

Médecine conventionnelle et pratiques de soins non conventionnelles

Fabrice Berna^a, François Paille^b, Rémy Boussageon^c, Julien Nizard^d, Laurence Verneuil^e

^a Université de Strasbourg, Hôpitaux Universitaires de Strasbourg, Inserm U1329, Strasbourg, France ; Collège Universitaire des Médecines Intégratives et Complémentaires, Nantes, France

^b Université de Lorraine, Nancy, France ; Collège Universitaire des Médecines Intégratives et Complémentaires, Nantes, France

^c Université Lyon 1, CNRS UMR 5558, LBBE, EMET, Lyon, France

^d Université de Nantes, CHU de Nantes, Service Douleur Soins de Support, Éthique clinique et Médecine intégrative, Nantes, France ; UMRS INSERM-Nantes Université-Oniris 1229-RMeS, Regenerative Medicine and Skeleton; Collège Universitaire des Médecines Intégratives et Complémentaires, Nantes, France

^e Université Paris Cité, Inserm U1153, Statistic and epidemiologic research center, Université Paris Cité, Paris, France ; Collège Universitaire des Médecines Intégratives et Complémentaires, Nantes, France

Résumé

Les pratiques de soins non conventionnelles sont utilisées par une large proportion de la population générale et des patients souffrant de maladie chronique. Cet usage suscite régulièrement des inquiétudes des pouvoirs publics en France, en raison notamment de risques éventuels de dérives. Il attire les critiques de collectifs engagés dans la lutte contre ce qu'ils qualifient de «fausses médecines» par opposition à la «vraie» médecine, dite «conventionnelle». Cet article propose une analyse critique, épistémologique et scientifique de ces concepts de «médecine conventionnelle» et de «pratiques de soins non conventionnelles» et de leurs critères de démarcation. Il met en lumière que les secondes sont définies en opposition à la médecine conventionnelle alors que celle-ci ne dispose d'aucune définition précise. Il questionne le qualificatif «non conventionnel» face à l'intégration croissante de ces pratiques dans la médecine conventionnelle et l'enseignement facultaire en santé. Si la démarche scientifique est indispensable pour évaluer les pratiques de soins en médecine et leur efficacité, elle est insuffisante pour distinguer médecine conventionnelle et pratiques non conventionnelles. Des éléments de contexte culturels, politiques, sociétaux et corporatistes qui maintiennent de façon discutable cette opposition entre médecine conventionnelle et pratiques non conventionnelles sont explicités. Cette déconstruction ne vise pas à nourrir une position relativiste mettant sur le même plan médecine conventionnelle et pratiques de soins non conventionnelles. Elle tente d'éclairer le public et les professionnels sur les enjeux rarement abordés d'une simplification courante du sujet. Des propositions sont formulées pour sortir de cette impasse, notamment la structuration d'une médecine intégrative qui intègre de façon cohérente et raisonnée certaines pratiques non conventionnelles aux traitements conventionnels dans des parcours de soins bien définis. Cette médecine intégrative vise un soin global pour les patients, en garantissant un accès sécurisé à certaines pratiques et une réduction des usages à risque.

Mots clés : Epistémologie, enseignement ; médecine intégrative ; médecine basée sur les preuves ; scientisme ; dérives thérapeutiques

1. Introduction

Les pratiques de soins non conventionnelles (PSNC), comme l'acupuncture, l'hypnose, l'homéopathie, ou la naturopathie sont utilisées par une large proportion de la population générale. Différentes enquêtes indiquent qu'environ 80% des personnes déclarent y avoir eu recours au moins une fois dans leur vie, 40% au moins une fois dans l'année écoulée [1]. Chez les patients souffrant de pathologies chroniques, jusqu'à 70% y ont recours au moins un fois dans l'année écoulée. Si des rapports affirment que ce recours serait « en plein essor » [2,3], les données qui sous-tendent une telle affirmation en France sont fragiles et non exploitables [4]. En revanche, des enquêtes populationnelles bien conduites en Suisse montrent une augmentation modérée entre 2002 et 2017 (24% vs. 28.9% déclarant avoir utilisé au moins une fois une PSNC dans l'année écoulée, soit une progression de 1,9% par an) [5].

Cette utilisation suscite régulièrement des inquiétudes des pouvoirs publics en France, en raison notamment de risques de dérives thérapeutiques voire sectaires [3]. Elle attire également les critiques de collectifs engagés dans

la lutte contre ce qu'ils qualifient de « fausses médecines » ou « Fakemed » [6], par opposition à la « vraie » médecine dite « conventionnelle ». Le terme « Fakemed » occupe désormais une place importante dans l'espace médiatique français. Les travaux conceptuels consacrés à sa définition sont pourtant très rares [7], de même que les travaux académiques sur les critères de démarcation entre « médecine conventionnelle » et « pratiques de soins non conventionnelles ».

Cet article a pour but de clarifier les concepts et d'éclairer les enjeux épistémologiques, scientifiques et sociétaux qu'ils mobilisent. Nous développons notre analyse à partir des définitions du Ministère de la Santé [8] (site consulté en mars 2024) et du rapport de juin 2023 du Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) [2].

2. Une définition par la négation

Les PSNC sont définies par le Ministère de la Santé et le CNOM par *ce qu'elles ne sont pas*. Ceci reprend les structures sémantiques communément utilisées au niveau international pour décrire les PSNC [9]. Elles sont : « celles listées comme *ne faisant pas partie* de la médecine conventionnelle, celles catégorisées comme *n'étant pas* enseignées ou utilisées dans la médecine conventionnelle, celles qui *manquent* de données quant à leur efficacité [précisons, leur efficacité spécifique en comparaison au placebo] et leur sécurité ».

Cette définition par la négative suppose implicitement que la définition de la « médecine conventionnelle » serait claire et précise. Or le Ministère ne fournit aucun élément de définition de la « médecine conventionnelle ». Le CNOM précise, quant à lui, par les mots de la Présidente de la section Santé Publique : « *Aujourd'hui aucun texte ne définit juridiquement la médecine conventionnelle et ses critères. Seules les autorités publiques, la direction des enseignements supérieurs et le ministère de la santé sont habilités à établir le programme des études médicales en concertation avec les responsables de chaque spécialité.* »[10]

L'absence de définition lisible de la « médecine conventionnelle » n'est pas une spécificité française. Une revue de la littérature anglosaxonne [9] apporte une réponse assez consensuelle : il s'agit du « *système de médecine politiquement dominant dans un pays et à une époque donnés* ». Faute de mieux, le champ de la médecine conventionnelle recouvre : « *les interventions qui sont largement enseignées dans les écoles de médecine et généralement pratiquées dans les hôpitaux* ». Cette définition repose donc sur des énoncés structurels, qui ne sont ni conceptuels, ni épistémologiques. Ce flou autoriserait tout autant à définir la médecine conventionnelle par *ce qu'elle n'est pas* : « *une médecine qui n'est pas non conventionnelle* ».

Nous allons discuter les éléments de définition des PSNC proposés par le Ministère de la Santé. Préalablement, nous clarifions le terme « pratiques alternatives » fréquemment utilisé dans les médias et source de confusion.

