposal for an integrated evaluation model for the study of whole systems health care in cancer», *Integr Cancer Ther*, vol. 5, n° 4, p. 315-319.
- Kaptschuk, T.J. (1998). «Intentional ignorance : A history of blind assessment and placebo controls in medicine», *Bulletin of the History of Medicine*, vol. 72, n° 3, p. 389-433.
- Kaptschuk, T.J. et D.M. Eisenberg (2001). «Varieties of healing 1: Medical Pluralism in the United States», *Ann Intern Med*, vol. 135, p. 189-195.
- Kaptschuk, T.J. et D.M. Eisenberg (2001b). «Varieties of healing 2: A taxonomy of Unconventional healing practices», *Ann Intern Med*, vol. 135, p. 196-204.
- Kaptschuk, T.J. et F.G. Miller (2005). «Viewpoint : What is the most ethical model for the relationship between mainstream and alternative medicine : Opposition, integration, or pluralism ?», *Academic Medicine*, vol. 80, n° 3, p. 286-290.
- Kayne, S.B. (1997). *Homoeopathic Pharmacy. An Introduction and Handbook*, Londres, Churchill Livingstone, 236 p.
- Kelleher, D., J. Gabe et G. Williams (dir.) (2006). *Challenging Medicine*, 2^e éd., Londres, Routledge, 189 p.
- Kelner, M. *et al.* (2004). «Responses of established healthcare to the professionalization of complementary and alternative medicine in Ontario», *Social Science and Medicine*, vol. 59, p. 915-930.
- Kelner, M. *et al.* (2004b). «The role of the state in the inclusion of complementary and alternative medical occupations», *Complementary Therapies in Medicine*, vol. 12, n°s 2-3, p. 79-89.
- Kelner, M. *et al.* (2006). «How far can complementary and alternative medicine go? The case of chiropractic and homeopathy», *Social Science and Medicine*, vol. 63, n° 10, p. 2617-2627.
- Kelner, M. *et al.* (dir) (2003). *Complementary and alternative Medicine : Challenge and change*, London, Routledge, 259 p.
- Kelner, M. et B. Wellman (2003). «Complementary and alternative medicine : How do we know if it works ?», *Healthcare Papers*, vol. 3, n° 5, p. 10-28.
- Khun, T. (1983). *La structure des révolutions scientifiques*, Paris, Flammarion.
- Koithan, M. *et al.* (2007). «Patients' experiences and perceptions of a consultative model integrative medicine clinic: A qualitative study», *Integr Cancer Ther*, vol. 6, n° 2, p. 174-184.
- Lagache, A. (1997). «What is information? From matter towards meaning», dans M. Bastide (dir.), *Signal and images*, Dordrecht, Kluwer Academic Publisher.
- Lannoye, P. (2002). *Les médecines non conventionnelles et le Parlement européen*, <www.entretiens-internationaux.mc/lannoye.htm>.

- Larocque, C. (1998). *Mémoire présenté au Comité parlementaire de la santé, Santé Canada, Consultation sur la réglementation des remèdes naturels*, Montréal, Syndicat professionnel des homéopathes du Québec SPHQ-CSN, 19 p.
- Le Robert (2000). *Dictionnaire historique de la langue française*, Paris, Dictionnaires Le Robert (2 volumes).
- Leatt, P. (2003). «Editorial: Notes from the editor-in-chief», *Healthcare Papers*, vol. 3, n° 5, p. 4-8.
- Lewith, G. (2005a). «Complementary medicine research unit», *eCAM*, vol. 2, n° 3, p. 399-407.
- Lewith, G. (2005b). «Development of a multidisciplinary complementary medical research unit in the United Kingdom», *Seminars in Integrative Medicine*, vol. 3, n° 2, p. 64-66.
- Lewith, G. et al. (2000). «Attitudes to and use of complementary medicine among physicians in the United Kingdom. A report for the Royal College of Physicians», *J R Coll Physicians*.
- Lewith, G.T. et al. (2003). «Complementary medicine: Evidence base, competence to practice and regulation», *Clinical Medicine*, vol. 3, n° 3, p. 235-240.
- Lewith, G.T. et D. Aldridge (dir.) (1993). *Clinical Research Methodology for Complementary Therapies*, Londres, Hodder and Stoughton.
- Linde, K. et al. (1997). «Are the clinical effects of homoeopathy placebo effects? A meta-analysis of placebo-controlled trials», *The Lancet*, vol. 350, p. 834-843.
- Lucae, C. (1998). *Homöopathie an deutschsprachigen Universitäten. Die Bestrebungen zu ihrer Institutionalisierung von 1812 bis 1945, Quellen und Studien zur Homöopathieggeschichte: Band 4*, Heidelberg, Haug, 288 p.
- Luff, D. et K.J. Thomas (2000). «“Getting somewhere”, feeling cared for: Patients’ perspectives on complementary therapies in the NHS», *Complementary Therapies in Medicine*, vol. 8, p. 253-259.
- Lupton, D. (2000). «The social construction of medicine and the body», dans G. Albrecht et al. (dir). *The Handbook of Social Studies in Health and Medicine*, Londres, Sage Publications, p. 50-63.
- Lupton, D. (2003). *Medicine as Culture. Illness, disease and the body in Western societies*, Londres, Sage Publications, 202 p.
- Maizes, V. et O. Caspi (1999). «The principles and challenges of integrative medicine. More than a combination of traditional and alternative therapies», *Western Journal of Medicine*, vol. 171, p. 148-149.
- Mathie, R.T. (2003). «The research evidence base for homeopathy: A fresh assessment of the literature», *Homeopathy*, vol. 92, p. 84-91.
- Meeker, W. (2001). «“Integration” – The new buzzword», *Dynamic Chiropractic*, vol. 19, n° 7, site Internet <www.chiroweb.com>.

