

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE

Présentée et soutenue publiquement

Par

Cindy LE BRONEC

Le jeudi 3 décembre 2015

Place du Holisme dans la dentisterie contemporaine

Directeur de thèse : Dr VERGNES Jean-Noël

JURY

Président :

1^{er} assesseur :

2^{ème} assesseur :

3^{ème} assesseur :

Pr POMAR Philippe

Dr ESCLASSAN Rémi

Dr ESCLASSAN-NOIRRIT Emmanuelle

Dr VERGNES Jean-Noël



➔ **DIRECTION**

DOYEN

Mr Philippe POMAR

ASSESEUR DU DOYEN

Mme Sabine JONJOT

CHARGÉS DE MISSION

Mr Karim NASR

Mme Emmanuelle NOIRRIIT-ESCLASSAN

PRÉSIDENTE DU COMITÉ SCIENTIFIQUE

Mme Anne-Marie GRIMOUD

RESPONSABLE ADMINISTRATIVE

Mme Marie-Christine MORICE

➔ **HONORARIAT**

DOYENS HONORAIRES

Mr Jean LAGARRIGUE +

Mr Jean-Philippe LODTER

Mr Gérard PALOUDIER

Mr Michel SIXOU

Mr Henri SOULET

➔ **ÉMÉRITAT**

Mme Geneviève GRÉGOIRE

Mr Gérard PALOUDIER

➔ **PERSONNEL ENSEIGNANT**

56.01 PÉDODONTIE

Chef de la sous-section :

Mme BAILLEUL-FORESTIER

Professeur d'Université :

Mme BAILLEUL-FORESTIER, Mr VAYSSE

Maîtres de Conférences :

Mme NOIRRIIT-ESCLASSAN

Assistants :

Mme DARIES, Mr MARTY

Chargés d'Enseignement :

Mr DOMINÉ

56.02 ORTHOPÉDIE DENTO-FACIALE

Chef de la sous-section :

Mr BARON

Maîtres de Conférences :

Mr BARON, Mme LODTER, Mme MARCHAL-SIXOU, Mr ROTENBERG,

Assistants :

Mme GABAY-FARUCH, Mme YAN-VERGNES

Assistant Associé

Mr TOURÉ

Chargés d'Enseignement :

Mme MECHRAOUI, Mr MIQUEL

56.03 PRÉVENTION, ÉPIDÉMIOLOGIE, ÉCONOMIE DE LA SANTÉ, ODONTOLOGIE LÉGALE

Chef de la sous-section :

Mr HAMEL

Professeur d'Université :

Mme NABET, Mr PALOUDIER, Mr SIXOU

Maître de Conférences :

Mr HAMEL, Mr VERGNES

Assistant :

Mlle BARON

Chargés d'Enseignement :

Mr DURAND, Mr PARAYRE

57.01 PARODONTOLOGIE

Chef de la sous-section : *Mr BARTHET*
Maîtres de Conférences : Mr BARTHET, Mme DALICIEUX-LAURENCIN
Assistants : Mr MOURGUES, Mme VINEL
Chargés d'Enseignement : Mr CALVO, Mr LAFFORGUE, Mr SANCIER

57.02 CHIRURGIE BUCCALE, PATHOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE, ANESTHÉSIOLOGIE ET RÉANIMATION

Chef de la sous-section : *Mr COURTOIS*
Professeur d'Université : Mr DURAN
Maîtres de Conférences : Mr CAMPAN, Mr COURTOIS, Mme COUSTY
Assistants : Mme BOULANGER, Mme CROS, Mr EL KESRI
Chargés d'Enseignement : Mr FAUXPOINT, Mr L'HOMME, Mme LABADIE

57.03 SCIENCES BIOLOGIQUES (BIOCHIMIE, IMMUNOLOGIE, HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE, GÉNÉTIQUE, ANATOMIE PATHOLOGIQUE, BACTÉRIOLOGIE, PHARMACOLOGIE

Chef de la sous-section : *Mr POULET*
Professeurs d'Université : Mr KEMOUN
Maîtres de Conférences : Mme GRIMAUD, Mr POULET
Assistants : Mr BARRAGUÉ, Mme DUBOSC, Mr LEMAITRE, Mme PESUDO
Chargés d'Enseignement : Mr BLASCO-BAQUE, Mr SIGNAT, Mme VALERA

58.01 ODONTOLOGIE CONSERVATRICE, ENDODONTIE

Chef de la sous-section : *Mr DIEMER*
Professeurs d'Université : Mr DIEMER
Maîtres de Conférences : Mr GUIGNES, Mme GURGEL-GEORGELIN, Mme MARET-COMTESSE
Assistants : Mr BONIN, Mr BUORO, Mme DUEYMES, Mr MICHETTI, Mme RAPP
Assistant Associé : Mr HAMDAN
Chargés d'Enseignement : Mr BALGUERIE, Mr ELBEZE, Mr MALLET

58.02 PROTHÈSES (PROTHÈSE CONJOINTE, PROTHÈSE ADJOINTE PARTIELLE, PROTHÈSE COMPLÈTE, PROTHÈSE MAXILLO-FACIALE)

Chef de la sous-section : *Mr CHAMPION*
Professeurs d'Université : Mr ARMAND, Mr POMAR
Maîtres de Conférences : Mr BLANDIN, Mr CHAMPION, Mr ESCLASSAN, Mme VIGARIOS
Assistants : Mr CHABRETON, Mr GALIBOURG, Mr HOBEILAH, Mr KNAFO, Mme SELVA
Chargés d'Enseignement : Mr BOGHANIM, Mr DESTRUHAUT, Mr FLORENTIN, Mr FOLCH, Mr GHRENASSIA, Mme LACOSTE-FERRE, Mr POGEANT, Mr RAYNALDY, Mr GINESTE

58.03 SCIENCES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES, OCCLUSODONTIQUES, BIOMATÉRIAUX, BIOPHYSIQUE, RADIOLOGIE

Chef de la sous-section : *Mme JONJOT*
Professeur d'Université : Mme GRÉGOIRE
Maîtres de Conférences : Mme JONJOT, Mr NASR
Assistants : Mr CANIVET, Mme GARNIER, Mr MONSARRAT
Chargés d'Enseignement : Mr AHMED, Mme BAYLE-DELANNÉE, Mr ETIENNE, Mme MAGNE, Mr TREIL, Mr VERGÉ

L'université Paul Sabatier déclare n'être pas responsable des opinions émises par les candidats.
(Délibération en date du 12 Mai 1991)

Mise à jour au 3 Novembre 2015

Remerciements

A mon père et ma mère

Merci pour votre amour, votre soutien, tout ce que vous m'avez transmis et tout ce qui nous appartient.

Mention spéciale pour toi Maman qui a supporté mon humeur irascible durant mon année de P1, puis pendant tous mes « marathons-révisions » avant les partiels. Merci d'être là pour moi maman dans les bons comme les mauvais moments.

A mon frangin préféré

J'ai nommé la Bête du Gévaudan ! A toutes nos baffes et bagarres, nos étés chez Pépé et Mamy, nos cabanes et tyroliennes, nos pièges, nos marchés, nos parties de pêche, de tennis, de badminton.

Aux machines à sous, aux mobylettes, à notre traumatisme des abeilles et... à toutes les courses auxquelles tu as réussi à me traîner même avec les pieds dans le plâtre !

Merci d'être là pour moi, je suis fière d'être ta sœur.

A Léa mon petit hibou junior perché, j'espère que tu deviendras une très grande musicienne et à **Axel** mon neveu préféré !

A mon Romain

Mon amour, ma moitié d'orange... ma ceinture noire !

A tout ce que l'on partage et ce qui nous connecte en permanence, à nos rires, nos disputes et nos réconciliations. Tu es mon âme sœur, mon grand amour, je t'aime plus que tout et pour toujours mon gros chat. Je te dédie cette thèse.

A ma Mau

Ma Béatrice, ma belle masquée ! A notre amitié infailible, nos soirées turques, au Vouvray, à la guitare ! Tu fais partie de ma famille *Honey sugar baby* et tu as toujours été là pour moi.

et... A **Mymy** et **Orely**, vous avez toutes les trois une place particulière dans mon cœur qui dépasse celle des amis d'enfance (Mymy, j'espère que tu auras revêtu une robe rouge pour l'occasion sinon je risque d'être très déçue). Un hommage à notre amour pour l'espagnol...

A ma Flo,

A toutes nos soirées, nos vacances et... expériences glauques de Couchsurfing ! Merci pour ton écoute, tes conseils et ta sagesse, ton amitié m'est précieuse.

A Christophe,

En espérant que tu sois là le jour de ma soutenance ! Je te souhaite le meilleur dans ta nouvelle vie de Gentleman Farmer ^^

A Marina et Aurélie,

Pour cette année de T1 génialissime à vos côtés, nos soirées, nos déjeuners entre filles et gâteaux au chocolat. Mes cuisses te remercient Aurélie pour les retours en footing et les raids à tes côtés ;)

A Cédric et Emy,

Pour toutes les soirées et ce que l'on partage ensemble (films d'horreur compris !)

... Et à tous les gens que j'ai côtoyé durant mes études et qui ont été là pour moi. Une pensée toute particulière pour Jérémie Z. et sa famille.

**A notre Président du Jury,
Monsieur le Professeur POMAR Philippe,**

- Doyen de la Faculté de Chirurgie Dentaire de Toulouse,
- Professeur des Universités, Praticien Hospitalier d'Odontologie,
- Lauréat de l'Institut de Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale de la Salpêtrière,
- Habilitation à Diriger des Recherches (H.D.R.),
- Chevalier dans l'Ordre des Palmes Académiques

*Vous m'avez fait l'honneur d'accepter la Présidence de ce jury de thèse.
Je vous remercie pour votre enseignement tout au long de mes études, en cours comme en
clinique - en tout ce qu'il m'a apporté de par son ouverture et son humanisme.
Merci pour votre disponibilité, votre gentillesse, vos compétences professionnelles mais
surtout vos qualités humaines.
Soyez assuré de mes considérations et de mon plus profond respect.*

**A notre Jury de thèse,
Monsieur le Docteur ESCLASSAN Rémi,**

- Maître de Conférences des Universités, Praticien Hospitalier d'Odontologie,
- Docteur en Chirurgie Dentaire,
- Docteur de l'Université de Toulouse (Anthropobiologie),
- D.E.A. d'Anthropobiologie,
- Ancien Interne des Hôpitaux,
- Chargé de cours aux Facultés de Médecine de Toulouse-Purpan, Toulouse-Rangueil et Pharmacie
- Enseignant-chercheur au Laboratoire d'Anthropologie Moléculaire et Imagerie de Synthèse (AMIS – UMR 5288 – CNRS),
- Lauréat de l'Université Paul Sabatier.

Je suis sensible à l'honneur que vous m'accordez en acceptant de siéger dans ce jury de thèse. Je tenais à vous remercier pour votre enseignement de deuxième année mais aussi en clinique en 6^{ème} année à l'Hôtel Dieu.

J'ai été sensible en P1 à votre implication professionnelle et votre amour du métier lors de la présentation de la filière Odontologie ! Merci pour votre gentillesse et votre bonne humeur communicative.

Je vous prie de recevoir toute ma gratitude, mon respect le plus profond et mes amitiés les plus sincères.

A notre Jury de thèse,

Madame le Docteur ESCLASSAN- NOIRRIT Emmanuelle

- Maître de Conférences des Universités, Praticien Hospitalier d'Odontologie,
- Docteur en Chirurgie Dentaire,
- Ancienne Interne des Hôpitaux,
- Docteur de l'Université Paul Sabatier,
- Lauréate de l'Université Paul Sabatier.

Je vous remercie pour votre gentillesse et votre disponibilité tout au long de mes études, que ce soit en cours, en clinique, à l'Hôpital des Enfants, ou même pour nous aider à trouver un remplacement en DOM/TOM.

*J'ai été sensible à toutes vos qualités humaines, votre charisme, votre naturel et je vous remercie pour tout ce que vous m'avez transmis. Travailler à vos côtés les mercredis en Pédodontie a été un plaisir... ce qui était loin d'être gagné !
Je suis honorée que vous ayez accepté de siéger à mon jury de thèse, veuillez recevoir mes amitiés les plus sincères.*

**A notre directeur de thèse,
Monsieur de Docteur VERGNES Jean-Noël,**

- Maître de Conférences des Universités, Praticien Hospitalier d'Odontologie,
- Docteur en Epidémiologie,
- Docteur en Chirurgie Dentaire,
- Professeur associé, Oral Health and Society Division, Université McGill –Montréal,
Québec – Canada,
- Maîtrise de Sciences Biologiques et Médicales,
- Master 2 Recherche – Epidémiologie clinique,
- Diplôme d'Université de Recherche Clinique Odontologique,
- Lauréat de l'Université Paul Sabatier

Je vous remercie d'avoir accepté de diriger cette thèse, la qualité de vos conseils m'a été précieuse pour organiser mon travail.

J'ai été sensible à votre enseignement que ce soit en cours ou bien en clinique à l'Hôtel-Dieu, votre ouverture d'esprit, votre relationnel et vos qualités tant professionnelles qu'humaines. Je pense que l'ensemble de ma promotion se souviendra du « code rouge » des urgences les mardis !

Merci pour votre patience, après mes changements incessants de sujets.

Je vous prie de recevoir ici toute ma gratitude et mon respect le plus profond.

SOMMAIRE

PRÉAMBULE	13
INTRODUCTION	15
I. Le holisme	17
1. Définition	17
2. L'origine de ce terme.....	18
a) Des origines grecques ?.....	18
b) Des rapports avec le monisme	19
c) XXème siècle: le Holisme de Smuts.....	22
3. Les domaines d'application du holisme :	23
a) En philosophie : le holisme ontologique	23
b) En médecine : entre réductionnisme et holisme	24
II. Les modèles théoriques employés en santé :	28
1. Du modèle biomédical à l'EBM/EBD.....	28
a) Présentation des modèles.....	28
b) Des limites.....	30
c) Entre placebo, imaginaire et évolution propre de la maladie	31
2. L'approche centrée sur la personne.....	32
a) Présentation du modèle.....	32
b) Une réflexion sur notre système de santé, son humanisme	35
III. Les médecines alternatives :	36
1. Histoire de la médecine, la magie en filigrane.....	36
a) Les médecines antiques	36
b) De l'Antiquité à la Renaissance.....	39
c) Magies médicales du XVIIIème au XXème siècle	40
2. Médecines occidentales et alternatives, une différence de paradigmes	40
a) Parallèles, alternatives, traditionnelles... Quelles sont-elles?.....	41
b) Des modèles de santé et de maladie différents	44

3. Une vraie question de société.....	48
a) Un engouement croissant.....	48
b) Pourquoi doit-on connaître les médecines alternatives ?.....	52
c) Obtenir des données acquises de la science.....	54
d) Quelle réponse des pouvoirs publics ?	56
4. Vers le concept de médecine intégrative.....	59
a) Aux origines de la médecine intégrative	59
b) Ses principes de base.....	60
c) Le patient au cœur du concept.....	63
5. Les médecines alternatives en odontologie	67
a) Acupuncture.....	68
b) Aromathérapie	70
c) Homéopathie	71
d) Hypnose.....	71
e) Ostéopathie.....	72
IV. Législation et formation	74
1. Réglementation	74
a) La législation relative aux médecines alternatives	74
b) Réglementation pour les chirurgiens-dentistes.....	76
2. Formations pour les chirurgiens dentistes	77
a) Formations universitaires	77
b) Formations privées	80
CONCLUSION.....	84
ANNEXES.....	86
BIBLIOGRAPHIE.....	92

PRÉAMBULE

C'est plus d'un an après la fin de ma sixième année que je rédige enfin ma thèse, au plus grand soulagement de ma famille... mais aussi au mien, il faut bien se l'avouer. Ainsi donc, plus d'une année à choisir un sujet, en changer, ébaucher un brouillon et recommencer dans un même temps.

*J'ai choisi d'interroger un sujet personnel qui me tient à cœur, celui du **Holisme** et des **médecines non conventionnelles**. En effet, à l'aube de ma carrière professionnelle, j'ai envie de questionner ce dont nous n'avons pas parlé durant ma formation et mes études : le non conventionnel.*

Le constat n'est pas le même dans un cabinet dentaire ! Je pense que chaque praticien a pu échanger avec un patient qui est venu consulter après avoir pris de la propolis ou un clou de girofle par exemple. Un patient phobique qui vous demandera si vous pouvez l'orienter vers un praticien qui a recours à l'hypnose.

Récemment encore, j'ai reçu une patiente, qui habite en Amérique du Sud, mais qui par habitude vient chez son dentiste en France. Pour vous faire part très succinctement de notre entrevue, elle me disait avoir été plusieurs fois aux urgences argentines – et a été frappée par l'antinomie de nos systèmes de soins respectifs. Le patient est tutoyé me disait-elle. Pris dans les bras, embrassé. Elle qui s'y rendait pour des maux de ventre s'est retrouvée interrogée précisément sur ses habitudes alimentaires. A l'issue de son entretien, on ne lui remet pas une boîte de médicaments mais quelques comprimés assortis surtout d'infusions à réaliser chez elle. A coté de cela, la médecine « classique » existe, les équipements « à la pointe » aussi, me dit-elle.

A mon sens, ce qu'il ressort de cet échange avec la patiente est peut être l'urgence de questionner l'humanité de notre médecine, mais aussi son bon sens. Les techniques dites traditionnelles, alternatives, non conventionnelles ne me semblent pas être réservées aux

illuminés, aux "fous du bio" et des médecines douces, aux "babas cools". Il y a bien là tout un savoir qui relève de l'expérience et de la transmission.

Bien évidemment cela nous oblige à sortir des ornières rassurantes de nos manuels de pharmacologie, mais surtout à mon sens, à franchir des barrières culturelles.

Il ne s'agit pas ici de réaliser une compilation d'études, de travaux sur la question – qu'il m'est impossible de réaliser et que je me refuse d'infliger au lecteur.

Je me propose donc de réaliser à ce sujet un travail personnel et donc subjectif, qui vous permettra de suivre mon cheminement, mes interrogations concernant le Holisme, les médecines alternatives et la démarche centrée sur le patient.