3. Des pratiques alternatives ou utilisées de façon alternative ?

L'utilisation « alternative » de PSNC, c'est-à-dire de façon exclusive sans recours à la médecine conventionnelle est largement minoritaire (moins de 5% des patients avec cancer [11,12]). Une enquête allemande [12] a montré que l'usage strictement alternatif de PSNC était rare pour des affections potentiellement graves, plus fréquent pour des affections légères. Ce ne sont donc pas les thérapies qui sont « alternatives » mais leur usage qui peut être alternatif.

A propos des praticiens proposant des PSNC, prenons l'exemple, d'un ostéopathe travaillant en collaboration avec un médecin dans le cadre d'un réseau de soins intégratifs : ce praticien est « intégré » aux soins conventionnels. En tant que pratique, d'ailleurs, l'ostéopathie et a fortiori la médecine manuelle, font partie de la médecine conventionnelle dans d'autres pays comme au Canada. A l'inverse, un médecin utilisant l'homéopathie ou l'acupuncture de façon exclusive pour traiter un cancer sans proposer les traitements conventionnels nécessaires est dans une pratique « alternative » dangereuse qui représente une perte de chance pour le patient [13]. Ainsi, une formation ou un diplôme de professionnel de santé garantit un certain niveau et une qualité de formation, mais il ne garantit pas la façon dont ce professionnel utilise certaines PSNC, ceci relevant de son éthique.

Enfin, c'est l'existence de soins reconnus efficaces en médecine conventionnelle qui conditionne l'utilisation adéquate du qualificatif « alternatif » : quand ces soins conventionnels démontrés efficaces n'existent pas, on ne peut pas qualifier d'alternatif l'usage d'une PSNC. En pratique, l'usage alternatif de PSNC est surtout problématique pour des pathologies graves [13].

4. Des pratiques par essence hors des soins conventionnels ?

Le Ministère [8] indique que les PSNC se développent « *parallèlement à la médecine "conventionnelle", en France et partout dans le monde* ».

Si l'on ne peut nier cette réalité de pratiques « parallèles » ou « alternatives » aux soins conventionnels, cette affirmation confond les PSNC avec leur usage [12]. Il y a ici l'implicite que cet usage est « non intégré » aux soins conventionnels. Or :

- 1) certaines thérapies citées comme PSNC sont strictement réservées aux médecins ou aux professionnels de santé (comme la médecine manuelle-ostéopathie médicale, l'homéopathie, ou l'acupuncture en France [2])
- 2) nombre de médecins et professionnels de santé utilisent des PSNC en complément aux soins conventionnels. En Allemagne, 60% des médecins sont formés à au moins une PSNC [14].
- 3) des services et réseaux de soins se sont développés dans de nombreux pays, dont la France, pour proposer une approche globale de médecine intégrative dans un contexte d'encadrement médical des PSNC délivrées en complément des soins classiques [15].

Le rapport du CNOM publié en juin 2023 [2] tente de résoudre cet embarras en classant l'acupuncture, l'homéopathie et l'ostéopathie médicale ni dans la médecine conventionnelle, ni dans les PSNC et en créant une troisième catégorie à part dénommée « procédés thérapeutiques ». Cette appellation est spécifiquement française et propre au CNOM.

On peut regretter que ni le Ministère ni le CNOM ne mentionnent la médecine intégrative qui selon nous représente la seule alternative crédible aux « *médecines alternatives* ». La médecine intégrative désigne l'association des PSNC les plus pertinentes dans une indication donnée et dans un parcours de soins défini, aux soins conventionnels [16,17]. Ce terme est utilisé préférentiellement (mais non exclusivement) dans la prise en charge de pathologies chroniques ou fonctionnelles (ex : soins de support en cancérologie, lombalgies chroniques, endométriose [18,19]) et fait ainsi tomber la position dogmatique dichotomique d'une distinction entre médecine conventionnelle et PSNC basée sur leur usage [20].

5. Des pratiques non enseignées à l'Université ?

L'enseignement de la médecine à l'université est transdisciplinaire, scientifique mais également historique, social, culturel. Il contextualise la pratique des soins au sein du champ social et des différentes cultures, dans une vision bio-psycho-sociale et environnementale de l'être humain. Cette démarche est à même de répondre aux différentes facettes de la santé telles que retenues par l'OMS (physique, émotionnelle, relationnelle et même spirituelle). Dans ce contexte, de nombreuses facultés en France proposent à leurs étudiants des enseignements optionnels dédiés aux PSNC et à la médecine intégrative. De manière encore plus significative, un item obligatoire (n° 327) a été introduit dans la réforme du 2^{ème} cycle des études médicales pour sensibiliser les étudiants aux intérêts et aux risques de certaines PSNC. Il a été structuré par le Collège Universitaire de Médecines Intégrative et Complémentaires (CUMIC).

Ces actions répondent aux demandes conjointes de l'Académie Nationale de Médecine et de la Conférence des Doyens de Médecine. La première précise : « *Les thérapies complémentaires doivent être enseignées dans les Facultés de médecine et les Instituts de formation aux professions de santé (telles que référencées dans le code de la santé publique) afin que les professionnels en connaissent les intérêts potentiels et les limites afin de conseiller les patients en toute transparence et objectivité* »[21]. La seconde, appelle à une mise en place progressive et éclairée d'une « médecine intégrative ». Ces demandes indiquent bien qu'une place officielle doit être donnée à l'enseignement de ces approches par les instances académiques et universitaires de la médecine.

6. L'argument de la science : un critère de démarcation valide ?

Le Ministère affirme au sujet de la médecine conventionnelle, qu'elle : « *s'appuie sur des traitements qui ont toujours obtenu une validation scientifique, soit par des essais cliniques, soit parce qu'ils bénéficient d'un consensus professionnel fort. (...) En s'appuyant sur cette méthodologie rigoureuse, l'efficacité de la médecine conventionnelle est prouvée.* »

Du côté des PSNC, certaines ambiguïtés voire contradictions sont à souligner : « *Dans la très grande majorité des cas, les PSNC n'ont pas fait l'objet d'études scientifiques ou cliniques montrant leurs modalités d'action, leurs effets, leur efficacité, ainsi que leur non dangerosité.* » Plus loin, cependant : « *Certaines de ces PSNC ont certainement une efficacité sur certains symptômes, mais celle-ci est insuffisamment ou non démontrée.* »

6.1. La validation scientifique

L'affirmation sur la validation scientifique de « la médecine conventionnelle » est dogmatique et impropre car seuls 10% des traitements évalués dans des études cliniques disposent d'un haut niveau de preuve [22,23] et car plusieurs prescriptions courantes n'ont aucune efficacité démontrée par rapport au placebo (ex : le paracétamol dans les lombalgies chroniques [24]). Par ailleurs, ce dogme passe sous silence les sur-traitements qui concerneraient jusqu'à 25% des prescriptions d'antidépresseurs [25], de même que l'usage « off label » de nombreuses prescriptions médicamenteuses (entre 10 et 20% en médecine générale, [26,27]) qui résultent d'une mise en application « adaptée » ou détournée de des recommandations de leur usage. Malgré l'absence de support scientifique justifiant leur usage et la iatrogénie supplémentaire qu'elles induisent [26], elles font tout de même « par essence » partie des actes considérés comme relevant de la « médecine conventionnelle » et de ce fait, sont souvent remboursés par l'Assurance Maladie.