- Menniti-Ippolito, F. *et al.* (2002). «Use of unconventional medicine in Italy: A nation-wide survey», *Eur J Clin Pharmacol*, vol. 58, p. 61-64.
- Mercer, S.W. *et al.* (2002). «The importance of empathy in the enablement of patients attending the Glasgow Homoeopathic Hospital», *British Journal of General Practice*, vol. 52, p. 901-905.
- Mercer, S.W. et D. Reilly (2004). «A qualitative study of patient's views on the consultation at the Glasgow Homoeopathic Hospital, an NHS integrative complementary and orthodox medical unit», *Patient Education and Counseling*, vol. 53, p. 13-18.
- Milgrom, L.R. (2004). «Patient-practitioner-remedy (PPR) entanglement, part 4. Toward classification and unification of the entanglement models in homeopathy», *Homeopathy*, vol. 93, p. 34-42.
- Moss, K. *et al.* (2007). «The professionalization of Western herbalists: Response to new product regulations in Canada», *Complementary Therapies in Medicine*, vol. 15, p. 264-270.
- National Center for Complementary and Alternative Medicine (2003). *Questions and Answers About Homeopathy*, NCCAM, <nccam.nih.gov/health/homeopathy>.
- National Institute of Health et NCCAM (2004), *What is Complementary and Alternative Medicine (CAM)?* <www.nccam.nih.gov>.
- Ni, H. *et al.* (2002). «Utilization of complementary and alternative medicine by United States adults: Results from the 1999 National Health Interview Survey», *Medical Care*, vol. 40, n° 4, p. 353-358.
- Noël, A. (2005). «Homéopathie et placebo auraient la même efficacité», *La Presse*, 26 août, p. A1.
- Office des professions du Québec (1992). *Avis au ministre responsable de l'application des lois professionnelles sur l'opportunité de créer une corporation professionnelle dans le domaine des médecines douces*, Québec, ODP.
- Ong, C.K. *et al.* (2002). «Health status of people using complementary and alternative medical practitioner services in 4 English countries», *American Journal of Public Health*, vol. 92, n° 10, p. 1653-1656.
- Organisation mondiale de la santé (2002). *Stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle pour 2002-2005*, Genève, OMS, 65 p.
- Owen, D. et G. Lewith (2001). «Complementary and alternative medicine (CAM) in the undergraduate medical curriculum: the Southampton experience», *Medical Education*, vol. 35, p. 73-77.
- Owen, D. et G. Lewith (2004). «Teaching integrated care: CAM familiarisation courses», *MJA*, vol. 181, n° 5, p. 276-278.
- Patel, M.S. (1987). «Evaluation of holistic medicine», *Social Science and Medicine*, vol. 24, n° 2, p. 169-175.
- Poitevin, B. (1999). «Integrating Homoeopathy in Health Systems», *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 77, n° 2, p. 160-166.

- Rabanes, O. et A. Sarembaud (2003). *Dictionnaire des auteurs d'ouvrages d'homéopathie en langue française*, Paris, Éditions Boiron, 308 p.
- Ramsay, C. *et al.* (1999). «Alternative medicine in Canada: Use and public attitudes», *Public Policy Sources*, vol. 21, Fraser Institute, <www.fraserinstitute.ca>.
- Reilly, D. (2001). «Enhancing human healing», *BMJ*, vol. 322, p. 120-121.
- Resch, K.I. *et al.* (2000). «A randomized controlled study of reviewer bias against an unconventional therapy», *Journal of the Royal Society of Medicine*, vol. 93, p. 164-167.
- Richardson, J. (2001). «Integrating complementary therapies into health care education: A cautious approach», *Journal of Clinical Nursing*, vol. 10, p. 793-798.
- Roberti di Sarsina, P. (2007). «The social demand for a medicine focused on the person: The contribution of CAM to Healthcare and Healthgenesis», *eCAM*, vol. 4, n° 51, p. 45-51.
- Robitaille, J.-P. (1992). *La reconnaissance sociale d'une pratique médicale marginale, l'homéopathie à Montréal: 1844-1904*, mémoire de maîtrise en histoire, Montréal, Université du Québec à Montréal.
- Rochon, J. *et al.* (1988). *Rapport de la commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux*, Québec, Les Publications du Québec.
- Rôggia, G. (2000). «Complementary and alternative medicine at the crossroads?», *The Lancet*, vol. 355, p. 1343.
- Ruedy, J. *et al.* (1999). «Alternative and complementary medicine in Canada medical schools: a survey», *Canadian Medical Association Journal*, vol. 160, n° 6, p. 816-817.
- Ruggie, M. et M.H. Cohen (2005). «Integrative medicine venters: Moving health care in a new direction», *Seminars in Integrative Medicine*, vol. 3, p. 9-16.
- Saillant, F. *et al.* (1987). «Notes pour une définition des pratiques alternatives et des thérapies douces au Québec», *Santé mentale au Québec*, vol. XII, n° 1, p. 20-28.
- Saks, M. (1995). *Professions and the Public Interest. Medical Power, Altruism and Alternative Medicine*, Londres, Routledge, 316 p.
- Saks, M. (2001). «Alternative medicine and the health care division of labour: Present trends and future prospects», *Current Sociology*, vol. 49, n° 3, p. 119-134.
- Saks, M. (2003). «Bringing together the orthodox and alternative in health care», *Complementary Therapies in Medicine*, vol. 11, p. 142-145.
- Saks, M. (2006). «The alternative to medicine», dans D. Kelleher, J. Gabe et G. Williams (dir.), *Challenging Medicine*, 2^e éd., Londres, Routledge, 189 p.
- Salkeld, E. (2008). «Integrative medicine and clinical practice: Diagnosis and treatment strategies», *Complementary Health Practice Review*, vol. 13, n° 1, p. 21-33.