INTRODUCTION

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la santé comme *«un état de bien-être physique, mental et social, qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité»*. (1) Sujet vaste, complexe et controversé, nous verrons que les médecines dites alternatives pourraient contribuer à améliorer la santé des individus par une approche différente de la personne, bien souvent négligée dans une vision réductionniste de la médecine. Selon leur intégration dans le système de santé dominant du pays, elles sont nommées médecines traditionnelles, douces, complémentaires, parallèles ou non conventionnelles.

Depuis quelques décennies, les patients mais aussi les professionnels de santé manifestent un intérêt croissant envers certains types de médecines alternatives – ce qui en fait une vraie question de société. En effet, toujours selon l'OMS, *« dans les pays développés, les médecines traditionnelles, complémentaires et parallèles connaissent un succès croissant. Ainsi, le pourcentage de la population ayant recours à ces médecines au moins une fois dans leur vie est de 70% au Canada, 49% en France, 48% en Australie, 42% aux Etats-Unis »*(2).

Si peu de recherches étaient concluantes jusqu'à présent, la littérature commence à apporter des preuves quant à l'efficacité de certaines d'entre elles, mais aussi des éléments de compréhension concernant leurs mécanismes. Certaines approches dites alternatives présentent des intérêts multiples dans notre discipline en proposant des traitements adaptés, en améliorant le confort et la prise en charge des patients. Pourtant, force est de constater que de nombreuses pratiques non conventionnelles se rapprochent davantage du charlatanisme et peuvent nuire à la santé des individus. Dans ce contexte ambivalent, le soignant moderne peut-il intégrer dans sa pratique des éléments considérés comme non conventionnels? Est-ce qu'une pratique "holistique" va forcément de pair avec le recours à des approches non conventionnelles?

Dans un premier temps, nous nous intéresserons au holisme et remonterons à l'origine de ce terme pour en comprendre les enjeux. Nous verrons plus particulièrement la façon dont il interagit avec le domaine médical et comment il est devenu peu à peu synonyme de « médecines parallèles » alors qu'il n'est que l'antonyme du terme "réductionnisme", paradoxalement moins négativement connoté.

Dans une deuxième partie nous nous attacherons aux cadres théoriques de référence en décrivant différents modèles de santé et de soins afin d'évoquer les médecines parallèles dans ces contextes.

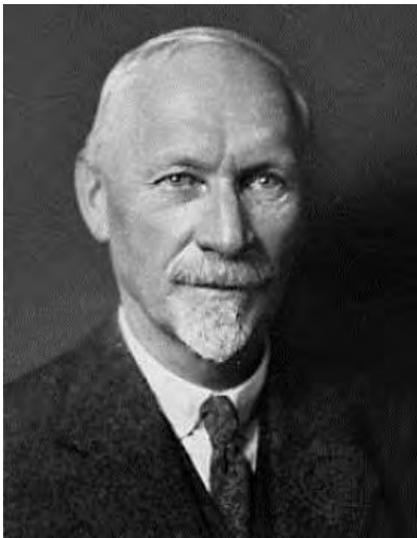
Enfin nous verrons comment les approches alternatives interrogent le domaine de l'Odontologie. Et c'est après avoir exposé certaines approches alternatives parfois associées aux soins bucco-dentaires (acupuncture, aromathérapie, homéopathie, hypnose, ostéopathie) que nous nous attarderons sur l'aspect légal de ces pratiques.

I. LE HOLISME

Le terme « *Holisme* » revêt de nombreuses significations, allant du technique à un sens mystique voire magique. Cette polysémie peut entretenir, au mieux un flou, sinon une incompréhension générale. Nous allons tâcher de définir ce terme et d'exposer le concept auquel il fait référence ainsi que ses domaines d'applications.

1. Définition (3) (4)

D'un point de vue étymologique, *Ôlos* signifie en grec la totalité, l'entier – qui a également donné les termes de holistique, hologramme, holographie.



Le terme *Holisme* est en réalité un néologisme datant de 1926 attribué à Jan Christiaan Smuts, homme d'Etat Sud Africain, dans son ouvrage Holism and Evolution, à la frontière de la science et de la philosophie (3).

Illustration n°1 : Jan Christiaan Smuts (5)

Dans cet ouvrage, le holisme est défini comme la « *tendance dans la nature à constituer des ensembles qui sont supérieurs à la somme de leurs parties – au travers de l'évolution créatrice* ».

Pour le définir autrement, nous pouvons dire qu'il s'agit de la pensée, de la doctrine qui tend à expliquer un phénomène comme un **ensemble indivisible** - la simple somme de ses parties ne suffisant pas à le définir.

Cela pourrait être aussi défini plus simplement comme étant l'opposé de la **pensée réductionniste**, qui au contraire explique un phénomène en le divisant en parties. Nous y reviendrons plus tard.

On peut noter d'emblée qu'il existe différents sens relatifs au holisme, en dehors de son sens lexical que nous venons de définir. Au sens général, holisme devient le synonyme « d'approche systémique » ou de « pensée complexe » ; au sens mystique, il s'agira de la totalité comme d'un but à atteindre.

2. L'origine de ce terme

a) Des origines grecques ?

Le holisme aurait des origines antiques. On rappelle que la Cosmogonie (du grec *Cosmo-*, monde et *-gon*, engendrer) se définit comme un système de formation de l'Univers. (6) Ainsi, ce sont des récits oraux de cosmogonie qui fondent presque toutes les religions et sociétés traditionnelles ; parmi ceux-ci, nous retrouvons de nombreux mythes fondateurs. Ceux de la **Grèce antique** par exemple, font surgir l'Ordre du Chaos Primordial – et donc relèvent d'une certaine manière du Holisme, avec cette notion de « tout » indivisible.

En effet, selon la Théogonie d'Hésiode, au début était le Chaos, un tout incommensurable au sein duquel les éléments qui constituent le monde actuel étaient mélangés. Quatre entités se dissocièrent : Gaïa (la Terre), Eros (le Désir Amoureux vu ici comme une force créatrice primordiale), Erèbe (les Ténèbres des Enfers) et enfin Nyx (la Nuit).

Gaïa engendra Ouranos le Ciel, le premier principe fécondateur mâle. En effet, pour les Anciens, le Ciel fécondait la Terre par ses pluies comme autant de semences. En naquirent les Titans, les trois Cyclopes et les Hécatonchires (6).

Nous avons pris ici un exemple gréco-romain, il y en a évidemment beaucoup d'autres, comme l'atteste la cosmogonie de l'Égypte antique. Ainsi à Héliopolis émerge de l'Océan Primordial *Rê*, qui est à la fois le soleil, *Atoum*, l'être achevé ou encore *Khepri*, la renaissance.

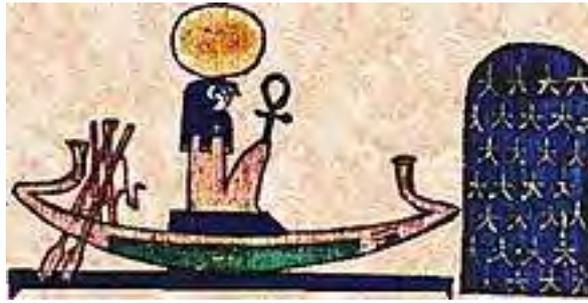


Illustration n°2 : Rê sur sa barque (6)

b) Des rapports avec le monisme (7) (8)

Toujours concernant l'origine du *holisme*, nous allons nous attarder à présent sur le monisme. Cela nous permettra de mieux appréhender par la suite les différents domaines d'application du holisme, notamment celui de la philosophie.

Le monisme est avant tout une conception métaphysique. C'est une doctrine qui défend la thèse selon laquelle tout ce qui existe (que ce soit l'Univers, le Cosmos, le Monde) est un **tout unique**, constitué d'une seule et même substance.

Le monisme s'oppose ainsi à toutes les **philosophies dualistes**, qui séparent le monde matériel et physique, du monde spirituel et psychique. En effet, pour les dualistes comme Platon (428-427 av. J.-C., mort en 348-347 av. J.-C.), ces deux mondes sont de natures différentes et donc dissociés.

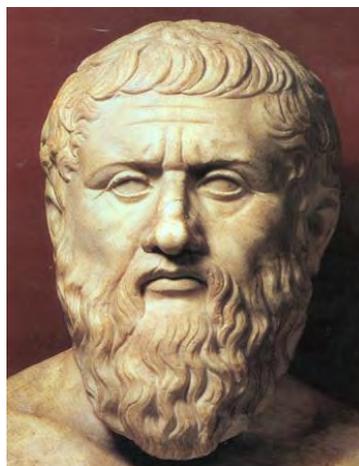


Illustration n°3 : Platon (9)

Le monisme va également s'opposer à toutes les écoles philosophiques construites sur la multiplicité intrinsèque du réel – comme l'**atomisme** de Démocrite. En effet, pour ce dernier, le Cosmos est un assemblage de vide et d'une infinité d'atomes.

Le monisme sera sévèrement réprimé par la théologie chrétienne et par l'Eglise catholique – comme l'attestent les condamnations du dominicain Maître Eckhart au XIV^{ème} siècle et du jésuite Pierre Teilhard de Chardin au XX^{ème} siècle. En Orient, au contraire, le monisme est le fondement de la plupart des traditions spirituelles et religieuses. Pour étayer nos propos, prenons tour à tour un exemple du monisme occidental et oriental.

- **Un exemple de monisme oriental : le taoïsme (10) (11)**

Le taoïsme, l'une des trois sagesse chinoises avec le confucianisme et le bouddhisme, croît sur le terreau fertile du chamanisme chinois.

C'est notamment Zhuangzi, continuateur de Laozi, qui pose le **tao** comme étant à l'origine de tout : inexprimable, innommable, le tao est là un point c'est tout.

Dans la pensée chinoise, le *tao* est avant tout perçu comme le « fonctionnement des choses ». Il vit selon un rythme binaire, qui le rend perceptible par les êtres vivants : c'est le Yin et le Yang, la dualité.



Illustration n°4 : Le Yin et le Yang, symbole du tao (12)

De cette dualité résulte une différence de potentiel (le souffle médian, originel, le *Qi*), qui anime cette structure, la rend vivante et non plus statique.

Cette alternance n'est le fait d'aucun vouloir, elle est continuelle et naturelle. C'est par exemple celle du cycle des saisons, qui fait que chaque année les feuilles apparaissent au printemps et disparaissent en automne.

Pour les chinois, cette organisation du Cosmos existe aussi à l'échelle du corps et on retrouve ainsi des applications du taoïsme au niveau de la **médecine traditionnelle chinoise (MTC)**, nous y reviendrons par la suite.

- **Un exemple de monisme occidental : la kabbale (13)**

Nous venons de voir que le tao est Un, mais qu'il se manifeste par des tensions entre Yin et Yang. Par transposition, l'Eyn-Sof (l'Un absolu des kabbalistes) se manifeste dans toutes les bipolarités : entre le monde qui est advenu (la matière) et le monde en devenir (l'Esprit), entre accompli et inaccompli, entre instant et éternité.

C'est en ce sens que le Dieu biblique porte des noms différents : YHWH, Elohim, Adonaï, El-Elyon... qui sont autant de manifestations du Dieu caché, Eyn Sof.

La Kabbale a toujours associé ces Elohim à des forces émanant du Eyn-Sof, qui portent, travaillent, ensemencent, pétrissent l'Univers physique. Ils sont ainsi assimilés aux dix sephiroth de l'Arbre de Vie.



Illustration n°5 : l'Arbre de Vie (13)

- **Le monisme des Mystiques Chrétiens (7)(8)**

Pierre Teilhard de Chardin (1881-1955) fut à la fois un jésuite enflammé de mystique et un scientifique spécialisé en paléontologie. Pour lui, matière et esprit ne sont que deux faces d'une même réalité, il a ainsi développé deux notions qui sont le **holisme** et **l'évolutionnisme**.

Il se rapproche ainsi des traditions taoïstes - ce qui n'est guère surprenant étant donné que ce moine a passé plus de la moitié de sa vie en Chine. L'Eglise catholique voit d'un très mauvais œil le holisme et le combattra avec sévérité : en effet, parce qu'il affirme l'Unité du tout, le holisme nie forcément le fondement idéaliste et donc dualiste de la doctrine chrétienne.

c) XXème siècle: le Holisme de Smuts (3)

Comme nous l'avons dit précédemment, le terme « Holisme » est un néologisme introduit dans les années 1920. Nous allons tâcher de comprendre ce que ce terme recouvre pour Smuts dans le contexte de l'époque.

Le holisme de Smuts est un point de vue métaphysique sur la nature ultime de la réalité. Au début du XXème siècle, on assiste à des progrès dans le domaine des sciences physiques (relativité générale, mécanique quantique), biochimiques ainsi qu'à l'émergence de la théorie darwinienne. Tout cela dessine progressivement un monde où la frontière entre le vivant et l'inanimé semble devoir disparaître. Dans ce contexte, un mouvement se dégage, considérant l'explication mécaniste comme valable d'un point de vue universel, mais qui reste attaché à la présence d'une cause finale. Il postule l'existence de « potentiels » qui guident l'évolution vers un but assigné. Jan Christiaan Smuts fait partie de ce mouvement idéologique.

En effet, Smuts reconnaît qu'il y a bien une évolution, celle-ci se déroulant au sein d'un « champ synthétique » ou « holistique » (vu en tant que force organisatrice) qui conduit de l'atome vers la conscience. Ainsi pour Smuts (comme pour Pierre Teilhard de Chardin cité précédemment), les faits scientifiques ne sont pas récusés, mais leur présentation fait apparaître un Dieu qui serait à l'origine de tout, y compris de l'évolution. Il présente un univers où l'homme aurait été désiré.

Ce courant de pensée s'oppose au **créationnisme** et, dans une certaine mesure également, à la **théorie de l'évolution de Darwin**.

Par la suite, le holisme va désigner des doctrines dites « **organicistes** », qui affirment que la réalité est mieux comprise comme un tout organique. Pour les holistes, les corps vivants sont des totalités, qui ne peuvent pas s'analyser, qui ne s'expliquent pas par un assemblage de parties... et ce qui ordonne ces parties n'est pas un rapport de causalité. Par exemple pour Aristote, c'est la **forme** qui est organisatrice et conservatrice de l'être vivant. D'autres préféreront parler de principe directeur ou de force vitale. (7)

3. Les domaines d'application du holisme :

Il existe de très nombreux domaines d'application du holisme, par exemple en sociologie, écologie, marketing, philosophie, médecine... Nous allons développer plus particulièrement ces deux derniers domaines, plus pertinents au regard du sujet de cet exposé.

a) En philosophie : le holisme ontologique

C'est une « conception selon laquelle un « tout » (organisme, société ou ensemble symbolique) est plus que la somme de ses parties, ou du moins, autre chose. (14)

A cette définition vient généralement s'ajouter le « **principe d'émergence** », selon lequel un « tout » n'est pas simplement un agrégat – mais qu'à partir d'un certain seuil de complexité, les systèmes voient apparaître de nouvelles propriétés : on parle alors de propriétés émergentes. Cette conception est à l'origine du développement des thèses sur le holisme épistémologique et méthodologique, vivement rejetées dans les années 50 par des chercheurs libéraux qui y voyaient là du marxisme.

Rien de mieux pour expliquer le holisme ontologique que de s'intéresser à son frère ennemi auquel il est symétriquement opposé : le **réductionnisme**. Selon le Grand dictionnaire de la Philosophie (15), il s'agit d'une « conception selon laquelle une réalité doit être expliquée à partir de ses unités élémentaires constitutives, parce qu'elle-même est faite de ces unités élémentaires ».

Ainsi, le réductionnisme analysera-t-il les fonctions biologiques ou mentales à leur niveau physico-chimique. Opposé au holisme, le réductionnisme estime que les termes d'ensemble, de totalité, de système, d'organisme, sont autant d'entités métaphysiques que la science positive doit récuser.

Enfin, on ne peut aborder le holisme en philosophie sans faire référence au monisme de Spinoza.



Illustration n°6 : Spinoza (16)

Une des plus grandes idées de Spinoza tient en trois mots « *Deus sive natura* » soit « Dieu c'est-à-dire la Nature ». On lui a ainsi reproché son panthéisme (Dieu est tout).

Mais pour Spinoza, la Nature est bien plus qu'une collection de phénomènes visibles, on pourrait ainsi davantage parler d'**immanentisme**, qui est la relation entre deux attributs (par exemple le Corps et l'Esprit, le matériel et l'immatériel).

Pour Spinoza, l'esprit est l'idée du corps, contrairement donc à Descartes, qui affirme que matière et esprit sont deux substances différentes. Ici, corps et esprit sont deux manifestations d'une même substance et d'une même cause, un peu comme le son et l'image sont deux manifestations de la même pellicule, qui elle n'est pas visible par le spectateur.

b) En médecine : entre réductionnisme et holisme

Selon Platon, « *si la plupart des maladies échappent aux médecins grecs, la raison en est qu'ils méconnaissent le tout, dont ils devraient prendre soin, car quand le tout est en mauvais état, il est impossible que la partie se porte bien* » (17).

Dans le domaine de la santé, différentes définitions ont été attribuées au holisme. Pour certains, cela peut désigner le recours aux médecines alternatives. Ainsi, selon Elissa Patterson, « le terme holisme a différentes interprétations dans la pratique médicale, incluant les pratiques alternatives ou complémentaires. Les auteurs peuvent suggérer une seule signification, alors que les lecteurs comprendront différemment » (18)

A contrario, le **réductionnisme** en médecine représente l'attitude de ceux qui soutiennent qu'une explication scientifique est forcément analytique et réduit des phénomènes biologiques à des principes physiques. Ce courant de pensée et la rationalisation qui a suivi ont abouti à des guérisons concrètes, et à de grands progrès en terme de santé des populations. Cette vision de la santé est devenue dominante et privilégie des hypothèses qui sont vérifiables par l'expérimentation, marginalisant dans un même temps l'impact des travaux scientifiques non réductionnistes (recherches sur la santé en psychosociologie, sur les impacts environnementaux et déterminants sociaux culturels de la santé, études scientifiques des thérapeutiques non conventionnelles ou issues des médecines traditionnelles). Nous y reviendrons dans notre présentation des modèles de santé.