Enfin, une analyse des différentes recommandations en cardiologie entre 1984 et 2008 [28] a montré que 19% seulement reposaient sur un haut niveau de preuve, la moitié sur un faible niveau de preuve. La confusion entre opinion et preuve était par ailleurs pointée [29]. Cette situation est similaire dans d'autres disciplines médicales. Un exemple plus récent, emblématique de la contradiction entre les données de la recherche et les recommandations par un organisme de tutelle de la médecine [30], est celui de la vaccination obligatoire des soignants contre la grippe, sujet pourtant sensible. Elle est recommandée par la tutelle, alors qu'une synthèse Cochrane de 2016 conclut à « l'absence de preuve raisonnable » en faveur de l'efficacité de cette stratégie sur la réduction du risque infectieux et de la mortalité des sujets âgés en institution [31] et qu'une autre revue conclut à l'absence d'argument scientifique pour justifier éthiquement une vaccination obligatoire des soignants contre la grippe [32].

Il serait donc plus juste de reformuler cette phrase ainsi : « *La médecine « conventionnelle » s'appuie sur des traitements dont certains ont obtenu une validation scientifique dans des indications spécifiques* »... laissant clairement comprendre qu'une partie non négligeable de ce qui est appelé « médecine conventionnelle » dans la pratique n'est pas validée scientifiquement.

6.2. Le consensus professionnel

Le « consensus professionnel fort » évoqué par le Ministère serait caractérisé par le fait qu'il émerge « *après plusieurs années de recul, avec l'accord et l'expérience de la majorité des professionnels de la discipline concernée.* » La nature des groupes considérés comme « légitimes » pour porter un consensus professionnel n'est pourtant pas précisée : s'agit-il de sociétés savantes ? de l'Académie de Médecine ? de la Haute Autorité de Santé ? de sondages effectués auprès des professionnels représentatifs de la discipline ? Bien qu'il existe des méthodologies reconnues pour établir les consensus d'experts, aucune démarche n'est ici précisée.

Cette notion du « consensus professionnel fort » implique deux conséquences importantes :

1) il permet d'établir à partir de quand une thérapie peut être considérée comme validée... sachant qu'un seul essai clinique même bien conduit, ne suffit pas à affirmer l'efficacité d'une thérapie, et nécessite au moins une épreuve de reproductibilité. L'état de « validité » d'un traitement ne repose plus sur les données de la science mais relève d'un consensus d'expert. Ce consensus a donc le pouvoir de traduire les données en les interprétant, voire dans certains cas de proposer des recommandations allant à l'encontre des données scientifiques alors même qu'elles semblaient être un critère de rigueur.

2) il permet d'établir des « recommandations thérapeutiques ». Ces recommandations correspondent à un autre moment clé où les données « scientifiques objectives » issues d'essais cliniques expérimentaux sont transposées en vie réelle pour juger des conditions de leur application à la « médecine soignante ». Si la méthodologie permettant d'établir ces recommandations comporte des standards scientifiques [33], elle n'est pas exempte d'une possible appréhension subjective, partielle, dans lesquels des enjeux tout autres que scientifiques interviennent : corporatistes, économiques, voire ternis par des conflits d'intérêts avec les laboratoires [34,35].

6.3. Les PSNC validées et non validées

Parmi les PSNC listées par le Ministère, figurent un ensemble hétéroclite composé

1) de nombreuses PSNC pour lesquelles les données d'évaluation scientifique sont absentes ou fragiles : biorésonance, biologie totale, lipolyse, etc...

2) d'autres, pour lesquelles plusieurs travaux scientifiques ont été menés avec des résultats toujours débattus alors qu'ils sont fréquemment utilisés dans les soins et notamment par des professionnels de santé : homéopathie, phytothérapie, sophrologie, aromathérapie, auriculothérapie, massages.

3) quelques rares PSNC qui font même l'objet de recommandations de sociétés savantes dans certaines indications : acupuncture, méditation de la pleine conscience, hypnose.

Recourir à l'expérimentation scientifique pour apprécier l'efficacité et la sécurité des PSNC est évidemment indispensable. Cependant, nous avons montré, comment -pour les pratiques de médecine conventionnelle- le raisonnement utilisé pour affirmer qu'elles sont validées scientifiquement par les données issues des essais cliniques et les consensus d'experts, est fragile. Par conséquent, utiliser ce critère comme élément pertinent pour établir une frontière entre médecine conventionnelle et PSNC semble contestable pour plusieurs raisons.

6.3.1. L'évaluation de l'efficacité thérapeutique et sa complexité

Certaines PSNC comme l'acupuncture, ont fait l'objet de nombreux travaux d'évaluation. Ainsi, plusieurs milliers d'essais contrôlés randomisés (ECR) ont été réalisés [36], sans parvenir toutefois à des conclusions claires et définitives, sauf dans certaines indications ciblées (céphalées, nausées et vomissements...), posant la question de la pertinence des critères de jugement retenus, ou encore d'un décalage trop important entre l'utilisation de la PSNC « en vie réelle » et la méthode expérimentale utilisée pour l'évaluer. La question a en effet toute sa place quand on considère que les objectifs d'une PSNC ne sont pas forcément superposables à ceux d'une thérapeutique conventionnelle. Un essai [37] a montré par exemple que l'utilisation de l'hypnose ne permettait pas de réduire le recours à l'anesthésie péridurale (critère de jugement principal) mais qu'elle était associée à une expérience plus positive (mesurée par un instrument validé, le W-DEQ, choisi comme critère secondaire). En tenant compte des limites d'un raisonnement basé sur un critère de jugement secondaire et sans remettre en question la pertinence de l'ECR comme méthode d'évaluation des PSNC, ces constats ont incité à une plus grande attention dans la définition des objectifs de l'évaluation des PSNC, qu'ils portent sur l'efficacité thérapeutique ou sur leur rapport bénéfice/risque. En effet, l'efficacité thérapeutique de pratiques « complémentaires » aux soins conventionnels semble davantage se situer du côté de critères subjectifs (amélioration de la qualité de vie, du bien-être ou d'autres facteurs subjectifs que le patient a lui-même définis comme importants ou *patient-related outcomes*; situés plutôt dans le registre du *care*) que du côté de critères objectifs de guérison (du registre des soins conventionnels et du *cure*).

Ceci a conduit le *British Medical Research Council* [38] à recommander l'utilisation plus systématique de méthodologies mixtes - qualitatives et quantitatives. Dans un design séquentiel d'une étude mixte (QUAL-QUAN), l'approche qualitative préalable à l'ECR a un objectif exploratoire : mieux définir les critères d'efficacité perçus, considérés comme pertinents par les patients (pour telle PSNC, dans telle indication) et structurer à partir de ces données, par exemple, un questionnaire dont la validation psychométrique s'effectue par une étude quantitative. Une fois validé, le questionnaire peut être utilisé comme critère de jugement dans un ECR afin d'évaluer l'efficacité de la PSNC. A l'inverse, un design mixte explicatif suit une séquence QUAN-QUAL. Enfin l'articulation peut s'opérer dans un design intégré dans lequel les données qualitatives et quantitatives sont traitées parallèlement et sont complémentaires. Ainsi les données de la recherche qualitatives viennent en complément de celles de la recherche quantitative.