- Samano, E.S.T. *et al.* (2002). «Use of complementary and alternative medicine by Brazilian oncologists», *European Journal of Cancer Care*, vol. 14, p. 143-148.
- Saunders, P.R. (2003). «Complementary and alternative medicine in Canada: What is the future?», *Healthcare Papers*, vol. 3, n° 5, p. 43-47.
- Schiff, M. (1995). *The Memory of Water: Homeopathy and the Battle of Ideas in the New Science*, Londres, Thorsons.
- Shang, A. *et al.* (2005). «Are the clinical effects of homeopathy placebo effects? Comparative study of placebo-controlled trials of homeopathy and allopathy», *The Lancet*, vol. 366, p. 726-732.
- Shuval, J.T. (2001). «Collaborative relationships of alternative practitioners and physicians in Israël: An exploratory study», *Complementary Health Practice review*, 7 (2): 111-125.
- Siahpush, M. (2000). «Critical review of the sociology of alternative medicine: Research on users, practitioners and the orthodoxy», *Health*, vol. 4, n° 2, p. 159-178.
- Silenzio, V. (2002). «What is the role of complementary and alternative medicine in public health?», *American Journal of Public Health*, vol. 92, n° 10, p. 1562-1564.
- Spence, D.S. *et al.* (2005). «Homeopathic treatment for chronic disease: A 6-year, university-hospital outpatient observational study», *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, vol. 11, n° 5, p. 793-798.
- Squier, H.A. (1995). «Women in Nineteenth Century homeopathic medicine», *The Journal of Medical Humanities*, vol. 16, n° 2, p. 121-131.
- Steel, K. *et al.* (2004). «Iatrogenic illness on a general medical service at a university hospital», *Qual. Saf. Health Care*, vol. 13, p. 76-81.
- Steinsbekk, A. (2005). *Homeopathy in the Prevention of Upper Respiratory Tract Infections in Children*, doctoral thesis, Program of Clinical Medicine, Faculty of medicine, Trondheim, Norwegian University of Science and Technology, 70 p.
- Steuter, E. (2001). «Pedalling skepticism: Media representation of homeopathy as “junk science”», *Journal of American and Comparative Cultures*, vol. 24, n°s 3-4, p. 1-10.
- Steuter, E. (2002). «Contesting the rule(s) of medicine: Homeopathy's battle for legitimacy», *Journal Canadian studies*, vol. 37, n° 3, special issue on science and politics in Canada, p. 1-20.
- Stumpf, S.H. *et al.* (2007). «Divining integrative medicine», *eCAM*, <doi.10.1093/ecam/nem104>.
- Taillefer, A. (2007). *Médecine alternative, médecine douce... Comment la nommer? Le dilemme de la terminologie*, Montréal, Syndicat professionnel des homéopathes du Québec, SPHQ membre de la CSN, <www.sphq.org>.