A côté de cela, l'OMS retient une **définition universelle de la santé** (1), qui est un « état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas en une absence de maladie ou d'infirmité ». Cette définition rappelle que l'être humain n'est pas seulement un corps physique ; elle met en avant l'importance de ses trois dimensions complémentaires : biologique, psychologique et sociale. Elle permet aussi de souligner que la santé dépend de variables qualitatives et invite à prendre en compte la dimension psychique - donc en partie subjective et culturelle - de l'être humain.

Et c'est bien en s'inscrivant dans cette voie que les défenseurs d'une **approche systémique** de la santé ont élargi le champ des recherches médicales, majoritairement limitées à leur seul aspect biologique. Ainsi, à l'instar de l'anthropologie montrant que « la véritable définition du normal et de l'anormal dépend du cadre culturel auquel on se réfère » (19), la médecine occidentale a commencé à s'ouvrir et à admettre que « l'étiologie multifactorielle est la règle plutôt que l'exception » (20). Des études portant sur les variables qualitatives de la santé ont vu le jour, principalement concernant la

médecine générale. Ces travaux interdisciplinaires sur les liens complexes de la médecine avec l'éthique, la sociologie, la psychologie, l'anthropologie, la politique, l'économie ont permis le retour des sciences humaines dans les enseignements des facultés médicales.

- En 1977 : Georges L. Engel (21) a proposé un « **modèle biopsychosocial** » qui continue à être développé sur le plan théorique. Ce modèle suggère qu'il y a trois niveaux : biologique, psychologique et social, qui doivent être pris en compte dans chaque tâche de santé. Cette approche holistique est ainsi opposée au réductionnisme. Et même si ce modèle a été abondamment critiqué, il a néanmoins ouvert la voie au développement d'autres approches – comme la « **médecine centrée sur le patient** » de Balint ou les « **approches systémiques familiales de soins au patient** », de Doherty et Baird (22).
- En 1995, Bernard Gay (23) propose lors d'une réunion de la WONCA (World Organization of Family Doctors – Organisation Mondiale des Médecins généralistes) un modèle théorique dans lequel la santé est considérée comme un phénomène complexe. Ce modèle global, ouvert sur l'extérieur – considère la maladie comme la résultante de facteurs organiques, humains et environnementaux.
- En 1996, selon Mc Whinney, parmi toutes les disciplines cliniques, c'est la médecine générale qui présente le plus de complexité et d'incertitudes. Centrer l'approche de la médecine générale sur le patient reviendrait à accepter une « multidisciplinarité des interactions entre les déterminants de la santé » (24). Pour bien comprendre cela, adoptons le point de vue d'un physicien : il s'agit d'apprendre à décider et à agir en assumant la complexité et l'incertitude d'un milieu chaotique.
- En 1998, dans sa déclaration cadre, l'OMS décrit un système de caractéristiques pour fournir des soins intégrés, centrés sur le patient. Cette déclaration prône « une approche globale, orientée vers la famille et la communauté ».
- Enfin en 2002, dans ses travaux portant sur la définition européenne de la médecine générale (25), la WONCA rassemble les caractéristiques de la discipline en six

compétences fondamentales – dont trois nous intéressent plus particulièrement : les soins centrés sur la personne, l'approche globale et l'adoption d'un modèle holistique.

Les soins centrés sur la personne :

- Adopter une approche centrée sur la personne lors de la prise en charge des patients et de leurs problèmes
- Utiliser la consultation pour créer une relation de confiance entre le médecin et le patient
- Assurer la continuité des soins selon les besoins du patient

Approche globale :

- Gérer simultanément les problèmes aigus et chroniques du patient
- Promouvoir l'éducation pour la santé en appliquant de manière appropriée des stratégies de promotion de la santé et de prévention des maladies

Adoption du modèle holistique :

- Utiliser un modèle biopsychosocial qui prenne en considération les dimensions culturelles et existentielles

En conclusion de cette partie, nous pouvons dire que c'est la **polysémie** du mot *holisme*, qui semble à l'origine des ambigüités inhérentes à l'emploi de ce terme. Des abus de langage existent depuis sa création - en effet, le terme « holistique » est abondamment relayé par les milieux antisciences, les mouvements ésotériques et les groupes sectaires. (26). Par ailleurs, entre les tenants du holisme et ceux du réductionnisme, on assiste généralement à des querelles irréductibles !

II. LES MODÈLES THÉORIQUES EMPLOYÉS EN SANTÉ :

Nous allons à présent nous intéresser aux modèles théoriques de la santé et des soins, ce qui nous permettra de remonter à la source de l'influence des pratiques professionnelles, des raisonnements, des philosophies sous-tendues dans l'enseignement médical et dentaire.

Cette partie est essentiellement basée sur la lecture d'un article, *Humanizing clinical dentistry through a person-centred model*, co-écrit par N. Apelian, J.-N. Vergnes et C. Bedos en 2014 (22).

1. Du modèle biomédical à l'EBM/EBD

a) Présentation des modèles

- **Le modèle biomédical :**

Le modèle biomédical est apparu environ à la moitié du XIX^{ème} siècle et découle d'une interprétation de la santé basée sur le **positivisme**, le paradigme dominant à cette époque. Il se fonde sur une approche **réductionniste** et **déterministe** de la santé ; il est utilisé en médecine pour diagnostiquer, comprendre et traiter des pathologies.

La prise en charge est centrée sur la **maladie** au sens général et non sur le malade. Ce modèle a de nombreux atouts : il permet de gagner en rapidité de diagnostic et de prise en charge ; il permet aussi la création de groupes de patients et donc de protocoles de recherche.

Comme les médecins avant eux, les dentistes ont adopté le modèle biomédical et par conséquent une **approche paternaliste** dans le traitement de leurs patients. Cette

approche a bien servi la dentisterie dans le passé, quand il était nécessaire de gérer des infections aiguës.

▪ Le concept de l'EBM/EBD

La médecine fondée sur les faits se définit comme « l'utilisation consciencieuse, explicite et judicieuse des meilleures données disponibles pour la prise de décisions concernant les soins à prodiguer à chaque patient, [...] une pratique d'intégration de chaque expertise clinique aux meilleures données cliniques externes issues de recherches systématiques » (27) (28)

Le concept d'*Evidence-Based Medicine* (EBM) a émergé à la fin du XXème siècle..on parle aussi de « médecine fondée sur des preuves » ou « médecine factuelle ». Par extension, ce modèle a donné naissance à l'*Evidence Based Dentistry* (EBD), très vite adopté par les dentistes.

Selon ses fondateurs, David Sackett, William Rosenberg, Muir Gray, Brian Haynes et Scott Richardson, la médecine fondée sur les faits conjugue : (28)

- l'expertise du clinicien
- le patient
- les meilleures données cliniques externes.



Illustration n°7 : Concept de l'EBM (29)

L'adoption de L'EBD en tant qu'approche clinique offre plusieurs avantages. En particulier, l'EBD forme les praticiens à avoir un regard critique face à une littérature

scientifique toujours plus abondante. De plus, il encourage les dentistes à prendre en considération les préférences du patient, ce qui les invite à devenir un peu plus « centrés sur le patient ».

Les preuves de l'EBM/EBD proviennent d'études cliniques systématiques telles que des essais contrôlés randomisés (ECR) en double aveugle, des méta-analyses, éventuellement des études transversales ou de suivi bien construites. On rappelle que dans un essai en simple aveugle, les patients ne savent pas quels traitements ils reçoivent. Dans l'essai en double aveugle, les chercheurs l'ignorent également. Le but est de minimiser le risque d'influencer les résultats.

L'essai randomisé, en double aveugle, contrôlé contre placebo, constitue le critère de référence en recherche médicale ; il permet de déterminer si l'effet de la molécule est supérieur à celui du placebo - sachant que toute thérapie a un effet placebo de 20 à 30% et de 60 à 70% dans des maladies comme la migraine ou la dépression (30).

On peut donc avancer que la médecine conventionnelle applique un traitement si son **efficacité** est prouvée, c'est-à-dire s'il a une supériorité sur la guérison naturelle et l'effet placebo. Questionnons maintenant cette efficacité et quelques biais qui s'y rapportent.

b) Des limites

Le modèle biomédical n'a jamais été explicitement développé, mais plutôt accepté implicitement en tant qu'héritage historique. Il a bien rempli son rôle dans le passé mais présente aujourd'hui des limites avec la prévalence des maladies chroniques, l'insatisfaction mutuelle des patients et praticien, des insatisfactions au niveau de l'enseignement dans les facultés dentaires mais aussi au niveau de la santé publique bucco-dentaire.

De même, la santé est ici perçue comme une absence de maladie, de douleur ou d'anomalies biologiques. Ce modèle se concentre sur les processus physiques et ne prend donc pas en compte le rôle des facteurs sociaux, de la subjectivité individuelle, de l'environnement – ce qui limite la prise en charge **préventive** et des **réurrences** des pathologies.

c) Entre placebo, imaginaire et évolution propre de la maladie

Jusqu'au XVII^{ème} siècle, l'étude des effets des médicaments repose sur le même schéma : une observation au cours de laquelle le médecin étudie l'effet d'un médicament chez son patient, et en fonction des résultats, tire des conclusions qu'il essaie ensuite plus ou moins de corroborer chez un autre malade. C'est avec Franklin et Lavoisier que pour la première fois dans l'histoire de la médecine des expérimentations ont pris en compte la subjectivité des sujets. (31) (32) Ainsi, au cours du XVIII^{ème} siècle apparaissent deux concepts essentiels de la pharmacologie moderne : la **comparaison** et l'emploi du **placebo** pour essayer de faire la part du facteur psychologique dans l'amélioration du patient soumis à une thérapeutique quelconque.

Le Dictionnaire Robert définit un placebo comme une « substance neutre que l'on substitue à un médicament pour contrôler ou susciter les effets psychologiques accompagnant la médication ». Le Larousse est tout aussi sibyllin : il s'agit d'une « substance inactive substituée à un médicament pour étudier l'efficacité réelle de celui-ci en éliminant toute participation psychologique du malade ».

Ainsi, le placebo et son effet sont à la fois un **étalon** utilisé par les pharmacologues pour mesurer rigoureusement l'effet des médicaments et une **procédure soignante** utilisée plus ou moins consciemment par les médecins. Un placebo peut aussi devenir un « nocebo », c'est-à-dire nuire. Par exemple, certains antidépresseurs sont souvent responsables de sécheresse buccale et de constipation. Les placebos – auxquels ils ont parfois été comparés – ont provoqué les mêmes désagréments. De même, un patient placebo peut être répondeur un jour et devenir nocebo-répondeur le lendemain pour des raisons qui nous échappent totalement. (33) (32) (30).

On peut ainsi mettre en avant l'importance de **l'idée que l'on se fait du médicament**, qui joue un rôle primordial dans l'efficacité du remède. Pour illustrer ce phénomène, prenons un exemple classique, celui du prix Nobel de Chimie, Linus Pauling. (32) Pauling a mené un essai concernant l'effet de la vitamine C dans la prévention du rhume, conduit en double aveugle contre placebo. Les investigateurs constatèrent une petite influence bénéfique sur la durée et la sévérité des rhumes. Devant de tels résultats, les chercheurs

se demandèrent si les patients n'avaient pas réussi à se rendre compte de la nature exacte du produit qu'ils absorbaient. Ils firent donc une enquête et s'aperçurent qu'un certain nombre de patients croyaient avoir deviné le produit qu'ils ingurgitaient. Quelle ne fut pas leur surprise de constater que les choses étaient loin d'être aussi simples et qu'en fait les patients qui avaient noté une amélioration de leurs rhumes étaient ceux qui avaient reçu le placebo et croyaient avoir pris la vitamine ! Tandis que ceux qui avaient pensé recevoir le placebo n'avaient noté aucune amélioration... Outre l'inefficacité préventive de l'acide ascorbique, cette magnifique étude soulignait l'importance de l'**imagination** dans l'effet des médicaments.

Enfin, toujours pour questionner « l'efficacité » d'un médicament, on peut aussi rappeler qu'une maladie n'évolue jamais de la même manière. Ainsi, lorsqu'un malade prend un médicament pour une affection habituellement sans grand caractère de gravité, il n'est pas évident que l'amélioration de son état soit due au médicament absorbé. En effet, bon nombre des pathologies courantes et bénignes s'améliorent et guérissent spontanément en des délais variables selon l'individu concerné. (32)

Pour conclure cette partie, on peut dire qu'il faut garder un regard critique sur la capacité de la science à déterminer l'efficacité de tel ou tel médicament compte tenu de la variabilité de réponse entre chaque individu et, entre autres difficultés, celle de mesurer l'effet placebo lié à chacun. Comme l'écrivait Ruffié, (34) « aucune découverte n'est définitivement explicative : toutes ont soulevé plus de problèmes qu'elles n'en ont résolu. Une théorie ne doit pas devenir un dogme. La science ne constituera jamais un moyen d'atteindre la certitude. C'est ce qui la différencie de la religion ».

2. L'approche centrée sur la personne

a) Présentation du modèle

Tout au long du XXème siècle, de nouveaux domaines comme la psychologie et les sciences sociales ont enrichi le paysage médical. Cela a permis l'émergence d'un nouveau modèle médical, qui a commencé à contester l'approche biomédicale – le plus

connu étant le **modèle biopsychosocial** d'Engel, comme nous l'avons vu précédemment. Mais la dentisterie n'a pas suivi la médecine dans son tournant vers les soins centrés sur le patient. Les dentistes sont donc restés des chirurgiens, pour qui la technique et la dextérité ont joué un rôle central dans leur pratique.

Toujours selon le même article (22), les auteurs soulignent que la dentisterie implique à la fois des comportements humains qui requièrent une approche **holistique** interprétative et des mécanismes biologiques, qui nécessitent une approche **réductionniste** déductive. Ainsi est mise en avant la nécessité de passer d'un modèle de soins centré sur les procédures à un modèle de soins orienté sur la personne. Il ne s'agit pas ici de rejeter l'EBD mais de revenir vers une approche plus humaniste et empathique.

La « **dentisterie centrée sur la personne** » est un modèle clinique alternatif qui se base sur la notion de partage du pouvoir entre le dentiste et le patient, proposé par les auteurs cités précédemment.

Cela conduit à une compréhension étendue de la personne et de la maladie, une collaboration pour la mise en place des plans de traitement et des interventions qui ne se concentre pas uniquement sur l'élimination de la maladie mais aussi sur les besoins des patients. Ainsi est proposé un modèle qui tente d'humaniser la dentisterie clinique à travers ses trois domaines complémentaires :

- **L'enseignement** : avec la nécessité d'une place plus importante de l'empathie. De même, il est mis en avant l'intérêt de ne plus centrer l'enseignement sur le professeur mais sur l'étudiant, cela afin de créer un continuum patient/étudiant/professeur/docteur basé sur la coopération, le partage du savoir et le respect.
- **La recherche** : Est soulignée l'importance de la recherche qualitative, bien souvent insuffisante, qui exploite les problèmes sociaux et humains – à appréhender en complément des approches quantitatives.

- **La pratique** : Sans nier l'importance primordiale des compétences techniques, la dentisterie permet d'améliorer le bien-être des patients.

Dans le modèle centré sur la personne, les patients sont au cœur de la rencontre thérapeutique : les pouvoirs sont partagés entre le patient et le praticien. Ce modèle est aussi attaché au fait que la santé est une question d'interprétation, variable d'un individu à l'autre. Ainsi, les trois grands principes du modèle se chevauchent : la compréhension, la prise de décision et l'intervention.

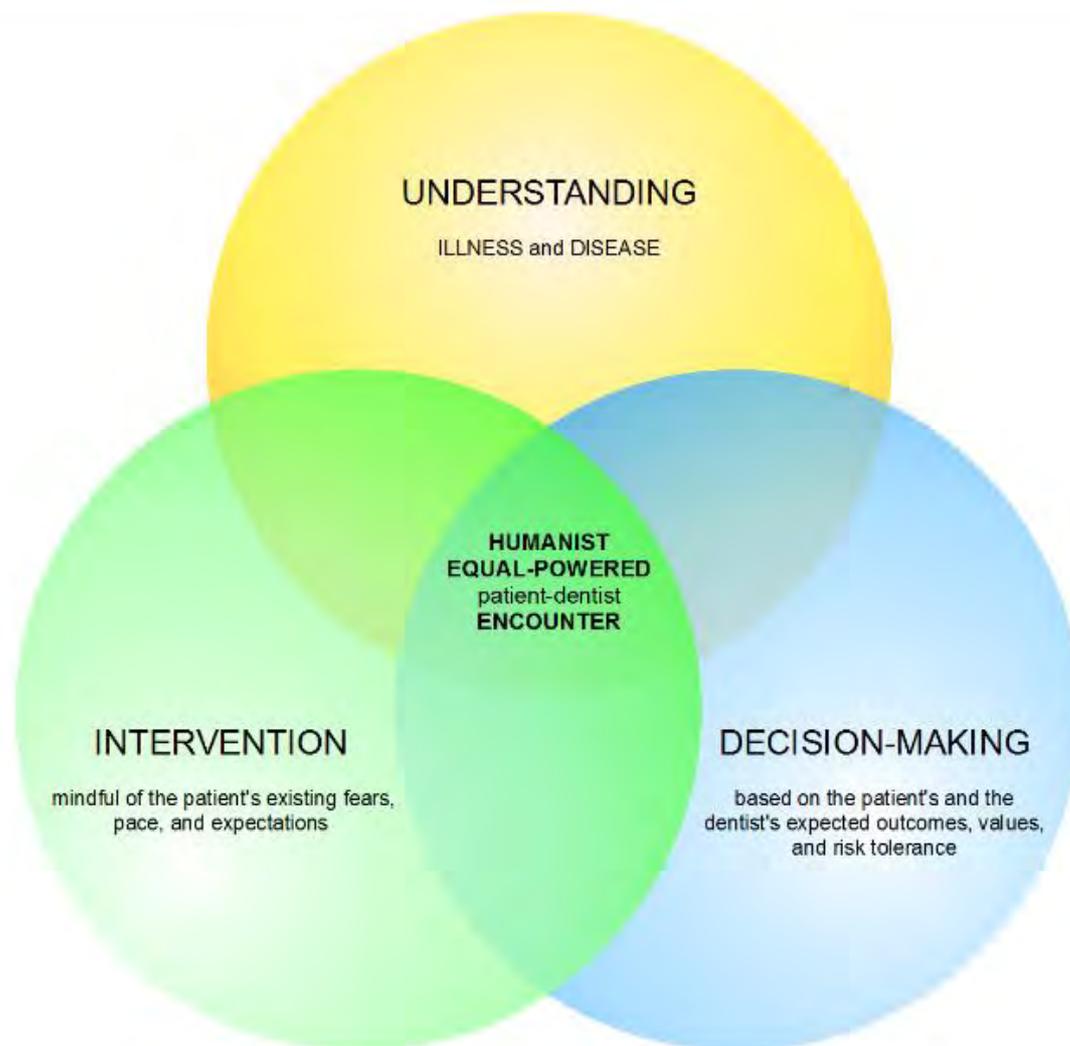


Fig. 1 Heuristic representation of the Person-Centred dental clinical model

Illustration n°8 : Représentation heuristique du modèle clinique dentaire centré sur la personne

Selon ses auteurs, le rôle de cette représentation heuristique du modèle clinique est de faciliter les futures constructions d'approches prenant en compte la variabilité individuelle des patients, des praticiens et les besoins particuliers du contexte, de la situation.

b) Une réflexion sur notre système de santé, son humanisme

Il ne faut pas diaboliser les hommes ou les pratiques mais plutôt réfléchir au système. Pour illustrer nos propos, prenons un exemple rencontré dans nos lectures : le témoignage du Dr Dominique Rueff dans son ouvrage Mieux que guérir, les bénéfices de la médecine intégrative (30) « Comment voulez-vous qu'un oncologue à sa consultation hospitalière, qui a plus de vingt lourds dossiers à traiter dans sa matinée puisse se permettre ce type de « fioritures » (conseiller les patients pour de la méditation, du Tai Chi, de l'art-thérapie...) ? »

En effet, ces dossiers sont lourds - bien souvent au sens propre comme au sens figuré - pleins d'analyses, de comptes-rendus chirurgicaux et radiologiques qu'il faut synthétiser en quelques instants pour essayer de donner un traitement adapté. Pour cela, les médecins peuvent avoir recours à un logiciel, des statistiques et arriver à peu près à s'en sortir mais sans « fioritures », sans adjuvants...