Le paradigme de la « médecine basée sur les preuves » (ou *evidence-based medicine*, EBM) pose des limites dans l'intégration active de la qualité de vie liée à la santé et des préférences des patients dans le domaine de la médecine et de la santé publique [39]. Pour élargir le champ de l'évaluation des pratiques médicales et des choix thérapeutiques, le concept de « médecine basée sur les valeurs » (ou *value-based medicine*, VBM) a été développé [40]. Elle est définie comme « la pratique de la médecine intégrant le plus haut niveau de données factuelles avec la valeur perçue par le patient conférée par les interventions de soins de santé avec des objectifs d'amélioration de la qualité des soins de santé et l'utilisation efficace des ressources de santé. » [41]. La VBM ajoute donc à l'EBM la prise en compte nécessaire des valeurs des patients, celles des professionnels du soins avec pour objectif de mieux définir ce qui est réellement pertinent pour les soins et la recherche. Cette approche décentre dès lors la question de la pertinence des soins de celle qui se limite à l'objectivité méthodologique et à la démonstration scientifique d'une efficacité spécifique la moins biaisée possible (propre à l'EBM). Le recours important des patients aux PSNC, le bénéfice perçu qu'ils déclarent en retirer en dépit de preuves spécifiques d'efficacité, invitent ainsi à mieux identifier et prendre en compte dans les soins les valeurs qui sous-tendent ces observations. Les approches VBM renforcent ainsi le lien de l'EBM aux principes humanitaires sur lesquels cette dernière a été fondée.

6.3.2. Les connaissances scientifiques en perpétuelle évolution

Dès lors, ce qui devient validé devrait pouvoir entrer dans la « médecine conventionnelle » et ce qui ne l'est plus devrait sortir de la « médecine conventionnelle » pour devenir une PSNC.

On voit bien là, la dimension purement théorique et dogmatique d'un tel critère car ceci implique une actualisation permanente de la « validité scientifique » des thérapies et un suivi réactualisé et évolutif des « entrées/sorties » allant d'un champ à l'autre : de celui de la médecine conventionnelle vers celui des PSNC et inversement. Cet idéal (ou utopie) théorique est simplement non applicable en pratique. Sauf peut-être à s'appuyer sur la puissance des algorithmes, ce qui soulèverait d'autres questions...

7. La question des mécanismes d'action des PSNC

L'acupuncture médicale est utilisée couramment dans des services de médecine et par des professionnels de santé. Elle est recommandée par différentes sociétés savantes de cancérologie du fait d'arguments d'efficacité dans certaines indications [42,43]. Elle figure pourtant dans la liste des PSNC du Ministère... et il y a fort à penser qu'elle y restera longtemps encore au regard de l'affirmation figurant sur son site : « *Dans la très grande majorité des cas, les PSNC n'ont pas fait l'objet d'études scientifiques ou cliniques montrant leurs modalités d'action* ».

Connaître les mécanismes d'action serait-il indispensable pour qu'un traitement soit considéré comme « conventionnel ». Cette question rejoint la position que défendait Claude Bernard. Il accordait une confiance très limitée à une démonstration d'efficacité statistique dénuée d'une explication basée sur des mécanismes physiopathologiques [44]. Pourtant, de nombreux médicaments sont utilisés en médecine conventionnelle en l'absence d'une connaissance précise de leur mode d'action biologique ou physiopathologique (paracétamol, lithium, sels d'or, acétylleucine, etc...). L'approche de l'*evidence-based medicine* (EBM) dont une des sources se trouve historiquement dans l'empirisme analytique de Pierre Jean Georges Cabanis, accorde en effet une place plus importante à la preuve clinique qu'à la démonstration du mécanisme d'action physico-chimique [45]. La faible connaissance des mécanismes d'action ne devrait donc pas être un frein en théorie : une « médecine conventionnelle » dont les pratiques ne reposeraient que sur la preuve d'un mécanisme d'action, aurait peu de molécules à sa disposition.

Ce qui peut déranger, en revanche, concernerait davantage l'idéologie qui sous-tend de nombreuses PSNC, dont l'acupuncture. Cette idéologie les rattache aux approches qualifiées de « rationnelles-dogmatiques » [46] en ce sens qu'elles font appel à une démarche diagnostique et thérapeutique qui peut être rationnelle (utilisant des raisonnements hypothético-déductifs) mais qui est incluse dans un système de pensée et/ou une conception de la maladie considérés comme sans fondement scientifique. Le choix thérapeutique est davantage guidé par des préceptes théoriques, philosophiques ou magico-religieux que par les connaissances physiopathologiques reconnues par la médecine conventionnelle occidentale. Ces approches sont qualifiées de « FakeMed » par certains collectifs [47].

Cette conception de la maladie ou du soin n'a pas empêché l'acupuncture, l'homéopathie ou la médecine anthroposophique (exemples paradigmatiques de ces approches) de se soumettre à des ECR et pour certaines comme l'acupuncture, d'obtenir des résultats concluants. Mais leurs fondements mêmes dérangent du fait qu'ils s'opposent à la vision de la médecine dite « scientifique » qui a réussi au prix de longs efforts, à s'installer au cours de l'histoire. Car pour être qualifiée de scientifique, il faut non seulement se soumettre à la science mais aussi s'inscrire dans le paradigme du réductionnisme « physico-chimique ». Ainsi, tout processus non explicable « par les moyens actuels de la science » et mesurable par des instruments physiques ne peut être qualifié de « scientifique » en médecine.

L'utilisation de l'argument de la science, à la fois pour la preuve et la théorie scientifique, serait ainsi « à géométrie variable ». Ceci explique que la « médecine conventionnelle » regroupe des pratiques dont certaines sont validées par la science, et d'autres, malgré l'absence de preuve scientifique, continuent d'en faire partie car elles répondraient au paradigme positiviste quantitatif (ex : phloroglucinol, acétylleucine, tramadol dans la douleur chronique, stimulation magnétique transcrânienne répétitive dans la dépression, etc...).

Dit autrement, la médecine conventionnelle n'est pas « scientifiquement validée » en tant que telle mais comporte des pratiques qui ont un niveau confirmé de validation scientifique pour certaines, pas pour d'autres. De même, l'acupuncture n'est pas « validée » mais a montré son efficacité dans certaines indications ou certains contextes. La valeur de la preuve en médecine est dépendante du contexte, ceci s'applique autant aux PSNC qu'à la médecine conventionnelle. L'exemple de la metformine et la faiblesse des études qui ont conduit à évoquer son efficacité chez les patients avec diabète de type 2 en surpoids illustre bien la relativité de la notion de fait probant lorsque des interprétations varient selon le contexte [48].