- Taillefer, A. (2008). *Pluralité médicale au Québec, envers et contre tous : impacts du parcours des mères à travers l'expérience de la consultation homéopathique et biomédicale*, mémoire de maîtrise en sociologie, Montréal, Université du Québec à Montréal, 185 p.
- Taillefer, A. et al. (2004). *Une politique d'éthique sur la recherche en homéopathie : Oser penser autrement. Volume 1*, Montréal, Syndicat professionnel des homéopathes du Québec, 75 p.
- Taillefer, A. et al. (2004b). *Une politique d'éthique sur la recherche en homéopathie : Oser penser autrement. Volume 2 : État des travaux de recherche en homéopathie jusqu'à nos jours*, Montréal, Syndicat professionnel des homéopathes du Québec, 75 p.
- Tataryn, D.J. et M.J. Verhoef (2001). «Combining conventional, complementary and alternative health care : a vision of integration», *Perspectives on Complementary and Alternative Health Care : A Collection of Papers prepared for Health Canada*, VII : 87-106.
- Taylor Kirschmann, A. (1999). «Adding women to the ranks, 1860-1890 : A new view with a homeopathic lens», *Bulletin of the History of Medicine*, vol. 73, n° 3, p. 429-446.
- Taylor Kirschmann, A. (2004). *A Vital Force : Women in American Homeopathy*, Londres, Rutgers University Press, 230 p.
- Tillman, R. (2002). «Paying for alternative medicine : The role of health insurers», *The Annals of The American Academy of Political and Social Science*, vol. 583, p. 64-75.
- Turner, B. (2003). «The history of the changing concepts of health and illness : Outline of a general model of illness categories», dans G. Albrecht et al. (dir), *The Handbook of Social Studies in Health and Medicine*, Londres, Sage Publications, p. 9-23.
- Union professionnelle homéopathique belge (2005). *Cadre scientifique de la médecine générale belge*, Unio Homeopathica Belgica, UP\BV : ABR/7385/26/1988
- Université d'Arizona (2006). <integrativemedicine.arizona.edu>.
- Veal, L. (2004). «Countering misleading information», *Complementary Therapies in Nursing and Midwifery*, vol. 10, p. 54-57.
- Verhoef, M. et B. Findlay (2003). «Maturation of complementary and alternative healthcare in Canada», *Healthcare Papers*, vol. 3, n° 5, p. 56-61.
- Verhoef, M.J. et LR. Sutherland (1995). «Alternative medicine and general practitioners», *Canadian Family Physician*, vol. 41, p. 1005-1011.
- Verhoef, M. et al. (2002). «Assessing efficacy of complementary medicine : Adding qualitative research methods to the "Gold Standard"», *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, vol. 8, n° 3, p. 275-281.
- Verhoef, M. et al. (2004). «Whole systems research : Moving forward», *Focus Altern Complement Ther*, vol. 9, p. 87-90.

- Verhoef, M.J. *et al* (2005). «Complementary and alternative medicine whole research: Beyond identification of inadequacies of RCT», *Complementary Therapies in Medicine*, vol. 13, p. 206-212.
- Villedieu, Y. (2002). *Un jour la santé*, Montréal, Boréal, 316 p.
- Visser, G.J. et L. Peters (1990). «Alternative medicine and general practitioners in the Netherlands: Towards acceptance and integration», *Family Practice*, vol. 7, n° 3, p. 227-232.
- Walach, H. (2003). «Reinventing the wheel will not make it rounder: Controlled trials of homeopathy reconsidered», *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, vol. 9, n° 1, p. 7-13.
- Walach, H. *et al* (2005). «Research on homeopathy: State of the art», *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, vol. 11, n° 5, p. 813-829.
- Walach, H. *et al*. (2006). «Circular instead of hierarchical: methodological principals for the evaluation of complex interventions», *BMC Medical Research Methodology*, vol. 6, p. 29.
- Weil, A. (2006). *Introduction to the Program of Integrative Medicine*, University of Arizona, <integrativemedicine.arizona.edu/>.
- Willis, E. (2003). «The politics of evidence and the evidence for CAM», *Health-care Papers*, vol. 3, n° 5, p. 37-42.
- Willison, K.D. *et al*. (2007). «Enhancing chronic disease management: A review of key issues and strategies», *Complementary Therapies in Clinical Practice*, vol. 13, n° 4, p. 232-239.
- Winston, J. (1998). «Influenza – 1918: Homeopathy to the rescue», *The New England Journal of Homeopathy*, vol. 7, n° 1.
- Winston, J. (1999). *The Faces of Homoeopathy. An Illustrated History of the First 200 Years*, New Zealand, Great Auk Publishing, 633 p.
- Winston, J. (2006). «Efficacy of homeopathics in worldwide epidemics», *Irish Homeopaths*, <www.irishhomeopaths.com>.
- York University Center for Health Studies (1999). *Les approches complémentaires et parallèles en santé. Un aperçu*, Toronto, York University.
- Zhang, X. (2000). «Integration of traditional and complementary medicine into National Health Care Systems», *Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics*, vol. 23, n° 2, p. 139-140.
- Zollman, C. et A. Vickers (1999). «ABC of complementary medicine: What is complementary medicine?», *BMJ*, vol. 319, p. 693-696.
- Zone libre enquêtes (2006). «Les ratés des médecines douces», <www.radio-canada.ca/nouvelles/societe/2006/11/20/006-medecine-douce.shtml>.
- Zuess, J. (2003). «An integrative approach to depression: Part 1 – Etiology», *Complementary Health Practice Review*, vol. 8, n° 1, p. 9-24.

Conclusion

Dans la majorité des pays développés, le système de santé se heurte à plusieurs difficultés qu'il n'arrive pas à surmonter. Citons, entre autres, la montée des maladies dites de civilisation, le coût d'exploitation d'un système de soins toujours en augmentation avec l'arrivée de nouveaux médicaments et technologies, les effets secondaires de la plupart des traitements proposés, et la pénurie de professionnels qualifiés.