Ce constat peut s'étendre à tous les praticiens médicaux, notamment les chirurgiens-dentistes, où nombre de confrères et consoeurs sont de plus en plus proches du *burn out*. De plus, la dévalorisation de notre métier par les organismes sociaux, les bureaucraties ou les médias n'améliore rien.

En conclusion de cette partie, nous pouvons dire que l'étude des modèles de santé est de soins permet de réinterroger sa pratique et sa conscience professionnelle. Intéressons-nous maintenant aux médecines alternatives.

III. LES MÉDECINES ALTERNATIVES :

La médecine a toujours été un creuset où bouillonnent à la fois les rêves les plus fous et les vérités les plus indiscutables. Certaines pratiques sont devenues alternatives lors du virage réductionniste de la médecine occidentale. Nous allons donc remonter aux origines de la médecine en général, en l'abordant sous son aspect initial lié à des phénomènes « magiques ».

1. Histoire de la médecine, la magie en filigrane (32) (35) (31)

a) Les médecines antiques

Aussi loin que l'on puisse remonter dans le temps, les premiers textes concernant la médecine révèlent son intrication avec la religion et la magie. En effet, la plupart des civilisations primitives pensaient que la maladie était une malédiction, un châtimeur des dieux qui frappait celui qui avait violé le code social et /ou moral.

Intéressons-nous aux mythes de la médecine primitive. Bon nombre des tablettes qui nous sont parvenues de la **cité de Sumer** , en Mésopotamie (vraisemblablement encore plus ancienne que la plus vieille civilisation hiéroglyphique égyptienne) concernent la médecine et se rapportent plus précisément à l'interprétation des rêves. Le médecin (« celui qui connaît les eaux », l'eau ayant une grande importance dans l'exorcisme) interprétait les rêves et utilisait la magie.

Les **Babyloniens** et les **Assyriens** qui avaient conquis la Mésopotamie intégrèrent dans leur culture celle des Sumériens. Grands astronomes et mathématiciens, ils attribuèrent aux astres et aux chiffres un rôle particulièrement important dans l'art de guérir. L'étude des tablettes babyloniennes a montré que cette civilisation assignait à certains petits animaux le rôle de porteurs de maladies et les vénérait comme des divinités. Ainsi, dans

la mythologie babylonienne, le dieu de la peste apparaissait sous les traits d'une mouche. Le guérisseur, outre l'astrologie et l'oniromancie, disposait de divers moyens magiques pour établir le diagnostic dont dépendaient pronostic et traitement : l'empyromanie (interprétation des mouvements de la flamme et du feu), la lécanomanie (interprétation des formes obtenues par le mélange d'huile et d'eau) et surtout l'hépatoscopie par l'examen du foie des animaux sacrifiés.

Par la suite, comme le souligne A. Castiglioni dans son *Histoire de la médecine* (31), « dans la **mythologie égyptienne**, les divinités dispensatrices de santé jouent un rôle important, tous les dieux sont un peu guérisseurs... ». Toth, qui guérit Horus d'une piqûre de scorpion, peut être considéré comme l'un des premiers dieux guérisseurs. Mais le véritable dieu de la médecine chez les Egyptiens est Imhotep. Le papyrus d'Ebers, qui a vraisemblablement appartenu à un sanctuaire érigé en son honneur témoigne d'une pratique incantatoire de l'art de guérir mais aussi de traitements empiriques.



Illustration n°9 : Imhotep, dieu égyptien de la médecine (36)

Les **divinités grecques** ayant pouvoir de guérir étaient extrêmement nombreuses et variées. Même si l'inventeur de l'art de guérir reste Apollon, d'autres dieux furent vénérés pour leurs pouvoirs bénéfiques sur la santé des mortels – à l'instar d'Aphrodite, Pan et Perséphone.

Le centaure Chiron est lui reconnu comme le véritable fondateur et maître de la médecine. Ainsi selon Homère, Asclépios (Esculape), fils d'Apollon et dieu de la médecine, était l'élève de Chiron. Les traitements d'Asclépios associaient plantes médicinales, bains, massages, conseils d'hygiène de vie, exorcismes et parfois

interventions chirurgicales. Quelques patients reconnaissants faisaient graver le récit de leur guérison sur des tablettes.



Illustration n°10 : Asclépios, dieu grec de la médecine (37)

La médecine **romaine** est grandement influencée par celle de la Grèce. En effet, elle est d'abord sacerdotale : incantations, prières, supplications, processions et sacrifices constituaient autant de moyens d'invocation de la puissance divine. Progressivement, elle devient magique et s'exerce alors par le biais de cérémonies, rituels divers, observations des astres, fumigations d'herbes secrètes, philtres et potions. A cette époque, la plupart des recettes de la médecine populaire romaine sont d'origine magique et Pline prétend que l'usage des amulettes est apparu à Rome sous l'influence de la pratique médicale.

Nous avons pris comme exemples les médecines mésopotamiennes, égyptiennes, gréco-latines afin de montrer que la pratique antique de l'art de guérir reposait avant tout sur une conception magique et religieuse des rapports au monde ; nous aurions pu tout autant choisir les médecines hébraïque, perse, inca, indienne ou chinoise.

Nous voyons bien que depuis la nuit des temps, l'homme, animé par une volonté de guérir, de se soigner, de moins souffrir, a été amené à créer une entité supérieure censée lui assurer une protection.

b) De l'Antiquité à la Renaissance

Il serait erroné de penser que la médecine antique était entièrement sous l'emprise des religieux et des magiciens. En effet, dès les temps les plus reculés, on trouve trace d'une pratique "laïque" et empirique de l'art médical. D'abord restreint, ce courant a pris une importance considérable pour atteindre son apogée en Grèce 4 à 5 siècles av. J.-C : Hippocrate et son école ont alors bouleversé les fondements de la médecine.

Les œuvres du corpus hippocratique (Du Médecin, De l'Anatomie, Des Epidémies) auront un immense retentissement à la fois sur le plan médical et philosophique : c'est un immense pas en avant dans l'histoire de la pensée médicale. Cette démarche se veut rationnelle en se fondant sur les vertus curatives de la nature en écartant toute figure mythique.

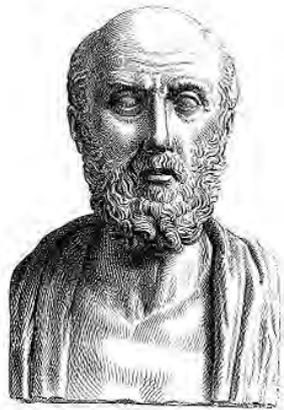


Illustration n°11 : Hippocrate (38)

La pratique de la médecine durant les premiers siècles de l'Occident chrétien allait vite devenir le monopole des religieux de l'Eglise catholique. La prière, les exorcismes, les huiles saintes, les reliques des saints constituaient l'essentiel des traitements. Cette période, dominée par l'obscurantisme, a empêché toute progression du savoir médical voire opéré un véritable retour en arrière, si l'on juge avec des yeux contemporains.

La Renaissance est caractérisée par l'invention de l'imprimerie, qui a joué un rôle clé dans la diffusion du savoir. L'Art de guérir fut dominé par Paracelse, qui fit table rase du savoir antique et voulut repartir à zéro en créant par l'observation – mais aussi par l'intuition – son propre système médical. Il développa l'idée que la forme et la couleur du

remède pouvaient indiquer l'organe qu'il était susceptible de traiter. Ainsi, le suc jaune de la grande chélidoine était bon pour le foie, la pulmonaire pour le poumon, etc.

c) Magies médicales du XVIIIème au XXème siècle

Le XVIIème siècle est marqué par une effervescence culturelle. Dans ce contexte, l'imaginaire n'est pas absent. Il se manifeste essentiellement par l'apparition de systèmes médicaux théoriques et dogmatiques qui ont largement inspiré Molière !

En effet, au XVIIIème siècle, la Raison, la plus remarquable entité de la philosophie des Lumières, marque l'évolution de l'art médical – tout en étant incapable de contenir l'extension du mesmérisme et de l'homéopathie.

La révolution scientifique médicale du XIXème siècle permet de faire correspondre à un ensemble de symptômes une lésion anatomique spécifique d'un organe. La médecine dispose alors d'un système de classification des entités morbides fondé sur des observations et non sur des théories. C'est durant ce même siècle que la méthode expérimentale est devenue populaire en médecine et atteint son apogée avec Claude Bernard. En dépit de cela, la maladie et la mort continuent de frapper les individus, et mythes et illusions continuent à inspirer médecins et apothicaires.

2. Médecines occidentales et alternatives, une différence de paradigmes

Quiconque a voyagé au-delà de ses frontières a été confronté à un autre système de santé que celui de son pays d'origine : différence de couverture sociale, de médicaments, de thérapies ou de reconnaissance du praticien. De même, sous un vocable identique, le contenu ou l'approche peut s'avérer différentes. Par exemple, l'homéopathie sur le territoire américain n'a pas la même assise qu'en Europe. Nous sommes loin d'un système de santé occidental unique et unifiable. Par contre, ce qui semble relativement universel dans les pays industrialisés tout du moins reste la possibilité laissée au **patient** d'accéder à une médecine soit conventionnelle, soit non conventionnelle ou alternative, et cela en fonction de ses convictions personnelles et de sa culture.

Un paradigme est une représentation du monde, une manière de voir les choses – ici nous allons l’appréhender dans le domaine de la maladie, du soin et de la santé. Nous allons interroger la différence de paradigmes entre la médecine conventionnelle et les approches dites complémentaires.

a) Parallèles, alternatives, traditionnelles... Quelles sont-elles?
(39) (40)



Illustration n°12 : La Leçon d’anatomie du Dr Tulp, Rembrandt, 1632 (41)

La **médecine conventionnelle** - dite occidentale ou allopathique – désigne la médecine scientifique, selon un modèle essentiellement biomédical. Selon ses principes, une personne est soignée par une médication, une thérapie ou une chirurgie. L’ensemble des traitements est basé sur des connaissances scientifiques validées et vérifiables. (39)
(40)



Illustration n°13 : Points d'acupuncture (42) Illustration n°14 : Tablette chiropraxie (43)

La **médecine complémentaire**, selon les cultures, est dite non conventionnelle, traditionnelle, complémentaire, naturelle, alternative, parallèle, douce ou "holistique" (notons que la médecine conventionnelle n'est pratiquement jamais qualifiée de "réductionniste"). Elle est définie par l'OMS comme étant « *la somme totale des connaissances, compétences et pratiques qui reposent sur les théories, croyances et expériences propres à une culture et qui sont utilisées pour maintenir les êtres humains en bonne santé ainsi que pour prévenir, diagnostiquer, traiter et guérir des maladies physiques et mentales.* » (44)

Ainsi, les médecines alternatives et complémentaires désignent des approches autres que l'allopathie. Elles sont parfois confondues et associées à des représentations ésotériques. On note une évolution lexicale au fil du temps.

Dans les années 70-80, on parlait davantage de **médecines douces** et **d'approches holistiques**. Nous avons vu précédemment que le terme « holistique » ne désigne pas une pratique à proprement parler mais une représentation de la santé dans laquelle le « *tout est plus grand que la somme de ses parties* ».

Dans les années 2000, on parle de **MAC** (Médecines Alternatives et Complémentaires), qui est une traduction de l'acronyme anglais **CAM** (Complementary and Alternative Medicine).

Et enfin, nous retrouvons le terme de **médecine traditionnelle**, privilégié par l'OMS en 2002 (2) lorsqu'il est question des approches de santé propres à une nation ou à un

peuple en particulier. C'est le cas par exemple la médecine traditionnelle chinoise (MTC) et de la médecine ayurvédique en Inde.

On constate que le concept de « médecine alternative » ne bénéficie pas d'une définition uniforme, ni dans l'opinion publique, ni dans les milieux scientifiques. Certaines pratiques voudraient bénéficier de la qualification de « médecine » sans être pratiquées par des médecins. Pour cela, certains estiment que le terme de « médecine » devrait être réservé à la seule médecine conventionnelle et préférer les termes de « pratiques », « disciplines », « orientations », « thérapies » lorsque l'on traite de ces formes alternatives ou complémentaires. Les sceptiques parleront même de « pseudo médecines ». En fait, il semble que la frontière entre pratique médicale et pratique non médicale relève essentiellement de la légitimité (aux yeux des juridictions et de la société) vis-à-vis du diagnostic et de la prescription.

Selon Aulas (32), si on considère les schémas conceptuels qui viennent étayer les différentes médecines parallèles, on est frappé par le fait que ceux-ci se rapprochent beaucoup plus de la magie que de la connaissance rationnelle. Selon cet auteur, « *la loi de similitude de l'homéopathie, les déséquilibres énergétiques de l'acupuncture [...] apparaissent comme des reliquats moyen-âgeux d'une conception magique du monde* ».

Les médecines alternatives sont ainsi au cœur d'un problème terminologique. Est sous-jacente l'idée de séparer ce qui relève de la médecine de ce qui n'en relève pas, de distinguer la médecine, du mysticisme et de l'imaginaire.

Les pratiques non conventionnelles sont très nombreuses : acupuncture, aromathérapie, biofeedback, hypnothérapie, massothérapie, Qi Gong, shiatsu, yoga, etc. On remarque que certaines agissent sur un volet **préventif** avant d'être **curative** (phytothérapie), d'autres s'attachent à l'amélioration de la qualité de vie (thérapies assistées d'animaux, musicothérapie) et d'autres enfin sont des **systèmes complets de soin**, allant du diagnostic au traitement, comme c'est le cas pour la MTC. On dénombre ainsi plus de **400 disciplines**. La prière est par exemple intégrée dans certaines thérapies aux Etats-Unis.(39)

Nous retiendrons que le point commun entre ces différentes médecines est bien souvent **une certaine approche holistique** de l'être humain. On constate qu'il y a toutefois une reconnaissance de certaines formes de médecines alternatives et de ceux qui la pratiquent – nous reviendrons sur ce point un peu plus tard. Certaines sont utilisées par les hôpitaux, comme c'est le cas pour la massothérapie, la musicothérapie, le recours à des suppléments alimentaires). Pour tenter d'y voir plus clair, on peut retenir une classification, celle du **National Center for Complementary and Alternative Medicine** (NCCAM) aux Etats-Unis, une agence du National Institute of Health (NIH) (45) cf. ANNEXE 1.

b) Des modèles de santé et de maladie différents

La médecine occidentale repose sur le **paradigme du corps** et s'est construite sur des expériences scientifiques, des faits, des preuves. En effet, c'est en disséquant des corps humains que les médecins ont observé des organes malades.

La maladie est ici perçue comme une entité distincte, qui est localisée dans le corps mais qui va être examinée « à part », en dehors du corps de la personne malade. En effet, ce modèle est centré sur le **symptôme** (ou la maladie) et non sur la personne.

La médecine allopathique se caractérise par une approche de **diagnostic différentiel**. C'est une médecine que l'on peut qualifier de particulière, qui considère la pathologie comme l'élément à combattre, corriger, sinon éradiquer. Dans cette vision mécanistique de la maladie, une solution extérieure (un médicament ou une intervention chirurgicale) permettra de recouvrer une santé intacte. On parle aussi de modèle linéaire.

De façon schématique, un modèle de santé linéaire est approprié en présence d'un **problème de santé aigu** (un traumatisme, une infection) et permettra de guider du diagnostic vers le traitement.