Pour dire clairement les choses, une raison implicite qui sous-tend la délimitation entre médecine conventionnelle et PSNC réside dans la transposition dans la médecine, du débat entre sciences et pseudosciences. En témoignent les fréquentes analogies entre « FakeMed » et pseudosciences dans les discours militants, politiques et les médias et alimentés par les courants zététiques [49] (la zététique est un mouvement scientifique qui promeut l'exercice de « l'art du doute » ou de « l'esprit critique » avec pour ambition déclarée de séparer les énoncés « scientifiques » des énoncés « pseudoscientifiques » [50]). Or les insuffisances conceptuelles de la distinction entre sciences et pseudo-sciences sont soulignées par de nombreux sociologues qui s'inquiètent de son mésusage politique [50]. Ng et collaborateurs résument ainsi leur travail de synthèse [9] : « *les praticiens conventionnels ont recours à la notion scientifique d'efficacité pour établir la validité de leurs thérapies et de leurs méthodes de recherche comme une stratégie rhétorique visant à positionner leur autorité. En même temps, les praticiens conventionnels qualifient de « non scientifiques » les praticiens non conventionnels et leurs thérapies dans le but de les exclure de la médecine conventionnelle et de leur dénier toute légitimité voire toute ressource.* » La question de pouvoir qu'il est impossible de négliger ici, ne relève pas d'un paradigme pragmatique au service du soin.

8. Pour une vision complexe de la médecine

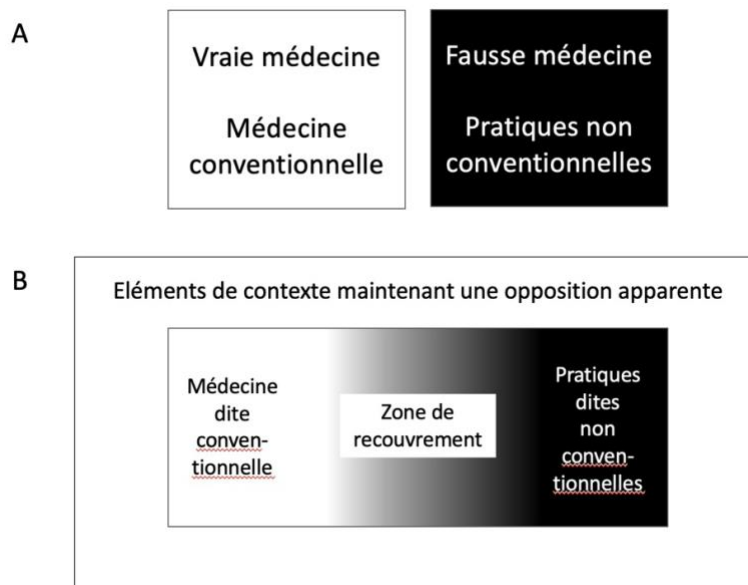
Pour sortir des simplifications du débat autour des PSNC, nous illustrons deux scotomes cognitifs supplémentaires qui justifient en apparence l'opposition binaire entre les dites « vraies » et « fausses » médecines. Nous éclairons notre propos en nous inspirant d'éléments de la réfutation logique du philosophe Nāgārjuna [51]. De façon simplifiée, tout dilemme ne serait qu'apparent et résulterait de la non considération de deux éléments (les scotomes évoqués plus haut) : 1) le lien qui relie les deux composantes du dilemme apparent, 2) le contexte dans lequel ce dilemme apparent émerge et prend un sens.

8.1. Des liens entre les apparents opposés

Quels liens peut-on voir entre « médecine conventionnelle » et PSNC, médecine scientifique et non scientifique, vraie et fausse médecine, présentées comme opposées ?

Il s'agit des nombreuses zones « grises » ou de recouvrement qui existent entre elles (cf. Figure 1). Notre analyse critique des critères sous-tendant la distinction entre médecine conventionnelle et PSNC nous a amenés à cette conclusion : 1) certaines pratiques sont classées parmi les PSNC alors qu'elles sont validées scientifiquement par des ECR de qualité suffisamment bonne, utilisées par des médecins voire recommandées par des sociétés savantes, et enseignées à l'université ; 2) à l'inverse des pratiques relevant de la médecine conventionnelle ont une validation scientifique faible ou absente, voire sont enseignées comme étant à utiliser faute de mieux ou encore à éviter (les prescriptions off label, par exemple).

Figure 1. Vision binaire de l'opposition entre « vraie » et « fausse » médecine (A) Vision complexe illustrant les zones de recouvrement entre les apparents opposés (2.1) et le contexte qui entretient cette opposition apparente (2.2)



8.2. Du contexte dans lequel l'opposition apparente prend sens

Un premier élément de contexte est de nature culturelle. La définition des PSNC est en effet une question typiquement « occidentale » qui perd son sens quand on prend en compte « la médecine » à l'échelle mondiale telle l'OMS [52]. Même entre pays occidentaux, l'intégration plus ou moins importante des PSNC dans les soins conventionnels et l'enseignement universitaire en médecine fait varier les frontières de cette opposition apparente entre médecine conventionnelle et PSNC.

Un second élément est de nature politique et corporatiste. La légitimité de la médecine « officielle » à l'égard des charlatans et la consolidation de certaines positions corporatistes ont été permises dès le début du XIX^{ème} siècle par la mise en avant de la science [53], même si la médecine de cette époque était plus scientifique dans son discours que dans sa mise en pratique. La position hégémonique des médecins, légitimée par l'ancrage dans la science, leur a permis de s'opposer aux nouvelles professions susceptibles de lui porter atteinte (officiers de santé, sages-femmes, chiropracteurs et ostéopathes, psychothérapeutes et plus récemment infirmiers en pratique avancée). Les praticiens de santé non professionnels de santé exerçant des PSNC réactivent aujourd'hui cette menace d'une atteinte à l'intégrité de la médecine dominante.

Un troisième élément se réfère à un aspect genré du débat. En effet, la médecine scientifique a été historiquement portée par les hommes, ceux qui pouvaient exercer la médecine et étudier à l'université [53]. La médecine non-officielle était à l'opposé une médecine pratiquée par les religieuses ou les femmes dans le secret des foyers. Dans le contexte actuelle d'une forte féminisation des professions de santé, des éléments rappellent cet aspect genré du débat : les opposants aux PSNC sont majoritairement des hommes (75% environ des signataires de la Tribune à l'origine du mouvement No FakeMed [6]). Or parmi les étudiants en médecine et pharmacie, ce sont en majorité des femmes qui manifestent un intérêt pour les PSNC [54,55] ou pour les sciences humaines et sociales en médecine.

Un quatrième élément se réfère à l'influence du scientisme en médecine [49]. Cette vision étroite de la science, l'érige en dogme au lieu de la considérer comme un outil d'appréhension du monde. Or une des caractéristiques du scientisme est justement sa forte préoccupation par l'idée d'une frontière nette entre « vraie » et « fausse » science. Cette idéologie scientiste participe ainsi au maintien d'un antagonisme radical entre « vraie » et « fausse » médecine qui disparaît lorsqu'on sort de cette idéologie.

9. Propositions

Une démarche scientifique ouverte, critique, complexe et humble est certes moins confortable mais cette voie du milieu s'appuyant sur la recherche scientifique, nous semble pourtant la seule permettant une issue constructive à un débat miné par des postures pouvant être caricaturales et/ou dogmatiques. Cette démarche perspectiviste qui tente d'intégrer des points de vue multiples voire opposés en apparence, est la seule qui nous semble intellectuellement satisfaisante et éthiquement honnête (vis-à-vis de nos patients et pour nous-mêmes), et qui permet d'éviter les écueils du charlatanisme, du relativisme et du scientisme [49]. Nous formulons donc plusieurs propositions pour sortir par le haut de notre impasse française.