Loin de nous l'idée de contester l'utilité de la médecine moderne, de plus en plus performante en matière de soins. Nous sommes convaincus que les interventions qu'elle propose ont permis de sauver, de prolonger, d'améliorer l'espérance de vie d'un grand nombre de personnes de par le monde.

Cependant, il nous semble tout aussi urgent d'arriver à changer cette façon d'aborder la santé qui maintient en quelque sorte dans un état de dépendance et d'irresponsabilité la majorité des utilisateurs.

Prenons à titre d'exemple les données épidémiologiques sur l'augmentation de la sédentarité chez les jeunes, la malnutrition par excès ou par carences nutritionnelles, la pollution de l'environnement. Et paradoxalement, d'un autre côté, on assiste à une augmentation de la prise de médicaments qui conduit le plus souvent à une forme de dépendance induisant fréquemment des effets secondaires néfastes.

On sait pourtant que la majorité de nos maladies découlent bien souvent de la non-application de simples principes d'hygiène de vie comme une alimentation équilibrée, une activité physique adaptée, une saine

gestion des agents stressants et un environnement sain. Verra-t-on naître dans les prochaines années une nouvelle vision plus écologique en santé ? Le temps d'un véritable virage santé-logique par une psychopédagogie de la santé est-il arrivé ? Une vision où les différents intervenants, qui se partagent ce vaste domaine d'intervention, acceptent de remettre en question certains de leurs principes érigés en dogmes et de concéder ou de partager une partie de leur monopole ?

Cette aspiration peut paraître quelque peu utopique, maintenant que la médecine officielle semble être arrivée à son apogée pour avoir mis au point des outils de diagnostic et des traitements de plus en plus sophistiqués. Cependant certains signes avant-coureurs d'un tel changement commencent à se manifester. C'est ainsi que depuis quelques années on parle d'une approche intégrée en santé (AIS). Mais quels sont les fondements de ce nouveau courant ? En quoi sera-t-il différent des autres courants en santé qui ont fait couler beaucoup d'encre dans le passé ? Comment s'articulera-t-il concrètement dans le quotidien ?

Dans cet essai, nous avons voulu présenter le fruit de la réflexion de quelques praticiens et chercheurs qui ont accepté de partager leur vision sur l'AIS, en espérant apporter leur contribution au développement éventuel de ce nouveau courant en santé.

Jean-Claude Magny, Ph. D.,
pour le Groupe de recherche
en approche intégrée en santé (GRAIS)

Les auteurs

Denis Fournier a une première formation en herboristerie, délaissée au profit d'un programme en médecine homéopathique, après laquelle il a été diplômé de l'Institut des homéopathes du Canada (IHC). Nommé au comité des directeurs de l'IHC, il a dirigé un groupe de travail pour la reconnaissance de l'homéopathie au Québec. Il a suivi divers séminaires sur l'approche classique en homéopathie au Canada et en Europe.

Il est cofondateur du Syndicat professionnel des homéopathes du Québec (SPHQ), dont le but principal est la reconnaissance légale de l'homéopathie et des homéopathes. Vice-président de l'association, il a participé aux travaux de nombreux comités et a été mandaté comme expert du SPHQ aux travaux du gouvernement canadien sur la réglementation des produits de santé naturels, où il a été invité comme conférencier. Il agit encore aujourd'hui occasionnellement à titre de conseiller.

Cofondateur de l'École d'enseignement supérieur en homéopathie (EESHQ) à Québec, il y a aussi enseigné et y occupe maintenant le poste de directeur pédagogique. Il a créé et dirigé le Cercle homéopathique de Québec, un groupe informel qui réalisait des activités variées, dont la première pathogénésie québécoise d'une substance inconnue de la pharmacopée homéopathique. Il a aussi été professeur à Montréal à l'École des hautes études en homéopathie uniciste (EHEHU).

Denis Fournier est l'auteur de nombreux articles, rapports et essais publiés dans des journaux locaux et internationaux spécialisés en homéopathie. En outre, il a mené deux enquêtes sur la pratique homéopathique

au Canada et au Québec. Depuis quelques années, il prépare diverses monographies sur l'homéopathie, dont une étude bibliographique analysée et commentée de l'œuvre publique du fondateur de la médecine homéopathique, Samuel Hahnemann.

Actuellement, il exerce en pratique privée à Montréal.

Après une formation de premier et deuxième cycle (B. Sc. et M. Sc.) en kinanthropologie à l'Université d'Ottawa, **Gilles Harvey** poursuit une formation de 3^e cycle (Ph. D.) en sciences cliniques à l'Université de Montréal.

Intéressé par la santé et les approches alternatives et complémentaires, il étudie la naturopathie, la médecine traditionnelle chinoise et complète une formation en homéopathie (H. D.).

Il poursuit ensuite sa carrière de professeur-chercheur au Département de kinanthropologie de l'Université du Québec à Montréal, s'intéressant particulièrement à l'éducation à la santé.