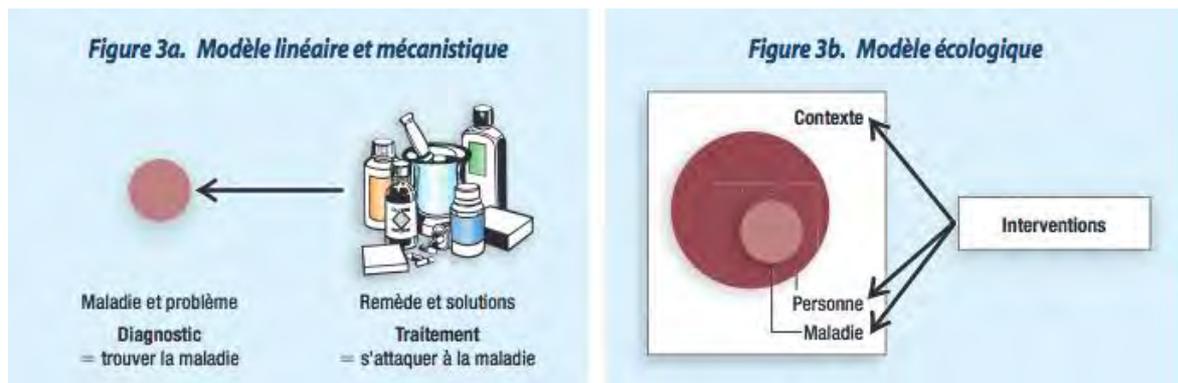


Illustration n°15 : Deux modèles de santé (40)

Les médecines alternatives, quant à elles, reposent sur leurs propres paradigmes de santé et de guérison (approche corps-esprit, corps-spiritualité, etc.), qui sont bien souvent jugés comme « hors norme » par les médecines conventionnelles.

Par exemple, les médecines énergétiques (acupuncture, Qi Gong, shiatsu) partent du principe que l'être humain possède un **flux vital** (*prana* en indien, *ki* en japonais, *qi* en chinois) qui circule de manière harmonieuse. La maladie est une perturbation de cette harmonie qu'il convient de rééquilibrer.

Pour l'homéopathe, le problème provient d'un problème inhérent à la personne ; le « **terrain** » est ce qui assure la guérison et c'est donc le terrain qu'il faut traiter. Le traitement se fait selon le principe de similitude : on administre une substance réputée pour provoquer ce symptôme pour soigner ce même symptôme. Plus un produit est dilué et dynamisé, plus il est efficace (46).

Autre exemple, l'ostéopathie part du principe que le trouble provient d'un **blocage des structures anatomiques** entre elles, d'un mauvais fonctionnement mécanique.

Tataryn(47) met en avant l'intérêt de la classification de la NCCAM (45), qui s'est construite autour des paradigmes des approches complémentaires, et décrit la santé et le bien-être comme « *un état d'équilibre et de communication entre les différents niveaux : le corps, l'esprit, l'énergie et le spirituel* ».

L'intérêt des médecines alternatives réside dans leur **vision holistique** qui ne cantonne pas le malade à une simple expression de symptômes, mais qui inclut la maladie dans le corps entier et permet ainsi de prendre en compte non seulement cette-dernière, mais

aussi ses répercussions sur le psychisme et le vécu du malade (cf. la distinction anglo-saxonne entre les termes de Illness et de Disease). On peut raisonnablement penser que le "succès" de telles approches réside dans l'attente des patients à être considérés comme des personnes à part entière et non comme des "cas cliniques" exposant un certain nombre de symptômes.

C'est bien pourquoi les médecines alternatives reprochent à la médecine conventionnelle (et encore plus aux « spécialités médicales ») de s'attacher à traiter un organe, un symptôme, une fonction précise et non le patient dans sa globalité.

Elles dénoncent l'approche déshumanisante du modèle occidental à vision matérialiste et analytique qui robotise et compartimente l'organisme humain. Le médecin est ainsi perçu comme un technicien, davantage prescripteur que soignant.

De plus, un modèle de santé holistique prend en considération la notion de **bien-être**. Ce dernier, qui fonde la définition de la santé de l'OMS est bien souvent négligé dans le modèle occidental alors qu'il est au cœur du modèle holistique.

La santé est ici perçue comme un **état dynamique**, susceptible de subir des influences tant positives que négatives, prévisibles ou non. L'état de santé d'un sujet est multifactoriel et est aussi fonction de la représentation que chacun de nous se fait de son propre état de santé. On est dans le cadre d'un modèle écologique, intégré, ouvert, global.

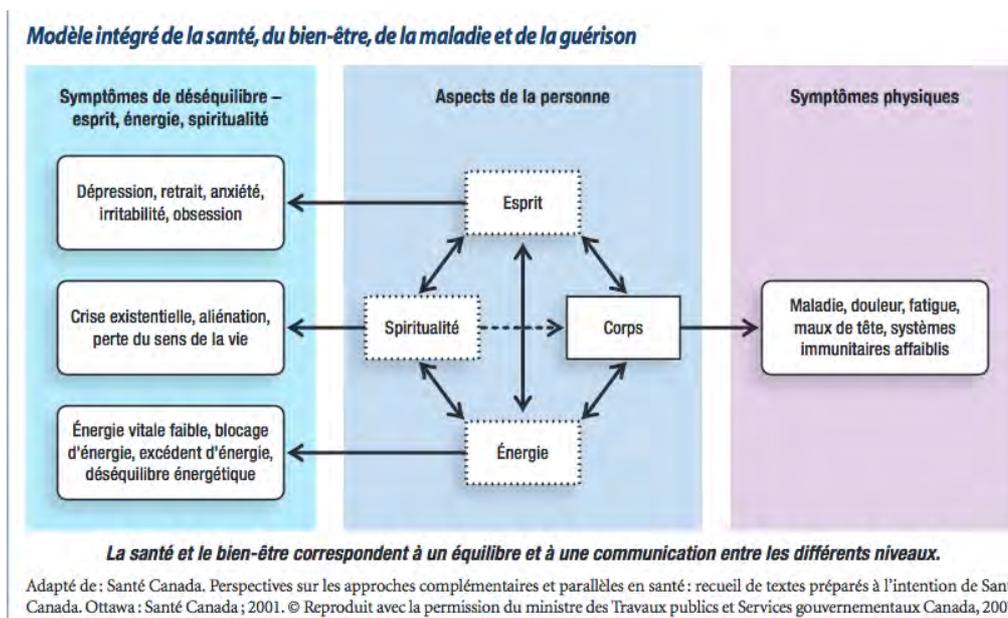


Illustration n°16 : Modèle intégré de santé (40)

Une **vision holistique** aidera à comprendre les maladies associées au mode de vie, comme le diabète, l'hypertension. Pour prévenir ou traiter ces maladies, la prise en compte de l'environnement est essentielle. Les médecines non conventionnelles se révèlent également utiles en matière de **prévention**, de prise en charge de la **douleur** et des **maladies chroniques**, c'est-à-dire précisément les domaines dans lesquels le système de santé occidental manque de performance.

Ces différents modèles de santé présentent avant tout un intérêt pédagogique. Il faut être vigilant à ne pas tomber dans des schémas simplistes et erronés. En effet, tout ce qui est aigu ne relève pas systématiquement de la médecine occidentale et tout ce qui est chronique des médecines parallèles... De même, une prise en compte des facteurs de risque au cours d'une anamnèse, d'un interrogatoire médical est-elle suffisante pour permettre de qualifier une approche de holistique ?

Pour conclure cette partie, il est intéressant de constater que les différents modèles médicaux sont à l'image des **croyances culturelles** des populations qui les pratiquent. La médecine occidentale est un peu la médecine des « contraires » : elle oppose la maladie à la santé, réprime le symptôme à grand coups d' « anti » : anti-inflammatoires, antibiotiques, antidouleurs, antidépresseurs ; c'est aussi une médecine qui fait la lutte à des maladies répertoriées selon une nosologie qui lui est propre, reposant sur des preuves scientifiques de l'Evidence Based Medicine (EBM) comme vous l'avons précédemment.

L'approche occidentale apparaît donc comme une approche manichéenne, à l'image de son passé religieux : enfer et paradis, notion de bien et de mal... A l'inverse, les médecines traditionnelles comme la MTC, ont développé une approche plus globale - à l'instar de leurs croyances religieuses et spirituelles - telles que le taoïsme où la position de l'homme dans l'univers est maîtresse et où l'on considère que « *tout est dans tout* ».

3. Une vraie question de société

a) Un engouement croissant (48) (39) (49) (2) (50) (51)

Le recours aux médecines alternatives s'accroît en raison de différents facteurs, nous allons tâcher de les identifier.

La première raison avancée par les français qui ont recours aux médecines non conventionnelles est **d'éviter la consommation de médicaments** (52). Il y a aussi l'inquiétude suscitée par les polémiques concernant les effets nocifs des médicaments conventionnels. D'autre part, à l'heure du déremboursement d'un nombre grandissant de médicaments, le coût est un autre élément qui pèse dans la balance.

De façon plus générale, nous pouvons identifier une remise en question de l'allopathie, de son schéma scientifique ou empirique, de ses démarches et de ses présomptions. La tolérance du paternalisme médical s'en trouve réduite tandis que l'accès du public à l'information sur la santé est dans un même temps favorisé.

Furnham (39) a résumé les principales hypothèses expliquant le recours aux médecines traditionnelles en distinguant des « facteurs de poussée » et des « facteurs d'attraction ».

Les « **facteurs de poussée** » seraient ainsi les suivants

- Mécontentement envers la médecine orthodoxe (inefficacité, effets indésirables, mauvaise communication avec le médecin, temps insuffisant passé avec le médecin, liste d'attente)
- Rejet de la médecine conventionnelle, avec une attitude contestataire ou de rejet de la science
- Limites que rencontrent certains soins médicaux classiques.

Ces « facteurs de poussée » sont à dissocier des « **facteurs d'attraction** » pour les approches complémentaires :

- Congruence philosophique (dimension spirituelle, accent sur la théorie holistique, rôle actif du patient, explications intuitivement acceptables, traitements naturels)
- Maîtrise personnelle sur le traitement

- Bonnes relations avec le thérapeute (sur un pied d'égalité, temps pour les discussions, autorise les facteurs émotionnels)
- Accessibilité
- Augmentation du bien-être.

En effet, l'un des principes forts de la médecine alternative est son **rapport à la nature** – elles apparaissent ainsi comme plus immédiates, essentielles. Il existe deux principes qui sont fréquemment mis en avant par les promoteurs des médecines non conventionnelles : (53) (54)

- **Le recours à la nature**

Le fait qu'une substance soit naturelle serait un gage de qualité. A ce propos on peut avancer que les champignons vénéneux, les toxines sont également naturels tout en pouvant être toxiques. De la même façon, de nombreux médicaments exploitent des molécules extraites de plantes modifiées chimiquement afin d'apporter un bénéfice pour le patient.

- **La référence à la tradition**

Notamment asiatique (chinoise, indienne), africaine. Cet aspect traditionnel est à rapprocher de la philosophie et de la culture de ces pays. Ici l'ancienneté serait garante d'efficacité.

Face à l'augmentation de l'espérance de vie, au développement de pathologies de dysfonctions (maladies cardiaques, diabète, troubles mentaux), de troubles liés au surmenage, les médecines alternatives semblent offrir un **traitement moins agressif**. De plus, certains usagers cherchent une solution aux limites de la médecine conventionnelle, qu'il s'agisse de l'échec des traitements, du manque de réponses aux maux du quotidien (anxiété, migraine), à la douleur chronique. D'autres y voient un moyen d'atteindre un meilleur confort de vie, en atténuant les effets secondaires des thérapeutiques.

On constate que la plupart des approches complémentaires demandent un effort personnel, répondant au désir du patient d'être **actif**. Pour constater tout cela, rien de

tel que de parcourir les titres des ouvrages à destination du grand public traitant de ces approches : « Prenez soin de vous », « Soignez votre corps par des méthodes naturelles » ; on interpelle le lecteur, qui se **réapproprie son corps** et est à même de mieux gérer lui-même sa santé.

Dans une approche alternative, le patient est ainsi plus impliqué, le praticien prendra le temps d'expliquer à son patient les causes de sa maladie et les bénéfices espérés par le traitement mis en place. Un autre point fort poussant les patients vers les médecines traditionnelles est le « shopping médical » : ils peuvent acheter leurs médicaments eux-mêmes, contrôlant ainsi leur santé comme ils contrôlent leur consommation, des applications pour smartphones existent aussi (par exemple pour l'homéopathie : *Homeo Pro*).

Mais qui sont ces usagers de médecines alternatives ? Quel est leur profil ?

On constate que la médecine traditionnelle reste prépondérante dans les pays en développement, où 80% de la population y fait appel pour des soins primaires. Mais depuis les années 70, le recours aux médecines non conventionnelles croît dans les pays développés. Ainsi, 70% des habitants de l'Union Européenne y ont eu recours au moins une fois dans leur vie, et 25% d'entre eux se tournent vers ces pratiques chaque année. (2) (39)

De même, le taux d'utilisation dépend des pathologies et atteint 80% chez les patients cancéreux. Le profil des usagers se diversifie. Si de nombreuses études ont souligné une surreprésentation de femmes des classes moyennes et supérieures, la tendance est à la convergence des pratiques, quels que soient l'âge, le genre ou le niveau socioculturel.(55)

En conclusion, on peut dire que les raisons du recours aux médecines alternatives sont diverses, mais surtout liées à une prise en charge différente, à la fois pour le patient qui dispose d'un meilleur contrôle sur son état de santé – que pour le praticien. Revenons sur les titres d'ouvrages... Avec « Guide familial de l'homéopathie », « Encyclopédie pratique des médecines alternatives pour tous les âges » on met l'accent sur l'inoffensivité de ces méthodes, leur caractère familial. Ceci nous sensibilise en tant que soignant à la nécessité d'une médecine raisonnée, qu'elle soit non conventionnelle ou non, et de la vigilance dont il nous faut toujours faire preuve.

Comme nous l'avons vu « côté patient », interrogeons maintenant cette popularité des médecines alternatives « côté soignant ». En effet, le recours à ces pratiques peut être difficile à gérer pour le professionnel– et ce pour diverses raisons. Une des réactions du praticien peut être le **scepticisme**, concernant l'efficacité et/ou l'innocuité de ces méthodes.

Il peut être difficile pour certains praticiens de prendre au sérieux un patient qui lui confie avoir recours à un homéopathe, alors que durant toute sa formation on lui a appris qu'il n'y avait plus de principe actif après les multiples dissolutions que subissent les solutions mères... Mais il est toujours temps de questionner et surtout de se questionner, faire preuve d'humilité et descendre du piédestal érigé par notre formation en médecine occidentale afin d'écouter le patient.

Notons que cette réserve du corps médical par rapport aux approches complémentaires peut mettre le patient mal à l'aise, il ne dira pas toujours à son médecin s'il y a recours. Pour accepter d'en parler, ils doivent sentir que le praticien ne les jugera pas.

Ainsi, selon une étude de 2005 réalisée à l'Université Mc Master (56) :

- 41% des personnes prenant des produits naturels ne le mentionnent pas
- 15% considèrent que leur médecin ne comprendrait pas
- 12% qu'il n'approuverait pas
- 10% se sentent mal à l'aise d'en parler
- et enfin pour 70% d'entre eux leur médecin ne leur a pas demandé.

Que ce soit par **conviction** ou par désir de mieux répondre aux **besoins des patients**, on note un intérêt grandissant des professionnels de santé pour les approches non conventionnelles

Ainsi au Royaume-Uni, 65% des médecins généralistes considèrent que les médecines complémentaires ont une place dans la médecine officielle. En Allemagne, 60% des médecins généralistes intègrent ces médecines dans leur pratique quotidienne. (57).

Les médecines parallèles connaissent aujourd'hui un formidable essor. Cela traduit la volonté des patients d'être soigné autrement, ainsi que leur liberté de choix. Qu'il s'agisse de maintenir sa santé, de gagner en bien-être ou de trouver une solution lorsque la médecine conventionnelle ne donne pas les résultats escomptés, nous sommes de plus

en plus nombreux à nous tourner vers ces thérapies douces, plus humaines, plus subtiles et qui nous aident à mieux comprendre notre corps.

Mais ce n'est pas tout : comme le fait remarquer Janine Fontaine, médecin anesthésiste dans un hôpital parisien qui s'est rendue à Manille pour suivre l'enseignement d'un guérisseur philippin, ces disciplines s'accompagnent d'une « remise en question de la **conception matérialiste** de l'homme et d'une révision de sa façon de vivre ». (58)

Comment comprendre les médecines alternatives ? Quelles attitudes adopter devant un patient qui a recours à des approches parallèles ? Quelles responsabilités déontologiques et responsabilités professionnelles ? Autant de questions soulevées auxquelles nous allons proposer une réponse.

b) Pourquoi doit-on connaître les médecines alternatives ? (39)
(49)(2) (51)

Les médecines non conventionnelles font insuffisamment l'objet d'expérimentations. Le contrôle des produits utilisés, des pratiques, laisse libre cours à beaucoup de **dérives** aussi bien au niveau du soignant que du soigné.

En effet, quand un patient choisit seul un produit de santé, il ne tient pas forcément compte des risques, des interactions avec les soins déjà en cours et des effets secondaires potentiels. On rappelle que l'utilisation d'un produit pour une maladie auto diagnostiquée peut être grave – tout comme le fait de ne pas recevoir ou de retarder un traitement efficace qui serait adapté à une maladie déclarée. D'autre part, il existe des interactions entre médicaments conventionnels et produits à base de plantes par exemple, qui peuvent conduire à une diminution ou une augmentation des effets secondaires, voire un surdosage. Et enfin, il existe des réactions allergiques.

Au regard de ces éléments, on peut donc dire qu'un **usage rationnel** des médecines alternatives est nécessaire, qui revêt plusieurs aspects :

- Une délivrance **d'informations scientifiques** et de **conseils** au grand public
- La **qualification des prestataires** de médecines alternatives

- La qualité de la communication entre **patients**, prestataires de médecines alternatives et allopathes.

En effet, il apparaît nécessaire de sensibiliser les patients aux situations où les médecines traditionnelles sont appropriées et celles où elles ne sont pas conseillées - à noter qu'un traitement qui s'écarte des pratiques établies ne constitue pas automatiquement un mauvais traitement. Ainsi, en 2006, le Collège des médecins du Québec a publié un énoncé de positions sur les traitements non reconnus, dont plusieurs approches complémentaires ou parallèles font partie.