9.1. Abandonner la distinction entre médecine conventionnelle et PSNC

La fragilité de la distinction entre médecine conventionnelle et PSNC plaide pour un abandon de cette référence comme repère pertinent pour informer la population et même fonder les décisions de santé. Cet abandon se justifie d'autant plus que médecines et pratiques se situent sur des plans différents.

Si des raisons justifient de conserver cette distinction, il serait nécessaire d'en souligner les limites et les insuffisances de façon à éviter tout discours radical s'appuyant sur les fausses certitudes que cette distinction prétend porter.

9.2. Promouvoir des campagnes d'informations sur la médecine intégrative

Ces campagnes seraient basées sur des outils pédagogiques adaptés et aussi impartiaux que possible, évoquant les intérêts, les risques et le niveau d'évaluation scientifique.

Nous insistons sur le fait que ces trois dimensions doivent apparaître de façon séparée et doivent être replacées dans un contexte. Ceci est important pour éviter tout amalgame ou toute disqualification globalisante d'une PSNC s'appuyant tantôt sur un manque d'efficacité, tantôt sur des risques sans préciser le contexte dans lequel le risque (vs. son absence) ou le manque d'efficacité (vs. l'efficacité) est observé.

La notion de risque doit également être graduée de façon linéaire et non présentée de façon binaire (risque potentiel vs. absence de risque) pour éviter les dérives dans l'usage du terme « à risque » [56]. Elle doit être déclinée en précisant le contexte où ce risque est particulièrement élevé : risque direct pour la santé, risque de dérive sectaire, de charlatanisme, risque financier. A ce titre, l'application d'une stratégie de réduction des risques et des dommages aux PSNC apparaît suffisamment pertinente pour être recommandée compte tenu de l'efficacité pragmatique dont elle a fait preuve en addictologie [13].

9.3. Lancer un programme d'évaluation ambitieux des PSNC.

Ce programme passerait par le développement de méthodologies d'évaluation adaptées reposant sur une articulation entre approches qualitatives [57] et quantitatives. Cette méthodologie mixte a été reconnue comme pertinente par le *British Medical Research Council* en 2016 [38]. Aussi, il s'agit de gommer l'asymétrie majeure qui existe en recherche avec d'une part, des PSNC massivement consommées mais très peu évaluées, d'autre part une recherche orientée sur l'évaluation de pratiques conventionnelles biotechniques très sophistiquées qui ne concernent parfois qu'un faible nombre de patients.

Ce programme fixerait comme exigence première la réalisation d'ECR de bonne qualité méthodologique pour tester les hypothèses thérapeutiques préalablement fixées [48,58].

Il serait également centré sur l'évaluation de l'efficacité perçue, le rapport bénéfice/coût et de la sécurité de ces PSNC, et ferait abstraction du positionnement idéologique en rapport avec ces thérapies. Le choix prioritaire des PSNC à évaluer pourrait par exemple être fixé après concertation auprès des usagers et patients eux-mêmes (co-construction), en tenant compte de leur fréquence d'utilisation et de leur utilité/pertinence perçues. Ce projet relèverait d'un réel processus participatif démocratique avec des objectifs pragmatiques, centrés sur le patient.

9.4. Encadrer le développement de la médecine intégrative

L'encadrement médical et pluriprofessionnel (incluant d'autres professionnels de santé) nous semble le seul capable de répondre aux exigences de sécurité pour les patients. La réflexion sur la coordination en santé intégrative s'appuierait sur les organisations ou dispositifs de coordination déjà existants et pourrait consister en la création d'un nouveau métier de coordonnateur de parcours de santé intégrative. Son objectif serait de favoriser la coordination des équipes de professionnels de santé et de praticiens, la sécurisation des parcours de santé intégrative, et la création de structures de soins dédiées à la médecine intégrative. *In fine*, cela devrait aboutir à des propositions pour les patients présentant des maladies chroniques de parcours sécurisés et adaptés de santé intégrative

Les services de médecine intégrative ou les réseaux ambulatoires de santé intégrative constitueraient ainsi des « espaces de consommation de PSNC à moindre risque », reprenant une analogie avec la philosophie de réduction des risques et des dommages évoquée plus haut [13].

De notre point de vue, ce développement justifie pleinement la mise en place d'une formation spécialisée transversale en médecine intégrative pour accompagner le développement de la médecine intégrative par des professionnels bien formés (il s'agit d'un diplôme de médecine d'une durée d'un an, réalisé pendant le cursus de spécialisation du 3^{ème} cycle et qui donne une compétence particulière et reconnue, à exercer dans sa spécialité). Ceci justifie également l'amélioration de la formation des professionnels de santé dans les PSNC et la médecine intégrative. Elle passe notamment par une démarche de définition de critères de qualité pour les formations universitaires portant sur ces approches. Une telle démarche a été initiée par le Collège Universitaire de Médecines Intégrative et Complémentaires [59] ; elle sera à consolider et maintenir sur la durée.

9.5. Légiférer sur un statut de praticien de santé non professionnel de santé

La stratégie globale de réduction des risques justifie enfin la mise en place d'une formation initiale minimale obligatoire (sous forme de tronc commun) sur un modèle identique à celui mis en place en Suisse, seule façon de notre point de vue, d'établir un langage commun basé sur l'acquisition des fondamentaux de la médecine conventionnelle et de garantir chez ces praticiens une déontologie forte et sécurisée pour les patients [60]. Ce type d'action législative ne serait pas une première en France car la Loi Accoyer du 9 août 2004 (décret du 7 mai 2012) a déjà permis en France d'encadrer le titre et la formation des psychothérapeutes.

10. Conclusion

Nous avons tenté de démontrer qu'une distinction entre médecine conventionnelle et pratiques de soins non conventionnelles, bien qu'utilisée par défaut dans de nombreux pays occidentaux, est source de nombreux malentendus. Si la preuve scientifique d'efficacité est indispensable pour évaluer les pratiques de soins en médecine, ce critère n'est scientifiquement pas valide à lui seul pour distinguer médecine conventionnelle et

pratiques non conventionnelles. Ces flous conceptuels alimentent les difficultés dans l'élaboration d'une politique globale visant à la fois à répondre aux demandes fortes des patients et aux exigences réglementaires, éthiques et de sécurité des citoyens. Les positions militantes et dogmatiques qui s'érigent pour défendre leur vision souvent idéalisée de la « médecine conventionnelle » pourraient penser que les perspectives énoncées ci-dessus sont à risque de fragiliser la « médecine conventionnelle ». Reconnaître et assumer les forces et faiblesses de notre médecine relève au contraire de l'honnêteté et de la transparence que nous devons à nos patients. Notre analyse ne vise en aucun cas à nourrir une position relativiste mettant sur le même plan médecine conventionnelle et pratiques de soins non conventionnelles. Elle tente d'éclairer le public et les professionnels sur les enjeux rarement abordés dans les simplifications courantes du débat. Son objectif est bien de sortir de l'impasse épistémologique française et de formuler des propositions concrètes de clarification et de structuration d'une médecine intégrative, comme elle existe déjà dans de nombreux pays.