Son parcours professionnel est diversifié. Outre plusieurs publications et communications scientifiques, il est l'auteur d'une *Méthode de rééducation motrice de l'écriture de la main gauche*, et coauteur d'ouvrages collectifs: *Activités sensorielles et motrices*, *La réadaptation et l'ergonomie*, *Faire équipe pour l'éducation à la santé en milieu scolaire*.

Il est membre de l'Institut Santé Société et du Groupe de recherche en approche intégrée en santé (GRAIS), dont il est actuellement le responsable, à l'Université du Québec à Montréal.

Sa recherche actuelle porte sur les effets de certaines approches énergétiques sur la variabilité du rythme cardiaque.

Professeur, chercheur, praticien, il associe une vision éducative de la santé à une capacité d'autogestion des personnes. Son objectif est de développer une approche intégrant les habitudes de vie et des approches énergétiques, principalement dans la gestion du stress.

Entre 1968 et 1977, Daniel Kieffer suit de front des études universitaires diplômantes (Paris VIII) de psychologie, de sciences de l'éducation et de lettres étrangères, tout en se passionnant pour la naturopathie et les disciplines corporelles (Hatha Yoga et sophrologie en particulier).

Devenu naturopathe (Institut d'hygiène naturelle de Paris, 1976), il complète longtemps après sa formation en Allemagne (Heilpraktiker, 1984), ainsi qu'auprès de nombreux spécialistes de disciplines naturelles telles que l'aromathérapie (Fondation biomédicale internationale/Pierre Franchomme), le Hatha Yoga et le Yoga Nidra (Claude Barreau, Micheline Flak), l'iridologie (André Roux), les gymnastiques douces (Lydia Sébastien, Hella Tulman), la musicothérapie (Fabien Maman), la sophrologie (IERSP/Théodore Yves Nassé) ou les techniques vocales (Béatrice Brout, Marc Scialon), notamment.

Dès 1976, il s'installe comme naturopathe clinicien et psychothérapeute à Paris.

Depuis lors, il a régulièrement investi ses talents de pédagogue dans le cadre de différentes structures telles que la Croix-Rouge française, le Collège européen d'ostéopathie de Maidstone, la Faculté libre de médecine naturelle, l'Université Paris Nord, l'École ISMET de Barcelone ou l'École d'enseignement supérieur de naturopathie du Québec.

Soucieux d'une approche globale et complète de l'humain et de la santé, il crée le concept original de naturopathie holistique (1986), qu'il pourra enseigner dans son propre collège, le CENATHO, fondé en 1989. Cet organisme de formation professionnelle reçoit chaque année plus de 200 étudiants, principalement en naturopathie, mais aussi en sophrologie, en massage bien-être et en gestion de boutique bio.

Depuis plus de 30 ans, Daniel Kieffer se consacre ainsi à la formation professionnelle, mais aussi aux conférences publiques, à l'écriture, ainsi qu'à la défense et à la promotion de la corporation dans le cadre des fédérations française (FENAHMAN) et européenne (UEN) de naturopathie qu'il préside encore à ce jour.

Ses principaux ouvrages témoignent de son engagement. Aux Éditions Jaques Grancher: *Naturopathie, la santé pour toujours*, 1995, *L'Homme empoisonné*, 1997, *Guide personnel des bilans de santé*, 1999, et *Cures naturopathiques*, 2003. Aux Éditions Sully: *Encyclopédie de revitalisation naturelle*, 2004, et *Comment se régénérer pour bien vieillir?*,

2004. Aux Éditions Jouvence, enfin : *Régénération intestinale*, 2005, Naturopathie pratique : la journée de l'homme heureux, 2006, puis *Encyclopédie historique de la naturopathie*, 2007.

En 2008, il aura également dirigé un ouvrage collectif fédéral destiné au grand public, *Votre 1^{re} visite chez le naturopathe*, et surtout le *Livre Blanc de la naturopathie*, manifeste destiné au monde politicojuridique et aux médias (respectivement aux Éditions Souffle d'Or et Yves Michel).

Particulièrement représentatif d'une naturopathie moderne et rigoureuse, ouverte au partenariat complémentaire et respectueux entre les différents acteurs de la santé publique, médecins et non médecins, Daniel Kieffer est souvent sollicité pour participer à des émissions radios ou télévisées, à des congrès internationaux ou encore pour des services de consultation en tant qu'expert.

Gradué en 1978, **Yves Lévesque** pratique d'abord en milieu hospitalier régional l'obstétrique, la pédiatrie, l'urgentologie. Ensuite il travailla à titre de médecin hygiéniste en santé publique.

Il s'installera par la suite au CLSC de Pointe-aux-Trembles pour entreprendre une pratique variée au sein d'une unité d'enseignement en médecine familiale de l'Université de Montréal, où il s'intéresse à la santé au travail, à la gériatrie, à la médecine sportive, et aux soins aux cancéreux. Il sera cofondateur d'Espoir et Amitié, groupe d'entraide aux familles et malades atteints de cancer. Dans ce milieu, il pratique en équipes multidisciplinaires. C'est à cette époque qu'il entreprend ses études en homéopathie avec une école française réputée.