Obligations déontologiques du médecin touchant les traitements non reconnus

1. Traiter le patient selon les données de la science médicale reposant sur les données probantes.
2. Informer les patients sur les traitements existants, leurs bienfaits, leurs limites et leurs risques, qu'ils soient reconnus ou expérimentaux.
3. Offrir tous les soins reconnus que nécessite l'état du patient.
4. Assurer le patient qu'il sera toujours soigné, mais en conformité avec les normes de la pratique médicale en vigueur au Québec.
5. Fournir au patient qui envisage de se soumettre à un traitement non reconnu une information objective qui lui permette de bien comprendre les avantages, les risques et les conséquences de ses choix.
6. Respecter le choix libre et éclairé du patient ou de son ayant droit, tout en informant les parents d'un patient mineur des responsabilités du médecin à l'égard de l'enfant dans le cas où le traitement choisi compromettrait sa sécurité.
7. Lorsqu'on agit dans le cadre d'un projet de recherche, se soumettre aux normes établies en matière de recherche médicale sur des êtres humains.

Source : Collège des médecins du Québec. *Le médecin et les traitements non reconnus*. Énoncé de position ; mars 2006 ; 12 pages. Reproduction autorisée. Site Internet : www.cmq.org/DocumentLibrary/UploadedContents/CmsDocuments/Position-traitements-non-reconnus-2006.pdf (Date de consultation : le 24 août 2007).

Illustration n°17 : Obligations déontologiques du praticien (40)

On peut voir sur cette illustration que l'un des aspects importants présentés concerne les **données probantes**. En effet, pour informer les patients des différents traitements complémentaires existants, de leurs bienfaits, de leurs limites, de leurs risques... il faut les connaître. Cela nous amène à nous poser la question suivante : où trouver des données probantes sur les approches complémentaires ?

c) Obtenir des données acquises de la science

Bien que ces thérapies aient cours depuis des centaines, voire des milliers d'années et qu'elles constituent la principale source de soin pour plus de 70% de la population mondiale, l'accès aux informations sérieuses portant sur leur validité et sur leur innocuité reste extrêmement **limité**. En effet, face à une profusion d'allégations concernant les pouvoirs curatifs d'un grand nombre de thérapies alternatives et à une quantité tout aussi importante de propos dénigrants qui les comparent à du « charlatanisme », et parfois à raison, comment médecins et patients pourraient-ils savoir où se trouve la juste conduite?

La recherche sur les MAC rencontre différents obstacles : **un financement insuffisant** et des études comparatives difficiles à mener du fait de la **différence d'approche** entre médecines alternatives et médecine scientifique (33).

En effet, les MAC prennent en compte de multiples facteurs (personnalité, mode de vie, alimentation, relations du patient) et les essais valides sont difficiles à réaliser : par exemple, un patient reconnaîtra le type de traitement qu'il reçoit lorsqu'il s'agit d'acupuncture ou de manipulation chiropratique. En effet, une des principales difficultés tient à la **qualité du double aveugle**. On pourrait imaginer comparer l'acupuncture classique à un placebo afin de pouvoir déterminer si l'amélioration du patient est due à la puncture des points ou à un puissant effet placebo. Or, dans ce cas de figure, l'acupuncteur connaîtra toujours la nature exacte des points qu'il pique. Il est fort possible qu'il pique avec plus de conviction les "vrais" points que les "faux".

De plus, Larry Willms, professeur clinicien agrégé à la Division des sciences cliniques à la Faculté de médecine du Nord de l'Ontario, mentionne que dans la majorité des cas, les patients souffrant d'un même trouble seront **traités différemment** dans le cadre d'une approche alternative. Ainsi, « *les soins individualisés se prêtent mal à une étude scientifique conventionnelle* »(59). Par ailleurs, même lorsque l'efficacité d'un traitement est prouvée, son mécanisme d'action peut rester inexpliqué en partie – c'est le cas pour l'hypnose par exemple.

D'autre part, de nombreux praticiens de médecines alternatives sont portés à promouvoir l'**autoguérison** (que nous développerons un peu plus loin) et leurs buts, ainsi que leur mode d'évaluation des résultats, différent de ceux des médecins conventionnels. Les formations et les pratiques varient aussi selon les thérapeutes.

Toutefois, comme le souligne Thierry Janssen, docteur en médecine, chirurgien et psychothérapeute, dans un article paru en 2006, les médecines complémentaires font de plus en plus l'objet **d'études universitaires de recherche**.

En manipulation chiropratique et acupuncture, des traitements placebo ont été mis au point pour améliorer la qualité des essais comparatifs. Ainsi, par exemple, à l'université Harvard, l'observation des effets de l'acupuncture sur le cerveau a montré que la stimulation d'un point corporel précis provoque une activation neuronale dans une zone cérébrale dont la spécificité est en rapport avec les effets prévus par la théorie chinoise. Il existerait donc des **liens cérébrocorporels** en dehors des voies neurologiques classiques(60).

En Chine, il a été démontré que la **moxibustion** optimisait l'efficacité du traitement allopathique de la polyarthrite rhumatoïde, entraînant un recours moindre aux médicaments conventionnels. Il en va de même pour **l'hypnothérapie** dans les cas de douleurs chroniques. Selon d'autres études, les traitements par MAC atténuent les effets secondaires des produits pharmaceutiques. (33) (39) (60)

Certains pays ont créé des **centres d'études dédiés** à la recherche dans ce domaine, comme le National Research Center in Complementary and Alternative Medicine en Norvège. Afin de nourrir la recherche, ce centre a d'ailleurs mis en place une banque de données et peut être alimentée par les patients, leurs familles et praticiens. Ainsi, même s'il est limité, il existe un corpus scientifique relatif aux médecines alternatives. On peut identifier plusieurs ressources de référence sur le sujet, qui s'appuient sur des données acquises de la science (cf. ANNEXE 2).

Le développement de la recherche sur les MAC ouvrira la voie à des soins fondés sur des preuves, axés sur le patient, englobant toutes les thérapies qui auront démontré leur efficacité et innocuité. Mieux armés sur les thérapies, sur la façon dont elles sont pratiquées et sur les meilleurs arguments disponibles à ce jour, les patients sont

capables de mieux définir leurs souhaits et les praticiens peuvent faire un meilleur usage de leur expertise, les deux parties étant ainsi à même de travailler de concert et de prendre des décisions cliniquement éclairées.

A noter que cela nécessite une **implication** particulière du praticien. En effet, si l'on considère par exemple les ouvrages de Danielle Avenel (61), acupunctrice, de Dominique Rueff (30), cancérologue, nous avons entre nos mains non pas des méta-analyses faisant foi ou des données chiffrées mais des parcours de vie, des récits subjectifs qui expliquent comment et en quoi ces personnes ont exploré une autre voie de la médecine.

d) Quelle réponse des pouvoirs publics ?

Dans ce contexte, le **Parlement Européen** et le **Conseil de l'Europe** ont appelé à la reconnaissance de ces médecines – à condition d'en encadrer l'exercice et la formation. (62)

L'**OMS** s'est également prononcée en faveur de leur intégration dans les systèmes de santé afin de mieux adapter l'offre de santé aux besoins des usagers et d'améliorer la prise en charge des patients. (2)

L'aspect **culturel** doit être pris en compte car il influe sur la législation. En effet, les approches complémentaires peuvent être répandues (comme c'est le cas pour le Danemark, l'Allemagne, la Suisse, l'Angleterre), tolérées (en France) voire même interdites. De même, les méthodes les plus répandues diffèrent : si l'homéopathie est la pratique non conventionnelle la plus répandue en France, les Allemands ou les Portugais ont davantage recours à la naturopathie, les Espagnols au yoga, les Danois à la réflexologie. Quelques pays ont même élevé certaines des approches complémentaires au rang de spécialité médicale, comme l'acupuncture et l'homéopathie en Lettonie. (63) (39)

On rappelle que la France fonctionne sur le principe du **monopole médical**, tout comme la Belgique, l'Espagne ou l'Italie. Seuls les professionnels de santé peuvent prodiguer des soins. Toute personne établissant un diagnostic ou un traitement sans être médecin

s'oppose à des poursuites pour un exercice illégal de la médecine (article L4161-1 et suivants du Code de la Santé Publique).

Face à ce décalage entre textes et réalité, la France a fait évoluer sa réglementation : des décrets pris en 2007 et 2011 ont ainsi créé les titres d'**ostéopathe** et de **chiropracteur**. Des commissions d'autorisation d'exercice ont été mises en place au niveau des Agences régionales de santé (ARS) pour gérer les professionnels qui exerçaient avant la législation. Des commissions d'agrément ont aussi été réunies pour certifier les écoles répondant aux critères de formation fixés par décret. Ces dispositions ont permis de mieux encadrer l'ostéopathie et la chiropraxie.

Ainsi, d'un point de vue juridique, toutes les médecines alternatives ne sont pas égales en France. A titre d'exemple, l'**homéopathie** relève de la médecine : un homéopathe doit donc nécessairement être médecin, chirurgien-dentiste ou sage-femme pour pratiquer. (64) En France, l'**acupuncture** est reconnue par l'Académie de médecine depuis 1950 et peut être pratiquée légalement par les docteurs en médecine. La question de la régulation d'autres pratiques, comme la médecine traditionnelle chinoise, reste entière.

Certains pays (Suisse, Royaume-Uni) disposent d'un **registre** volontaire des praticiens en médecine conventionnelle. Accessibles à tous, ces registres agissent comme un label qualité et servent de repère aux usagers et aux assureurs santé. D'autres pays ont opté pour la création d'un statut unique de « praticien en médecines non conventionnelles » dont l'obtention dépend de la réussite d'un examen : c'est le cas en Allemagne avec le *Heilpraktiker* (57).

Une note d'analyse du Centre d'Analyse Stratégique de 2012 (65) émet une série de propositions intéressantes :

1. Ouvrir une **plateforme d'information** recensant les connaissances actuelles sur les médecines non conventionnelles, les plantes médicinales et les praticiens du secteur.
2. Développer des **études** bénéfice-risque et coût-efficacité afin de décider de la pertinence :
 - D'interdire ou de dissuader le recours à certaines pratiques
 - De promouvoir certaines méthodes via les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS)
 - Et dans le cas où le rapport coût-efficacité serait favorable, d'envisager le remboursement des pratiques les plus efficaces.
3. Afin de permettre aux patients de faire un choix éclairé, établir un **label de thérapeute** en pratiques non conventionnelles dont l'obtention serait conditionnée par la réussite d'un examen clinique et juridique.
4. Labelliser les offres de **formation** en écoles privées.
5. Proposer aux étudiants des filières médicales et paramédicales des modules facultatifs **d'initiation aux médecines non conventionnelles** pour qu'ils puissent informer leurs futurs patients sur les avantages et risques éventuels.

Les médecines non conventionnelles pourraient aider à mieux prévenir ainsi que mieux guérir ; certains suggèrent donc qu'elles soient prises en charge par l'assurance maladie. En effet, elles pourraient renforcer l'état de santé des populations tout en diminuant les coûts. De plus, la question d'égal accès à ces méthodes sera inévitablement posée. (65)

D'un point de vue législatif et juridique, la France reste à la traîne. Souvent reconnues comme des « **orientations médicales** » et non comme des spécialités à part entière, les approches alternatives et complémentaires n'ont pas un statut légal clair. De ce fait, le risque de dérives qui y est associé demeure important, à noter que le plus touché reste le patient. Ceci renforce la nécessité d'une législation des médecines non conventionnelles pour un meilleur encadrement de leur pratique et de leur formation.

La différence de paradigmes entre médecines alternatives et scientifique se traduit bien souvent par une lutte pour savoir quelle vision est la bonne. Selon Aulas, la plupart des malades se moquent bien eux de savoir s'ils sont soignés « scientifiquement » ou non (32). Ce qui compte, c'est la guérison. Tout l'enjeu de ce travail montre qu'il est possible

de concilier les deux, mais surtout que cette question interroge le libre choix du patient – qui doit avoir conscience des limites de ces deux formes.

4. Vers le concept de médecine intégrative

La médecine intégrative est une nouvelle façon de concevoir les soins, où la relation patient/praticien est particulièrement significative. L'intégration nécessite la désintégration d'une partie de notre savoir et de nos pratiques, comme nous allons le voir, mais elle conduit également à une réintégration de nos acquis et connaissances antérieures.

a) Aux origines de la médecine intégrative (40) (33) (66).

Le concept de médecine intégrative est apparu dans les années 90. Il a été exploré par les docteurs Eisenberg David et Weil Andrew. Rien de nouveau : il s'agit d'un concept remis au goût du jour, comme nous allons le comprendre grâce à un bref survol historique.

A l'origine de l'humanité, la première utilisation de la nourriture et des plantes constituait une véritable initiation où l'intuition, l'essai/erreur servirent à constituer le premier registre des produits et actes de santé. Intégré dans la nature, l'humain n'avait d'autre choix qu'une coopération totale.

Les premiers médecins furent les **chamans**, qui recherchaient la connaissance de la nature sous ses aspects physiques et spirituels.

En Egypte et en Amérique, on remarqua des pratiques plus structurées, où la **pratique médicale intégrée** était de rigueur. La Chine, entre autres, développa ses pratiques médicales en utilisant une approche basée sur cinq éléments : le bois, le feu, la terre, le métal et 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 (métal) et l'hydrothérapie (eau). Historiquement, il s'agit d'une des premières formes d'approche intégrée. D'autres traditions comme celle de l'Inde avec l'Ayurveda présentait également une forme complète de médecine.

Dans l'Antiquité, le médecin était aussi **philosophe**. L'ère moderne a dissocié afin de mieux comprendre, c'est ainsi qu'est apparue l'ère de la « **spécialisation** ».

Aujourd'hui, nous redécouvrons la **globalité**, c'est ainsi un retour à l'origine 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.

b) Ses principes de base

Il s'agit de tirer profit des meilleurs soins offerts selon les **approches conventionnelles** et les **approches complémentaires**, dans le but de parvenir à la guérison du patient.

Ce principe de base est relayé notamment par la Fédération des omnipraticiens du Québec, « *lorsqu'on parle de médecine intégrative, on parle entre autres de combiner les meilleurs soins de la médecine scientifique occidentale à ceux des approches complémentaires, dans le but de maintenir la santé et d'améliorer le bien-être* ». (40)

- **Le *nec plus ultra* de la médecine conventionnelle et des MAC**

Ainsi, bien que la médecine intégrative inclue de la médecine non conventionnelle, elle n'a recours qu'aux approches dont les effets ont été **scientifiquement vérifiés**. En effet le NCCAM indique que la médecine intégrative est une combinaison entre les thérapies issues de la médecine conventionnelle et celles issues de la médecine alternative et complémentaire pour lesquelles il existe des données scientifiques de haute qualité quant à la sécurité et l'efficacité des traitements.

La **rigueur scientifique** devient alors importante, quelle que soit la façon d'évaluer (d'ordre expérimental, clinique, qualitatif, quantitatif). Une médecine traditionnelle millénaire, issue de l'empirisme, ne doit pas être rejetée du revers de la main sous prétexte qu'elle n'est pas scientifique. En effet, elle pourra devenir scientifique le jour où on exercera une évaluation rigoureuse de cette méthode, tout en respectant le paradigme duquel elle est issue. (67) (66)

En 2003, l'OMS abonde également dans ce sens en recommandant d'évaluer l'efficacité et la place de chaque approche thérapeutique au sein d'une médecine intégrative (68).

C'est aussi ce que suggère David Servan-Schreiber (69) en initiant des projets de recherche de façon à déterminer l'**efficacité** de certaines approches de MAC afin de pouvoir les inclure dans des moyens à disposition des médecins.

Cet influx d'initiatives signe la **reconnaissance** progressive des approches alternatives et complémentaires en complément de la médecine conventionnelle. Selon Andrew Weil (70) « la médecine allopathique est nécessaire pour traiter 10 à 20% des problèmes de santé. Pour les 80 à 90% restants, lorsqu'il n'y a pas d'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 ».

La médecine conventionnelle commence à prendre en compte la **conception de la santé** adoptée par les praticiens de MAC depuis des siècles (nous y reviendrons plus loin avec la « roue de la santé »). Ainsi, au Canada et aux États-Unis, plus de 35 universités se sont regroupées au sein du *Consortium of Academic Health Centers for Integrative Medicine* (le consortium des centres académiques de santé en médecine intégrative, notamment la Harvard Medical School, l'université de Calgary et l'université de Stanford). Toutes ces institutions se sont engagées à revoir leur programme d'enseignement de la médecine afin d'y intégrer les approches complémentaires dont les bienfaits ont été prouvés.

- **Partenariat patient/ praticien et relation de confiance**

Notons tout d'abord que la place du patient a évolué du « paternalisme médical » à une relation plus égalitaire, notamment en France grâce à la loi de 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

Concernant maintenant le concept de la médecine intégrée et son approche holistique, il est nécessaire de créer un climat de confiance pour amener le patient à parler librement de son recours ou non à des méthodes alternatives.

Bien souvent, lorsque l'on reçoit un patient, deux visions se rencontrent et s'entrechoquent :

- Celle du patient, riche de ses expériences et de sa culture

- Celle du médecin, formé à la pensée scientifique, qui doit agir de façon objective et selon les données acquises de la science.

Comme dit précédemment, dans la médecine technologique, il semble exister un manque de communication entre le patient et leur médecin (60). Il s'agira d'interroger le patient et d'éclaircir plusieurs points au moment de l'**anamnèse** :

- Le patient a-t-il recours à des suppléments alimentaires ?
- Dispose-t-il d'une expérience avec des médecines alternatives ?
- A-t-il déjà consulté un ostéopathe ? Homéopathe ? Acupuncteur...
- Préoccupations du patient
- Loisirs, détente, mode de gestion du stress ?

Le praticien doit rester ouvert au recueil d'un maximum d'informations pour diriger le patient vers les soins qui lui seront les mieux adaptés. Ainsi l'alimentation, l'activité physique, le stress, le sommeil sont autant de paramètres à considérer.

De la même façon, comme nous l'avons vu précédemment une meilleure connaissance pour le praticien des approches alternatives et complémentaires permettra d'avoir une pratique plus à l'écoute du patient, de le guider vers les méthodes les plus sûres, les plus efficaces et les moins risquées par rapport à son état de santé et traitements en cours. A noter que toutes ces questions vont aussi permettre de s'informer sur la conception qu'a le patient de sa santé. Le délai de la consultation n'est pas forcément plus long, car il s'agira de mettre en œuvre par la suite une thérapie ciblée, qui apportera une satisfaction mutuelle.