11. Références

- [1] Odoxa, Unadfi. Les Français et les thérapies alternatives. Odoxa 2023. <https://www.odoxa.fr/sondage/les-francais-et-les-therapies-alternatives/> (accessed July 4, 2023).
- [2] Conseil National de l'Ordre des Médecins. Les pratiques de soins non conventionnelles et leurs dérivés. Etat des lieux et propositions d'actions. Paris: 2023.
- [3] MIVILUDES. Rapport d'activité 2021. Paris: MIVILUDES; 2022.
- [4] Berna F, Florens N, Verneuil L, Paille F, Berna C, Nizard J. "An explosion of alternative medicines in France!": media-biased polyphonic epidemiology vs. evidence-based data. n.d. <https://medrxiv.org/cgi/content/short/2023.09.03.23294995v1>.
- [5] Meier-Girard D, Lüthi E, Rodondi P-Y, Wolf U. Prevalence, specific and non-specific determinants of complementary medicine use in Switzerland: Data from the 2017 Swiss Health Survey. PLOS ONE 2022;17:e0274334. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0274334>.
- [6] "Fake médecine": des professionnels se rebiffent contre les "médecines alternatives." L'Express 2018. https://www.lexpress.fr/sciences-sante/sante/fake-medicine-des-professionnels-se-rebiffent-contre-les-medicines-alternatives_1994437.html (accessed May 1, 2023).
- [7] Isles M. What's in a Word? Falsified/Counterfeit/Fake Medicines - The Definitions Debate. Med Access Point Care 2017;1:maapoc.0000008. <https://doi.org/10.5301/maapoc.0000008>.
- [8] Direction Générale de la Santé. Les pratiques de soins non conventionnelles. Ministère Santé 2024. <https://sante.gouv.fr/soins-et-maladies/qualite-des-soins-et-pratiques/securite/article/les-pratiques-de-soins-non-conventionnelles> (accessed February 15, 2024).
- [9] Ng JY, Boon HS, Thompson AK, Whitehead CR. Making sense of "alternative", "complementary", "unconventional" and "integrative" medicine: exploring the terms and meanings through a textual analysis. BMC Complement Altern Med 2016;16:1-18. <https://doi.org/10.1186/s12906-016-1111-3>.
- [10] Siret C. Courrier personnel en réponse à une demande de clarification de la définition de la médecine conventionnelle 2023.
- [11] Molassiotis A, Fernandez-Ortega P, Pud D, Ozden G, Scott JA, Panteli V, et al. Use of complementary and alternative medicine in cancer patients: a European survey. Ann Oncol 2005;16:655-63. <https://doi.org/10.1093/annonc/mdi110>.
- [12] Berna F, Göritz AS, Mengin A, Evrard R, Kopferschmitt J, Moritz S. Alternative or complementary attitudes toward alternative and complementary medicines. BMC Complement Altern Med 2019;19:83. <https://doi.org/10.1186/s12906-019-2490-z>.
- [13] Berna F, Nizard J, Verneuil L, Paille F. La réduction des risques et des dommages appliquée aux pratiques de soins non conventionnelles : analyse des usages à risques et questionnaire d'évaluation des risques. Presse Médicale Form 2023;S2666479823002574. <https://doi.org/10.1016/j.lpmfor.2023.11.004>.
- [14] Homborg A, Scheffer C, Brinkhaus B, Fröhlich U, Huber R, Joos S, et al. Naturopathy, complementary and integrative medicine in medical education – position paper by the GMA Committee Integrative Medicine and Perspective Pluralism. GMS J Med Educ 2022;39:Doc16. <https://doi.org/10.3205/zma001537>.
- [15] Cheong MJ, Lee MS, Joo MC, Lee S-Y, Lee J-H, Yun J-M, et al. Introduction to methodology for the development of an integrative medical service model. Integr Med Res 2022;11:100840. <https://doi.org/10.1016/j.imr.2022.100840>.
- [16] Menard MB, Weeks J, Anderson B, Meeker W, Calabrese C, O'Byron D, et al. Consensus Recommendations to NCCIH from Research Faculty in a Transdisciplinary Academic Consortium for Complementary and Integrative Health and Medicine. J Altern Complement Med N Y N 2015;21:386-94. <https://doi.org/10.1089/acm.2014.0295>.
- [17] Hunter J, Harnett JE, Chan W-JJ, Pirota M. What is integrative medicine? Establishing the decision criteria for an operational definition of integrative medicine for general practice health services research in Australia. Integr Med Res 2023;12:100995. <https://doi.org/10.1016/j.imr.2023.100995>.
- [18] Qaseem A, Wilt TJ, McLean RM, Forcica MA. Noninvasive Treatments for Acute, Subacute, and Chronic Low Back Pain: A Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians. Ann Intern Med 2017;166:514-30. <https://doi.org/10.7326/M16-2367>.
- [19] Gourbail L. Prise en charge de l'endométriose - Texte des recommandations. Haute Autorité de Santé; 2017.
- [20] Chung VCH, Ho LTF, Leung TH, Wong CHL. Designing delivery models of traditional and complementary medicine services: a review of international experiences. Br Med Bull 2021;137:70-81. <https://doi.org/10.1093/bmb/ldaa046>.
- [21] Académie Nationale de Médecine, Commission XII. Thérapies complémentaires en France : La science doit être au centre de toutes les initiatives. Académie Nationale de Médecine; 2021.
- [22] Howick J, Koletsis D, Ioannidis JPA, Madigan C, Pandis N, Loef M, et al. Most healthcare interventions tested in Cochrane Reviews are not effective according to high quality evidence: a systematic review and meta-analysis. J Clin Epidemiol 2022;148:160-9. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2022.04.017>.
- [23] Maynié-François C, Tudrej B, Tawil E, Naudet F, Huas C, Pouchain D, et al. Quality of evidence of the efficacy of therapeutic interventions on patient-important outcomes in Cochrane's systematic reviews' abstracts: A survey. Therapies 2021;76:403-8. <https://doi.org/10.1016/j.therap.2020.09.004>.
- [24] Saragiotto BT, Machado GC, Ferreira ML, Pinheiro MB, Shaheed CA, Maher CG. Paracetamol for low back pain. Cochrane Database Syst Rev 2016:CD012230. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012230>.
- [25] Davies J, Read J, Kruger D, Crisp N, Lamb N, Dixon M, et al. Politicians, experts, and patient representatives call for the UK