Dès 1987, il oriente sa pratique vers l'homéopathie, qu'il pratique à la clinique médicale de McMasterville, où il découvre d'autres disciplines alternatives comme l'acupuncture, la naturopathie, l'ostéopathie, la chiropractie, la psychologie humaniste. Il commence aussi à enseigner l'homéopathie à Montréal et partout au Canada pour les laboratoires Dolisos.

Il devient membre de l'Association de médecine holistique du Québec (AMHQ), qui fait la promotion d'une approche globale en santé.

Après sa participation au 1^{er} congrès international en santé et en médecine holistique, tenu à Bangalore en 1989, il revient avec le désir de fonder une véritable équipe médicale en approches complémentaires. Il étudie en même temps les fondements de la naturopathie au Centre de recherche et d'éducation en orthobiologie (CREO) dirigé par Jean-Claude Magny, avec qui il commence une collaboration, tout comme avec Hélène Beaudoin, éducatrice et thérapeute, qui l'aidera à concrétiser le projet du Centre de santé et d'harmonie (CSH), lequel ouvrira ses portes en 1992 à Beloeil, avec des thérapeutes touchant les différents volets de la santé intégrée.

C'est au CSH qu'il travaille toujours comme généraliste au sein d'une équipe de praticiens chevronnés et autres collaborateurs.

Le CSH répond d'abord à une mission thérapeutique tout en intégrant aussi un aspect préventif par une démarche d'éducation à la santé et envisage de développer un volet recherche-action en collaboration avec le Groupe de recherche en approche intégrée en santé de l'Université du Québec à Montréal.

Après des études de premier cycle (B. Sc.) en biologie, psychologie et science de l'activité physique, **Jean-Claude Magny** opta pour une formation de deuxième cycle (M. Sc.) en psychologie et en toxicomanie, pour ensuite compléter un troisième cycle (Ph. D.) en didactique de l'éducation à la santé. Il est également titulaire d'un diplôme en naturopathie et en acupuncture.

Il fit d'abord carrière dans le domaine de l'éducation physique en qualité de conseiller pédagogique et d'enseignant spécialiste. Il commença ensuite une carrière universitaire comme chargé de cours, puis responsable de la formation pratique au profil enseignement.

Il mène de front une deuxième carrière, soit celle de praticien de santé naturopathe, au sein d'une équipe pluridisciplinaire dans une clinique médicale à vision holistique.

Il est l'instigateur de plusieurs institutions et entreprises dont le Centre de recherche et d'éducation en orthobiologie ou d'éducation à la santé (CREO), le Laboratoire d'évaluation des indices de santé (LEIS),

l'École d'enseignement supérieur de naturopathie du Québec (EESNQ), le Centre Écosanté de Montréal (CEM) et le Groupe de recherche en approche intégrée en santé (GRAIS).

Son champ de recherche actuel est l'éducation à la santé et certains des concepts véhiculés par les médecines alternatives et complémentaires (MAC), comme celui de terrain biologique.

Membre de l'Institut Santé Société (ISS) de l'Université du Québec à Montréal et du Canadian Interdisciplinary Network for Complementary and Alternative Medicine Research (IN-CAM).

Professeur, clinicien, chercheur, auteur et conférencier, il prône une approche intégrée en santé et une plus grande autonomie des individus en matière de prise en charge des déterminants de leur santé. Le dernier défi qu'il s'est donné, c'est celui de contribuer à la création d'un réseau de « Club santé pour une prévention active », une démarche partenariale, qu'il a développée et compte implanter.

Anne Taillefer a une première formation en périnatalité avec les sages-femmes du Québec, délaissée au profit d'études en médecine homéopathique. Elle est aujourd'hui diplômée (H. D.) du Groupe d'études hahnemanniennes de Paris-Aix (GEHPA)/Fondation en recherche énergétique (FRE) et de l'Université McGill en sciences médicales (B. Sc). Elle obtient par la suite une maîtrise en sociologie de l'Université du Québec à Montréal (UQAM), et un certificat d'étude sur les méthodologies de recherche pour les médecines non conventionnelles de la Charité-Universitätsmedizin de Berlin. Elle a également suivi divers séminaires sur l'approche homéopathique classique au Canada et en Europe.

Membre du Syndicat professionnel des homéopathes du Québec (SPHQ) depuis les débuts de l'association, pour laquelle elle a été la coordonnatrice du comité scientifique, elle a participé aux travaux de divers comités et est maintenant consultante auprès du SPHQ pour le Groupe de recherche en approche intégrée en santé (GRAIS) de l'UQAM pour l'élaboration d'un programme universitaire qui comprend la médecine homéopathique.

Elle a enseigné la médecine homéopathique au Centre de formation et de consultations familiales de Montréal (CFCF) pour former des homéopathes ainsi qu'elle a donné des cours d'introduction à l'homéopathie familiale à des groupes de parents.

Elle est membre de l'Institut Santé Société (ISS) de l'UQAM et du Canadian Interdisciplinary Network for Complementary and Alternative Medicine Research (IN-CAM).