Tout comme la médecine familiale, la médecine intégrative propose un modèle centré sur le patient où la **contribution du médecin** prend néanmoins davantage d'importance. Ce concept incite d'ailleurs le personnel soignant à mieux cerner son propre état de santé afin de mieux guider les patients ; il s'agit donc de lever ses propres tabous par rapport à la maladie.

Toujours concernant la relation de confiance patient/praticien, l'**intuition** est un élément décisif qui est revenu de façon récurrente dans nos lectures, notamment relayée par Janssen.

Edgar Morin l'évoque également dans son ouvrage, *La Voie, pour l'avenir de l'humanité* (71) : « En fait, tout ce qui relève de la médecine est une intime combinaison de science et d'art. L'art, le flair, le « je-ne-sais-quoi » permettent de discerner parmi les symptômes ambigus et parfois quasi imperceptibles, la nature du mal qui va se manifester sans équivoque à la survenue de la *crisis*, terme qui, pour Hippocrate, signifie le moment précis où l'on peut formuler un diagnostic assuré. Le bon médecin, en quelque sorte, anticipe la *crisis*, et peut intervenir au plus tôt, vu que l'on soigne plus aisément les maux à l'état naissant que lorsqu'ils s'enracinent. Ce type de médecins tend à disparaître ; il est remplacé par le médecin généraliste urbain, effacé de plus bas rang, qui reçoit les patients très rapidement, sans même prendre le temps de connaître leur biographie. »

En conclusion, nous pouvons dire que les médecins peuvent disposer de données acquises de la science sur les médecines alternatives afin d'en discuter ouvertement avec leurs patients, dans un climat d'échange et d'ouverture. En effet, une médecine de qualité intègre toutes les modalités qui peuvent contribuer à la santé, conventionnelles ou non.

c) Le patient au cœur du concept

« *En matière de thérapeutique, la grande erreur des médecines à notre époque est de séparer l'âme du corps* » disait Platon il y a plus de 2000 ans. A cette époque, comme maintenant, le défaut majeur de la médecine résidait dans la considération démesurée portée aux symptômes physiques par rapport au peu d'attention accordée à l'esprit et à l'âme de l'individu.

Ainsi, l'approche intégrée se définit davantage par son **approche centrée sur la personne** que par ses moyens. La médecine intégrative apparaît comme un nouveau paradigme thérapeutique qui prend en compte tous les facteurs affectant la santé, le bien-être et la maladie – y compris la dimension psychosociale et spirituelle de l'individu.

Le Duke University Center for Integrative Medicine (DCIM) est un établissement voué exclusivement au soin médical intégré. Il propose des approches innovantes de la santé et de la guérison. La maîtrise de la science moderne se combine avec la sagesse des traditions anciennes pour une approche thérapeutique de la personne dans sa globalité.

Cet établissement utilise auprès des patients un outil : la « **roue de la santé** »(33), symbolisant l'approche particulière de la médecine intégrée - outil didactique qui nous permet d'illustrer ce concept.



*CAM Treatments - Complimentary & Alternative Medicine Treatments

Illustration n°18 : La roue de la santé, support de médecine intégrative (33)

Le cadre d'une santé optimale repose sur trois stratégies de base, représentées sous forme de cercles concentriques :

- Au centre figure la pleine conscience. Il s'agit d'apprendre à vivre le moment présent et ainsi être conscient de son état de santé, de son corps, esprit et âme.
- Le cercle du milieu représente les stratégies possibles pour améliorer et entretenir sa santé (exercice physique, alimentation, environnement, relations, développement personnel et spirituel).
- Enfin le cercle extérieur englobe les stratégies concernant la coopération avec des professionnels de santé (prévention, produits pharmaceutiques et complémentaires, traitements conventionnels et thérapies complémentaires ou alternatives).

La médecine intégrative est ainsi avant tout une approche **personnalisée**. Chaque patient souffrant d'un même trouble est traité différemment, selon le traitement qui lui correspondra le mieux. On comprendra dès lors l'intérêt d'une équipe multidisciplinaire autour du patient.

David Servan-Schreiber nous fait partager une expérience personnelle, au cours d'une mission avec Médecins Sans Frontières, où il travaillait avec des réfugiés tibétains au nord de l'Inde (33). Sur ce territoire coexistaient la médecine occidentale et la médecine traditionnelle tibétaine. Il a alors questionné ses homologues tibétains pour savoir vers quelles médecines ils se tournaient lorsqu'ils étaient malades. Ainsi lorsque la maladie était aiguë, la médecine occidentale, avec un traitement rapide et efficace, leur semblait adaptée pour répondre à une situation de crise – mais si le problème était chronique, cette médecine ne suffisait plus. Pour les médecins tibétains, il faut travailler sur la capacité naturelle du corps à restituer sa propre santé. Il est nécessaire de disposer d'une médecine qui agit sur le **terrain** (pas seulement sur la maladie) et qui soutient les mécanismes naturels de guérison. Il s'agira de savoir comment les mettre en œuvre pour contribuer à prévenir le mal et le guérir lorsque nous tombons malades.

Les **mécanismes d'autoguérison** sont au cœur même du retour à la santé (70). Selon Dongois (72), la médecine intégrative optimise la capacité d'autoguérison, où l'accent est mis sur la rencontre thérapeutique en soi. En filigrane de ce concept, nous retrouvons bien notre « roue de la santé ». En effet, selon l'auteur, la capacité d'autoguérison est influencée par différents facteurs ou déterminants tels que la nutrition, le comportement social, la génétique, l'environnement. Chaque individu possède d'importantes capacités de prévention et de guérison, ce sont ces mécanismes qu'il s'agit de stimuler par différentes approches.

Hirshberg et Barasch(73) expliquent comment certains patients en sont arrivés à se guérir de maladies graves, voire incurables. Ce dénominateur commun était la « volonté de guérir », d'où l'importance de placer la personne au cœur de la démarche.

Les pays intégratifs au niveau national, où médecine conventionnelle et non conventionnelle sont proposées aux patients sur un pied d'égalité (comme la Chine ou le Vietnam) sont très peu nombreux – même si certains pays (Canada, Royaume-Uni) se dirigent vers cette voie (2).



Illustration n°19 : Une pharmacie chinoise (74)

L'intégration s'organise déjà dans certains lieux de soins, concernant plus particulièrement la prise en charge de la **douleur, l'obstétrique et l'anesthésie**. Concernant cette dernière, l'hypnose médicale se développe et est pratiquée à l'AP-HP (à l'Hôpital de la Pitié Salpêtrière ou au Centre d'évaluation et de traitement de la douleur de l'hôpital Ambroise Paré). En Belgique, le CHU de Liège est moteur en la matière. Mais il s'agit bien souvent d'une **initiative individuelle**, non d'une politique structurelle. Les médecines non conventionnelles se développent en ville et à l'hôpital sans cohérence d'ensemble.

Le travail d'équipe ou de groupe peut déboucher sur des collaborations, par exemple de nutritionnistes, ou d'acupuncteurs avec des médecins et ce dans le cadre de ce que l'on pourrait définir comme une médecine globale, ouverte. D'ailleurs nombre d'homéopathes, acupuncteurs, neural thérapeutes pratiquent la médecine conventionnelle avant d'élargir leurs capacités diagnostiques ou thérapeutiques.

En conclusion, nous pouvons dire qu'adopter l'approche intégrée en santé signifie intégrer nos acquis du passé et y ajouter ce qui est mieux connu aujourd'hui dans une approche soucieuse du bien-être de la personne, une approche humaniste. L'approche intégrée, englobant science et humanisme, physique, biologie, philosophie et spiritualité serait-elle le paradigme du XXIème siècle ?

5. Les médecines alternatives en odontologie

Comme nous l'avons vu précédemment, les médecines alternatives regroupent un très grand nombre de thérapies. Toutefois, certaines apparaissent plus développées, plus efficaces et plus pertinentes dans la pratique du chirurgien-dentiste : il s'agit de l'acupuncture, de l'aromathérapie, de l'hypnose et de l'ostéopathie. Pour la plupart des traitements proposés, l'ensemble des lectures réalisées met en évidence une absence de consensus.

a) Acupuncture

L'OMS a publié en 2002 une liste de 28 affections pour lesquelles les Essais Contrôlés Randomisés (ECR) concluent à l'efficacité de l'acupuncture. En 2003, on recense 25 synthèses et méta-analyses dans 15 pathologies.

Dans le cadre des soins dentaires, l'acupuncture peut apporter une alternative ou une aide dans la réalisation des traitements – tant sur un volet préventif que curatif.

L'efficacité de l'acupuncture est reconnue pour le traitement des **douleurs dentaires** (75) et de **l'articulation temporo-mandibulaire** (76), tout comme pour son action **antiémétique** (77) mais se révèle utile dans d'autres cas grâce à ses actions anti-inflammatoires, anti-infectieuses, sédatives, ou encore dans certaines situations d'urgence. En revanche, pour les autres pathologies, les conclusions sont plus mitigées et nécessitent d'autres investigations (78)(79).

Les propriétés **analgésiques** de l'acupuncture sont connues depuis longtemps en Chine et on en retrouve de très nombreuses applications dans les ouvrages de référence de MTC. L'anesthésie est alors considérée comme un prolongement légitime de cette action antalgique. Néanmoins les premiers essais dans ce domaine sont relativement récents. En 1958 les chinois réalisent leurs premières interventions chirurgicales sous anesthésie acupunctureale. La première étude chinoise concernant la stomatologie et l'odontologie est réalisée entre 1958 et 1960 dans le service de stomatologie de l'Hôpital de Sian. (80)

Cette étude est réalisée par électro-acupuncture sur une série de 248 cas comprenant 216 extractions dentaires, 20 réparations de fentes labiales, 9 incisions et drainages et 3 kystes dentaires. Les premiers résultats, très encourageants, révèlent un taux de réussite de 90% : 190 malades sont opérés sans douleur et 49 ne ressentent qu'une douleur légère.

En Chine, l'acupuncture est ainsi employée pour la dentisterie restauratrice et la chirurgie buccale dès 1960. Les premiers essais français sont réalisés à Marseille en 1971 par l'équipe du docteur Nguyen Van Nghi. A partir de 1974, l'analgésie acupunctureale est pratiquée à la faculté de chirurgie dentaire de Paris VII dans le service de chirurgie. En 1981, une étude réalisée par Jean Rudermann portant sur 203 cas

d'avulsions montre un taux de succès de 97%. Aujourd'hui le développement de l'anesthésie par acupuncture continue notamment grâce à l'évolution des appareils d'électrostimulation. Les protocoles sont bien codifiés et donnent des résultats reproductibles. (80) (78)

On retiendra aussi la simplicité de réalisation de la technique par **digipression contre le réflexe nauséux**, facile d'intégration dans une pratique quotidienne. La méthode consiste à effectuer une pression du doigt au milieu du sillon labio-mentonnier, au niveau du point VC 24 (*Chengjiang*). La pression de ce point doit commencer 5 à 20 minutes avant l'introduction du corps étranger en bouche et se prolonger jusqu'à la fin de la thérapeutique. Plusieurs études portant sur des patients atteints d'un réflexe nauséux important devant subir des soins dentaires ou certains examens médicaux ont permis de conclure à une efficacité de point. (77) (81)

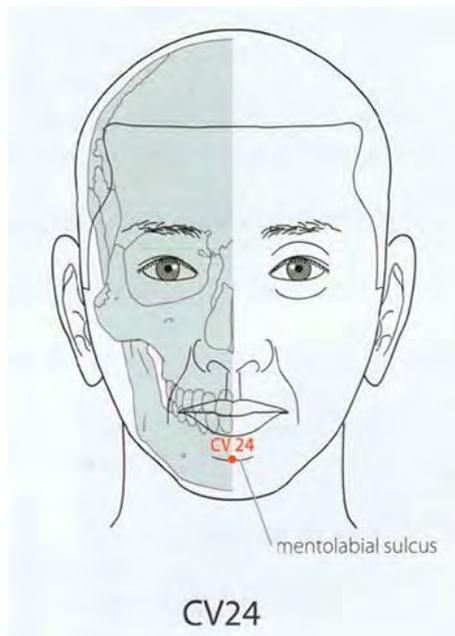


Illustration n°20 : le point VC 24 Chengjiang (82)

L'acupuncture est une thérapeutique basée sur les principes de la MTC, qui repose sur une représentation particulière du corps humain, que le praticien gagnerait à connaître. Le chirurgien-dentiste pourrait appréhender ces concepts et maîtriser la technique acupunctureale. A défaut, il peut adresser son patient à un médecin acupuncteur pour compléter sa prise en charge.

b) Aromathérapie

L'aromathérapie est utilisée depuis longtemps au cabinet dentaire par l'emploi de l'eugénol, présent dans l'huile essentielle du clou de girofle. Les applications de ce produit sont nombreuses : pansement sédatif pulpaire, protection parodontale, mèche désinfectante... Sa forte odeur est d'ailleurs associée au cabinet dentaire dans l'esprit des patients. On retrouve également les huiles essentielles dans de nombreux dentifrices et bains de bouche du commerce, notamment celle du clou de girofle ou de la menthe poivrée pour le menthol (83).

Les **propriétés anti-infectieuses** puissantes des huiles essentielles sont intéressantes. De plus, les huiles essentielles ne sont pas concernées par les phénomènes de résistance, contrairement aux antibiotiques et à certains antiseptiques (54) (39)– et mériteraient donc d'être plus utilisées. Elles ont aussi l'avantage de présenter peu de contre-indications et sont donc facilement prescrites, notamment chez les patients à risque ou polymédiqués.

Les **propriétés anti-inflammatoires et cicatrisantes** présentent un intérêt pour combattre les différentes lésions de la muqueuse buccale. Associées au pouvoir antiseptique, ces propriétés donnent aux huiles essentielles le moyen de lutter efficacement contre les parodontopathies.

Enfin, les huiles essentielles sont très intéressantes pour lutter contre **l'anxiété** au cabinet dentaire. Un aérosol à base d'huile essentielle de lavande placé dans la salle d'attente est une solution simple à mettre en œuvre (83) (39)

La toxicité de certaines huiles essentielles requiert cependant une bonne connaissance de la biochimie aromatique. Une formation à l'usage de l'aromathérapie permet d'en minimiser les risques.

c) Homéopathie

En médecine homéopathique, le traitement doit être **personnalisé** pour chaque patient. Le praticien doit connaître les différents remèdes d'une pathologie afin de pouvoir choisir le plus approprié en fonction des signes cliniques, de la personnalité du patient et de sa description subjective des symptômes.

L'homéopathie propose des traitements lorsque la médecine allopathique échoue ou ne peut être prescrite. Cette médecine, dont l'efficacité est toujours contestée devant le manque de preuves scientifiques (39), présente néanmoins des avantages : elle est peu onéreuse et n'entraîne **ni effets indésirables, ni interactions médicamenteuses**. Elle peut être prescrite aussi bien en prévention qu'en per et post-opératoire, seule ou associée à la médecine allopathique et contribue amplement au confort du patient (84) (39).

Dans le but d'acquérir les compétences et la méthodologie nécessaires à la prescription homéopathique, le chirurgien-dentiste peut se former.

d) Hypnose

En 1955, l'Association médicale britannique reconnaît officiellement l'utilisation de l'hypnose en odontologie, suivie de l'Association médicale américaine en 1958, qui recommande son apprentissage au cours des études de médecine. Aujourd'hui, environ 26% des écoles dentaires aux Etats-Unis et au Canada incluent une formation à l'hypnose clinique à leur cursus – tandis qu'en France, la formation initiale ne dispense qu'une brève introduction à l'hypnothérapie, quand c'est le cas. (85)

L'hypnose est particulièrement indiquée chez les patients **stressés**, anxieux ou angoissés mais aussi dans la **gestion de la douleur**. En effet, l'hypnose permet de réaliser des soins, d'obtenir un suivi et de mieux prévenir l'apparition de pathologies de la cavité buccale chez des patients qui ont délaissé les soins dentaires par « peur du dentiste ». Cette gestion de l'anxiété permet de minimiser la prescription de prémédications sédatives au patient. Enfin, l'hypnose est indiquée pour le praticien et l'équipe soignante afin de diminuer le stress, améliorer l'environnement professionnel, la communication avec le patient et limiter le burn-out. (85). Tous ces atouts font que

l'hypnose est une thérapie de plus en plus utilisée par les chirurgiens-dentistes, qui permet de procurer un véritable confort au patient. A noter que cette méthode semble particulièrement efficace chez les enfants, du fait de leur suggestibilité accrue.(39)

Toutefois, le praticien doit prendre des précautions dans sa pratique de l'hypnose, en ayant pour commencer une formation lui donnant assez de compétences pour la pratiquer. En effet, le praticien doit se former aux règles de la communication hypnotique pour assurer une thérapie efficace et la sécurité du patient - car si les incidents sont rares, ils ne sont pas impossibles. D'autre part, dans le cadre de pathologies comportementales, le chirurgien-dentiste ne peut traiter durablement un problème sans traiter sa cause profonde en réalisant une hypno-analyse. L'hypnose sort alors du cadre de la compétence professionnelle du chirurgien-dentiste. (86) (85)

e) Ostéopathie

Contrairement aux médecines développées précédemment, l'ostéopathie ne propose pas de thérapeutiques applicables par le chirurgien dentiste seul. En effet, elle nécessite une prise en charge du patient reposant sur la **coopération** entre différents professionnels de santé : ostéopathe, kinésithérapeute, ophtalmologue, orthoptiste, neurologue, chirurgien-dentiste... Chacun de ces professionnels peut dépister et orienter le patient vers un médecin spécialisé en posturologie afin de mettre en place une thérapie globale. Ce spécialiste réalise un bilan postural et détermine le ou les praticiens à consulter et l'ordre dans lequel les soins doivent être réalisés. (87) (88)

L'ostéopathe intervient de façon préventive et curative. Dans le traitement de la posture, l'ostéopathe agit sur la totalité du corps, de la tête aux pieds. La thérapie élaborée par le praticien s'applique sur les différentes structures du corps. L'ostéopathe traite par manipulation et/ou mobilisation le système ostéo-articulaire et par manipulation les systèmes viscéral et crânien. Il intervient aussi bien chez l'enfant que chez l'adulte.