- government to reverse the rate of antidepressant prescribing. *BMJ* 2023;383:p2730. <https://doi.org/10.1136/bmj.p2730>.
- [26] Eguale T, Buckeridge DL, Winslade NE, Benedetti A, Hanley JA, Tamblyn R. Drug, Patient, and Physician Characteristics Associated With Off-label Prescribing in Primary Care. *Arch Intern Med* 2012;172. <https://doi.org/10.1001/archinternmed.2012.340>.
- [27] Radley DC, Finkelstein SN, Stafford RS. Off-label Prescribing Among Office-Based Physicians. *Arch Intern Med* 2006;166:1021. <https://doi.org/10.1001/archinte.166.9.1021>.
- [28] Tricoci P, Allen JM, Kramer JM, Califf RM, Smith SC. Scientific Evidence Underlying the ACC/AHA Clinical Practice Guidelines. *JAMA* 2009;301:831–41. <https://doi.org/10.1001/jama.2009.205>.
- [29] Schünemann HJ, Zhang Y, Oxman AD. Distinguishing opinion from evidence in guidelines. *BMJ* 2019;I4606. <https://doi.org/10.1136/bmj.I4606>.
- [30] Académie Nationale de Médecine, Commission VI. Vaccinations obligatoires des soignants : l'honneur d'une profession – Académie nationale de médecine | Une institution dans son temps. n.d.
- [31] Thomas RE, Jefferson T, Lasserson TJ. Influenza vaccination for healthcare workers who care for people aged 60 or older living in long-term care institutions. *Cochrane Database Syst Rev* 2016:CD005187. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005187.pub5>.
- [32] Serres GD, Skowronski DM, Ward BJ, Gardam M, Lemieux C, Yassi A, et al. Influenza Vaccination of Healthcare Workers: Critical Analysis of the Evidence for Patient Benefit Underpinning Policies of Enforcement. *PLOS ONE* 2017;12:e0163586. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0163586>.
- [33] What is GRADE? | *BMJ Best Practice* n.d. <https://bestpractice.bmj.com/info/toolkit/learn-ebm/what-is-grade/> (accessed April 10, 2023).
- [34] Lenzer J, Hoffman JR, Furberg CD, Ioannidis JPA. Ensuring the integrity of clinical practice guidelines: a tool for protecting patients. *BMJ* 2013:f5535. <https://doi.org/10.1136/bmj.f5535>.
- [35] Nejtgaard CH, Bero L, Hróbjartsson A, Jørgensen AW, Jørgensen KJ, Le M, et al. Conflicts of interest in clinical guidelines, advisory committee reports, opinion pieces, and narrative reviews: associations with recommendations. *Cochrane Database Syst Rev* 2020;2020:MR000040. <https://doi.org/10.1002/14651858.MR000040.pub3>.
- [36] Barry C, Seegers V, Gueguen J, Hassler C, Ali A, Falissard B. Evaluation de l'efficacité et de la sécurité de l'acupuncture. Paris: Inserm; 2014.
- [37] Werner A, Uldbjerg N, Zachariae R, Wu CS, Nohr EA. Antenatal hypnosis training and childbirth experience: a randomized controlled trial. *Birth Berkeley Calif* 2013;40:272–80. <https://doi.org/10.1111/birt.12071>.
- [38] Skivington K, Matthews L, Simpson SA, Craig P, Baird J, Blazeby JM, et al. A new framework for developing and evaluating complex interventions: update of Medical Research Council guidance. *BMJ* 2021;374:n2061. <https://doi.org/10.1136/bmj.n2061>.
- [39] Bae J-M. Value-based medicine: concepts and application. *Epidemiol Health* 2015;37:e2015014. <https://doi.org/10.4178/epih/e2015014>.
- [40] Kelly MP, Heath I, Howick J, Greenhalgh T. The importance of values in evidence-based medicine. *BMC Med Ethics* 2015;16:69. <https://doi.org/10.1186/s12910-015-0063-3>.
- [41] Brown MM, Brown GC. Update on value-based medicine. *Curr Opin Ophthalmol* 2013;24:183–9. <https://doi.org/10.1097/ICU.0b013e32835ff189>.
- [42] Greenlee H, DuPont-Reyes MJ, Balneaves LG, Carlson LE, Cohen MR, Deng G, et al. Clinical practice guidelines on the evidence-based use of integrative therapies during and after breast cancer treatment: Integrative Therapies During and After Breast Cancer Treatment. *CA Cancer J Clin* 2017;67:194–232. <https://doi.org/10.3322/caac.21397>.
- [43] Recommendations | Headaches in over 12s: diagnosis and management | Guidance | NICE 2012. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg150/chapter/recommendations#management-2> (accessed May 6, 2023).
- [44] Wise P. Claude Bernard : au-delà de la controverse. *J Société Biol* 2009;203:219–25. <https://doi.org/10.1051/jbio:2009027>.
- [45] Fagot-Largeault A. L'émergence de la médecine scientifique. Paris: Éditions Matériologiques; 2012.
- [46] Tröhler U. Surmonter l'ignorance thérapeutique : Un voyage à travers trois siècles. In: Fagot-Largeault A, editor. *Tröhler U 2012 Surmonter l'ignorance Thérapeutique Un Voyage À Travers Trois Siècles Fagot-Largeault Éd L'émergence Médecine Sci. P 31-53 Paris Ed. Matér., Paris: Editions Matériologiques; 2012, p. 31–53*.
- [47] FAKEDEX – Collectif No FakeMed n.d. <https://nofakemed.fr/fakedex/> (accessed April 15, 2023).
- [48] Boussageon R, Blanchard C, Charuel E, Menini T, Pereira B, Naudet F, et al. Project rebuild the evidence base (REB): A method to interpret randomised clinical trials and their meta-analysis to present solid benefit-risk assessments to patients. *Therapies* 2022;S0040595722001779. <https://doi.org/10.1016/j.therap.2022.10.008>.
- [49] Berna F, Boussageon R, Falissard B. Le scientisme: une tâche aveugle dans la formation au raisonnement scientifique en médecine? *Presse Médicale Form* 2023. <https://doi.org/10.1016/j.lpmfor.2023.04.015>.
- [50] Bodin C. La zététique ou les usages multiples d'une mise en récit scientifique du monde social. *Enjeux Inf Commun* 2021;22/3B:77–89. <https://doi.org/10.3917/enic.hs11.0077>.
- [51] Zenk BJ. *The Paradox of Philosophical Disagreement: A Study of Nagarjuna, Haribhadra, and Gadamer*. 2018.
- [52] Organisation mondiale de la Santé. Stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle pour 2014-2023. Genève: Organisation mondiale de la Santé; 2013.
- [53] Faure O. *Histoire sociale de la médecine*. Paris: Economica; 1994.
- [54] Noureldin M, Murawski MM, Mason HL, Plake KS. Student pharmacists' attitudes toward complementary and alternative medicine. *J Am Pharm Assoc* 2013;53:618–25. <https://doi.org/10.1331/JAPhA.2013.12212>.
- [55] Riccard CP, Skelton M. Comparative analysis of 1st, 2nd, and 4th year MD students' attitudes toward Complementary Alternative Medicine (CAM). *BMC Res Notes* 2008;1:1–5.
- [56] Berna F, Mengin AC, Huguelet P, Urbach M, Evrard R, Fond G. Is mindfulness practice "at risk" of increasing spirituality? Systematic review and critical analysis of a claimed effect. *L'Encephale* 2024;S0013-7006(24)00003-4. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2023.11.013>.
- [57] Sibeoni J, Verneuil L, Manolios E, Révah-Levy A. A specific method for qualitative medical research: the IPSE (Inductive Process to analyze the Structure of lived Experience) approach. *BMC Med Res Methodol* 2020;20:216. <https://doi.org/10.1186/s12874-020-01099-4>.
- [58] Gueyffier F, Boussageon R. Fondamentaux de l'évaluation des thérapeutiques, médicamenteuses et non médicamenteuses – un cadre pour l'évaluation des processus d'autoguérisson in press.
- [59] Page Enseignement du CUMIC. CUMIC n.d. <https://www.cumic.fr/enseignement> (accessed February 11, 2023).
- [60] Berna F, Berna-Renella C, Verneuil L, Nizard J, CUMIC. « Il est temps d'accorder une place raisonnée aux médecines alternatives dans le système de soins ». *Le Monde* 2022.