Anne Taillefer est conférencière invitée à des congrès homéopathiques en Europe et au Canada. Elle a également publié divers articles, documents de travail et recherches en homéopathie, en plus de participer à deux enquêtes sur la pratique homéopathique au Canada et au Québec.

Praticienne en médecine homéopathique depuis une vingtaine d'années en clinique privée à Montréal, elle a entrepris un doctorat en sociologie sur la contribution de la médecine homéopathique dans le traitement et la gestion des maladies chroniques.



Intersections

Cultures, sexualités et genres
*Sous la direction de Shari Brotman
et Joseph Josy Lévy*
2008, ISBN 978-2-7605-1581-9, 494 pages

Épidémie silencieuse

Le traumatisme craniocérébral léger :
symptômes et traitement
*Sous la direction de
Frédéric Banville et Pierre Nolin*
2008, ISBN 978-2-7605-1547-5, 310 pages

Danse et santé

Du corps intime au corps social
Sous la direction de Sylvie Fortin
2008, ISBN 978-2-7605-1543-7, 326 pages

Les médias et le façonnement des normes en matière de santé

Sous la direction de Lise Renaud
2007, ISBN 978-2-7605-1526-0, 318 pages

La chaîne des médicaments

Perspectives pluridisciplinaires
*Sous la direction de
Joseph J. Lévy et Catherine Garnier*
2007, ISBN 978-2-7605-1510-9, 522 pages

Viellir en milieu d'hébergement

Le regard des résidents
Michèle Charpentier
2007, ISBN 978-2-7605-1477-5, 180 pages

Homosexualités

Variations régionales
*Sous la direction de
Danielle Julien et Joseph J. Lévy*
2007, ISBN 2-7605-1471-3, 284 pages

La surdité vue de près

Colette Dubuisson et Christiane Grimard
2006, ISBN 2-7605-1449-8, 436 pages

Trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité

Soigner,  duquer, surtout valoriser
*Sous la direction de Nicole Chevalier,
Marie-Claude Guay, André Achim,
Philippe Lageix et Hélène Poissant*
2006, ISBN 2-7605-1463-3, 336 pages

Souffrance et médecine

Serge Daneault
2006, ISBN 2-7605-1452-8, 180 pages

Surdité et société

Perspectives psychosociale,
didactique et linguistique
*Sous la direction de Daniel Daigle
et Anne-Marie Parisot*
2006, ISBN 2-7605-1407-2, 220 pages

La santé s'affiche au Québec

Plus de 100 ans d'histoire
Lise Renaud
2005, ISBN 2-7605-1344-0, 264 pages

Histoire des orthophonistes et des audiologistes au Québec: 1940-2005

Pratiques cliniques, aspirations
professionnelles et politiques de la santé
Julien Prud'Homme
2005, ISBN 2-7605-1378-5, 166 pages

Les traitements antirétroviraux

Expériences et défis
*Sous la direction de Joseph J. Lévy,
Janine Pierret et Germain Trottier*
2004, ISBN 2-7605-1276-2, 252 pages

Enjeux psychosociaux de la santé

*Sous la direction de
Joseph Josy Lévy, Danielle Maisonneuve,
Henriette Bilodeau et al.*
2003, ISBN 2-7605-1233-9, 352 pages

D

epuis les années 1970, on assiste un peu partout dans le monde à un intérêt grandissant pour les médecines dites alternatives et complémentaires (MAC), connues également sous les vocables de « populaires », « douces », « naturelles », « différentes » ou « parallèles ».

C'est pourquoi, aux quatre coins de la planète, décideurs et professionnels de la santé se penchent de plus en plus sur l'intégration de ces pratiques et sur les questions d'innocuité, d'efficacité et de disponibilité de toutes ces autres médecines, lesquelles sont plus ou moins bien encadrées par les gouvernements.

Devant cette réalité est apparue la nécessité de tenir compte de ces médecines, longtemps boudées par la médecine officielle, et de développer une approche différente en santé. Un mouvement s'insérant dans un nouveau courant en santé est né : l'« approche intégrée en santé » (AIS).

JEAN-CLAUDE MAGNY, Ph. D., ND. A., est professeur invité à l'Université du Québec à Montréal et membre du Groupe de recherche en approche intégrée en santé.

GILLES HARVEY, Ph. D., H.D., est professeur à l'Université du Québec à Montréal et responsable du Groupe de recherche en approche intégrée en santé.

YVES LÉVESQUE, m.d., H.D., est médecin généraliste et homéopathe, et fondateur du Centre de santé et d'harmonie de la Clinique médicale holistique de Beloeil.

DANIEL KIEFFER, n.d., est praticien de santé naturopathe, fondateur du Collège européen de naturopathie traditionnelle holistique (CENATHO) et président de la Fédération française de naturopathie et de l'Union européenne de naturopathie.

ANNE TAILLEFER, B. Sc., M.A., H.D., est membre du Syndicat professionnel des homéopathes du Québec.

DENIS FOURNIER, H.D., est membre du Syndicat professionnel des homéopathes du Québec.