Le chirurgien-dentiste pratiquant l'occlusodontie va agir au niveau du système crânio-mandibulaire, ce qui aura des conséquences au niveau du système crânio-sacré et de la posture. Le traitement consiste à réaliser les soins dentaires nécessaires, la

réhabilitation prothétique, l'équilibration occlusale et la mise en place de gouttières occlusales. Il va déterminer une position thérapeutique articulaire qu'il va maintenir par la réalisation de gouttières occlusales permettant un nouvel équilibre crânien et par conséquent postural. (87) Le chirurgien-dentiste doit obtenir une occlusion fonctionnelle et équilibrée.

Il n'existe pas d'ECR concernant l'utilisation de l'ostéopathie de façon conjointe à l'odontologie, mais au regard des publications portant sur l'ostéopathie de manière générale, le bénéfice de cette pratique mérite d'être envisagée (39). L'ostéopathie permet un traitement efficace, rapide et complet des différents troubles de l'appareil manducateur (occlusaux, articulaires) rencontrés par le chirurgien-dentiste. Elle faciliterait les réhabilitations fonctionnelles de la cavité buccale et de la posture en réharmonisant les rapports entre les différentes structures. Le chirurgien-dentiste ne peut pas pratiquer cette discipline au cabinet dentaire. Néanmoins, les formations proposées simultanément aux ostéopathes, chirurgiens-dentistes et autres professionnels de santé agissant sur la posture sont intéressantes pour son exercice car permettent de comprendre le rôle de chacun dans la prise en charge du patient.

IV. LÉGISLATION ET FORMATION

1. Réglementation

a) La législation relative aux médecines alternatives

En l'état actuel du droit français, il n'existe pas de réglementation qui encadre les médecines alternatives. Ne disposant pas de statut, leur pratique reste délicate, surtout pour les **non médecins** qui ont accès à certaines formations mais qui n'ont pas pour autant le droit d'exercer en tant que thérapeutes. Ainsi, des poursuites au pénal peuvent être engagées pour exercice illégal de la médecine.

Rappelons l'article L.4161-1 du Code de la Santé Publique définissant l'exercice illégal de la médecine : « Toute personne qui prend part habituellement ou par direction suivie, même en présence d'un médecin, à l'établissement d'un diagnostic ou au traitement de maladies, congénitales ou acquises, réelles ou supposées, par actes personnels, consultations verbales ou écrites ou par tous autres procédés quels qu'ils soient, ou pratique l'un des actes professionnels prévus dans une nomenclature fixée par arrêté du ministre chargé de la santé pris après avis de l'Académie nationale de médecine, sans être titulaire d'un diplôme, certificat ou autre titre mentionné à l'article L.4131-1 et exigé pour l'exercice de la profession de médecin, ou sans être bénéficiaire des dispositions spéciales mentionnées aux articles L.4111-2 à L.4111-4, L.4111-7, L.4112-6, L.4131-2 à L.4131-5 ».

Néanmoins, on observe aujourd'hui une évolution plutôt favorable de la jurisprudence, avec une augmentation du nombre de relaxes. Cette amélioration débute au **Parlement européen** le 29 mai 1997 par le vote d'une résolution sur les statuts des médecines alternatives, qui incite les états membres à reconsidérer la place de ces pratiques. L'**OMS** s'intéresse également à ces thérapeutiques et publie un rapport en 2002 proposant le

développement et l'intégration de ces pratiques en les réglementant par des politiques nationales.

En France, la **loi Kouchner** du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, marque le début de la liberté en matière de choix thérapeutique et **légalise les titres d'ostéopathe et de chiropracteur**. Selon l'article 4 du décret n°2007-435, l'usage professionnel du titre d'ostéopathe est réservé aux médecins, sages-femmes, masseurs-kinésithérapeutes et infirmiers titulaires d'un diplôme universitaire (D.U.) ou interuniversitaire (D.I.U.) et aux titulaires d'un diplôme d'ostéopathe délivré par un établissement agréé.

L'acupuncture et **l'homéopathie** sont aujourd'hui des pratiques réservées aux professionnels de santé, reconnues par l'ordre national des médecins comme une *orientation* thérapeutique. L'acupuncture bénéficie de la reconnaissance officielle de l'Etat et des facultés de médecine suite à la création, par l'arrêté du 26 avril 2007, d'une nouvelle capacité de médecine : la capacité en acupuncture. Ce Diplôme d'Etat remplace progressivement le D.I.U. d'acupuncteur, seul diplôme permettant aux médecins d'inscrire le titre d'acupuncteur sur leur plaque et leurs ordonnances.

Dans le cas des « **médicaments homéopathiques** », selon l'article L.5121-13 du Code de la Santé publique, l'autorisation de mise sur le marché (AMM) applicable à tout nouveau médicament est remplacée par un simple enregistrement auprès de l'ANSM (Agence Nationale de sécurité du médicament et des produits de santé).

L'aromathérapie est utilisée par le corps médical mais aussi par les naturopathes. La naturopathie n'est pas encore règlementée mais, en théorie, le naturopathe respecte la loi s'il ne pose pas de diagnostic, ne prescrit aucun remède et se contente de faire de la prévention. Concernant l'usage pratique des huiles essentielles, la réglementation AFNOR (Association française de normalisation) garantit leur qualité. La matière première doit être identifiée, contrôlée et avoir une bonne conservation. Des labels permettent la traçabilité des produits comme HECT et HEBBD.



Illustration n° 21: Labels HECT(89) et HEBBD (90)

L'**hypnothérapie** est également à la frontière de l'exercice illégal car il n'y a pas de réglementation. Là aussi, on est dans le cadre d'un exercice illégal de la médecine lorsqu'il y a établissement d'un diagnostic ou réalisation d'un traitement. (91) (92)

b) Réglementation pour les chirurgiens-dentistes

Il n'existe actuellement aucune réglementation propre à la pratique des médecines alternatives au cabinet dentaire. Tout chirurgien-dentiste peut donc les pratiquer légalement dans le cadre de son exercice. Au regard des différents textes, il est cependant possible de définir un cadre de bonnes pratiques.

Tout d'abord, le champ d'action du chirurgien-dentiste est défini par la capacité professionnelle que lui confère le Diplôme d'Etat de docteur en chirurgie dentaire comme le stipule l'article L.4141-1 du Code de la Santé Publique : « *La pratique de l'art dentaire comporte la prévention, le diagnostic et le traitement des maladies congénitales ou acquises, réelles ou supposées, de la bouche, des dents, des maxillaires et des tissus attenants, dans le respect des modalités fixées par le code de déontologie de la profession mentionné à l'article L.4127-1.* » De plus, selon l'article R4127-233 du code de santé publique, "le chirurgien-dentiste qui a accepté de donner des soins à un patient s'oblige à lui assurer des soins éclairés et conformes aux données acquises de la science [...]". La notion de "données acquise de la science" suppose que, pour pratiquer certaines approches alternatives, celles-ci doivent avoir fait l'objet d'un minimum de validation scientifique. Toute la question est donc de savoir ce qui caractérise un savoir scientifique.

Ainsi le chirurgien-dentiste ne peut donc traiter par des thérapies alternatives des pathologies en dehors de ses capacités et de son domaine de compétence. La formation initiale peut donner accès, dans certaines facultés, aux médecines alternatives mais n'accorde pas pour autant la compétence pour les pratiquer.

Le chirurgien- dentiste a donc, dans le cadre de ces pratiques, une **obligation de formation** : « *Sauf circonstances exceptionnelles, il ne doit pas effectuer des actes, donner des soins ou formuler des prescriptions dans les domaines qui dépassent sa compétence professionnelle ou les possibilités matérielles dont il dispose* », article R.4127-204 du code de déontologie des chirurgiens-dentistes. S'il n'est pas compétent, il doit alors **adresser** son patient à un confrère qui le sera : « *Les chirurgiens-dentistes peuvent prescrire tous les actes, produits et prestations nécessaires à l'exercice de l'art dentaire.* » Article L.4141-2 du Code de la Santé Publique.

2. Formations pour les chirurgiens dentistes

La plupart des formations présentées ici ne sont pas réservées aux seuls chirurgiens-dentistes mais contiennent dans tous les cas un enseignement pratique les concernant.

a) Formations universitaires

Seules les formations universitaires permettent d'obtenir une reconnaissance et autorisent le praticien à mentionner ses diplômes validés sur ses ordonnances.

▪ **Acupuncture :**

En France le premier D.U. d'acupuncture a été créé en 2009, il s'agit du **D.U. acupuncture scientifique : médecine factuelle et pratique** à la faculté de médecine de Paris sud (XI). Ce diplôme s'adresse à toutes les professions médicales dont les chirurgiens-dentistes. (93)

L'objectif de ce D.U. est d'enseigner l'acupuncture par une approche à la fois scientifique et clinique. Les savoirs et compétences acquis au cours de cette formation permettent

aux différents praticiens de comprendre les bases théoriques, notamment neurophysiologiques, sur lesquelles repose l'acupuncture et d'offrir à leurs patients des soins de qualité. L'enseignement est d'une durée de deux ans à raison de 7 séminaires de 2 jours par an. Un stage clinique obligatoire d'une durée de 52h réparties sur 14 demi-journées doit être validé pour l'obtention du diplôme.

- **Aromathérapie :**

La faculté de Paris XIII propose le **D.U de pratiques médicales en phyto-aromathérapie** qui s'adresse aux médecins, pharmaciens, chirurgiens-dentistes, sages-femmes et vétérinaires. La formation dure 3 ans à raison de 7 séminaires par an. Le contrôle des connaissances se fait par un examen écrit à la fin de chaque année universitaire. La rédaction d'un mémoire en fin de troisième année est exigée pour l'obtention du diplôme. Cette formation enseigne les généralités de la phytothérapie, comporte une partie clinique et thérapeutique en aromathérapie. (94)

Il existe également un D.I.U. accessible aux chirurgiens-dentistes et autres professionnels de santé proposé par les facultés de Paris V et Paris XI : le **D.I.U Phytothérapie, Aromathérapie : données actuelles, limites**. Il comprend 80h d'enseignement et 20h de travail personnel de recherche bibliographique. Le diplôme est obtenu après réussite à l'examen final et présentation d'un mémoire. Cette formation apporte aux praticiens les connaissances en phytothérapie et aromathérapie nécessaires pour prescrire selon des critères d'efficacité et de sécurité validés et la capacité de choisir les formes les mieux adaptées à leur exercice professionnel. (95)

A noter que d'autres facultés proposent des D.U. de phytothérapie mais ces formations ne sont pas accessibles aux chirurgiens-dentistes ou traitent relativement peu de l'aromathérapie. Il existe aussi des D.U. de naturothérapie abordant l'aromathérapie selon les concepts de cette profession.

▪ **Homéopathie :**

De nombreuses facultés proposent des formations en homéopathie dont certaines sont là aussi accessibles aux chirurgiens-dentistes. L'objectif pédagogique commun à ces D.U. est l'acquisition et l'approfondissement des connaissances en homéopathie (matière médicale, pratique quotidienne, utilisation thérapeutique) nécessaires à la prescription des médicaments homéopathiques. On trouve ainsi :

- Le **D.U. Homéopathie** de la faculté de Nantes, qui comprend 150h de cours réparties sur une année universitaire. Le contrôle des connaissances est assuré par une épreuve écrite en fin d'année. (96)

- Le **D.U. Homéopathie** de la faculté d'Angers, qui est composé de 72h de cours et 36h d'enseignements dirigés. L'enseignement est validé par un examen écrit et oral. (97)

- Le **D.U. Homéopathie** de la faculté de Paris XI, qui propose une formation répartie sur une année universitaire. Il comprend 70h d'enseignement théorique, une journée de visite des sites de production des Laboratoires BOIRON à Lyon et 20h de travail personnel de recherche bibliographique. L'enseignement est validé par un examen écrit et la présentation d'un mémoire. (98)

- Le **D.I.U. Homéopathie** des facultés de Tours et Poitiers, qui inclue 219h d'enseignement réparties sur 2 ans et 30h de stage chez un praticien homéopathe. La validation des acquis est assurée par un examen écrit et oral à la fin de chaque année.

- Le **D.I.U Homéopathie et thérapeutique homéopathique** des facultés de Paris XIII et Aix-Marseille II, qui dure 3 ans à raison de 8 séminaires de 2 jours par an. La validation du diplôme est assurée par un examen écrit chaque année et la réalisation d'un mémoire en fin de troisième année. (98) (99)

▪ **Hypnose :**

Les chirurgiens-dentistes ont accès aux **D.U. d'hypnose médicale** proposés par les facultés de Toulouse (en partenariat avec l'Association Toulousaine de Nouvelle Hypnose), Montpellier I, Paris VI (en partenariat avec l'Association Française pour l'Etude de l'Hypnose Médicale) et Bordeaux II.

Toutes ces formations s'effectuent sur une année universitaire et sont validées par des épreuves pratiques, un examen écrit et la présentation d'un mémoire. Le volume des enseignements est de 64h pour Toulouse, 96h pour celui de Montpellier, 77h pour celui de Paris et 59h pour celui de Bordeaux. Ces D.U. permettent d'obtenir des connaissances théoriques sur l'hypnose, ses dangers, ses contre-indications, ses précautions d'emplois ; et aussi de se former à la pratique par des enseignements dirigés. (100) (101) (102) (103)

- **Ostéopathie :**

Il n'existe actuellement aucune formation continue universitaire permettant aux chirurgiens-dentistes de se former en ostéopathie. Toutefois, un **D.U. Clinique en Thérapeutique Occlusodontique et Ostéopathique** a vu le jour en 2002 à Lille grâce à une collaboration de la faculté d'odontologie et de l'école supérieure d'ostéopathie. (104)

Cette formation est ouverte aux docteurs en chirurgie dentaire, médecins stomatologistes, médecins ophtalmologistes, ostéopathes et orthoptistes. Elle dure une année et se compose de 6 séminaires de 3 jours consécutifs totalisant 240h d'enseignement (130h d'enseignement théorique, 70h d'enseignement clinique et 40h réservées à la préparation d'un mémoire). Le diplôme est validé par la rédaction et la soutenance du mémoire de recherche.

Ce D.U. offre aux différents praticiens la possibilité de travailler ensemble sans pour autant se substituer les uns aux autres ; le chirurgien-dentiste peut donc y acquérir des connaissances sur la technique ostéopathique et sur le rôle de l'ostéopathe dans le traitement des pathologies de la sphère buccale.

- b) Formations privées

Beaucoup d'organismes dispensent des formations pour la pratique des médecines alternatives. Les diplômes décernés n'étant **pas reconnus** par le ministère de la santé, il est toutefois préférable de se tourner vers des organismes soutenus par les professionnels du secteur ou agréés par l'Ordre National des Chirurgiens-Dentistes. On peut citer ici une liste non exhaustive des organismes et associations français.

- **Acupuncture :**

Les principales associations de professionnels encadrant la pratique de l'acupuncture et de la MTC sont :

- La Fédération des Acupuncteurs pour leur Formation Médicale Continue (**FAFORMEC**), qui est formée de la quasi-totalité des associations de médecins acupuncteurs de France. Elle a une fonction de représentation de la formation médicale en acupuncture en France. (105)

- La Confédération Française de Médecine Traditionnelle Chinoise (**CFMTC**), qui regroupe plusieurs associations de professionnels de la MTC non médecins. Elle a pour but de développer et d'harmoniser la pratique et les formations afin de contribuer au développement et à la reconnaissance de la MTC en France. (106)

- La Société Médicale d'Acupuncture Chinoise (**SMAC**) propose à ses membres (médecins, dentistes, vétérinaires ou étudiants dans ces disciplines) des réunions de formation. (107)

- **Aromathérapie : (108)**

Phyto 2000 (Association des Usagers de la Phytothérapie Clinique) en partenariat avec la Société Française d'Endobiogénie et Médecine (SFEM) et la Fédération Internationale des Associations de Défense, de Recherche et d'Enseignement de la Phytothérapie (FIADREP) ont pour but de promouvoir l'utilisation des plantes médicinales et d'assurer l'information des différents acteurs concernés. Ces associations proposent des conférences et des formations pour les professionnels de santé.

Les laboratoires proposent aussi des formations : le **laboratoire Pranarom** (109) dispense ainsi un enseignement complet en aromathérapie scientifique au sein du Collège International d'Aromathérapie Dominique Baudoux.

- **Homéopathie :**

- L'Ecole Française d'Homéopathie (**EFH**) est une fédération de trois écoles, qui délivre un diplôme national français de formation initiale homéopathique. (110)

- La Fédération Nationale des Sociétés Médicales Homéopathiques de France (**FNSMHF**) regroupe plusieurs sociétés proposant un programme de formation continue. (111)

A noter que le Syndicat National des Médecins Homéopathes Français (**SNMHF**) fournit également une liste d'organismes qui ne sont pas encore fédérés par la FNSMHF.

Plus particulièrement destinée aux chirurgiens-dentistes, l'Association Nationale Pour l'Homéopathie Odonto-Stomatologique (**ANPHOS**), agréée par le Conseil National de la Formation Continue Odontologique (CNFCO), propose une formation sur 3 ans avec 2 séminaires de 2 jours par an et des conférences. (112)

- **Hypnose : (113) (114) (115)**

La Confédération Francophone d'Hypnose et de Thérapies Brèves (**CFHTB**) regroupe les Instituts Milton Erickson et des associations de praticiens qui proposent des formations en hypnose pour les professionnels de santé.

- **L'AREPTA-Institut Milton Erickson** de Nantes propose une formation d'hypnose spécifique aux chirurgiens-dentistes.

- **L'association Emergences** (Institut de formation et de recherche en communication thérapeutique de Rennes) propose un programme réparti sur 12 journées permettant au praticien d'établir une communication thérapeutique efficace, d'induire une transe hypnotique et d'utiliser l'auto-hypnose pour améliorer le confort du patient et le sien.

- **L'Institut Français d'Hypnose** (IFH) propose un enseignement de 5 modules de 2 jours pour maîtriser l'hypnoanalgésie et la gestion de l'anxiété.

- **Ostéopathie : (116)**

Les écoles d'ostéopathie agréées par l'Etat sont référencées par l'Association Française d'Ostéopathie (**AFO**). Tout chirurgien-dentiste peut suivre la formation en vue de l'obtention du Diplôme d'Ostéopathie.

Le Conseil National de la Formation Continue Odontologique (CNFCO) a retenu deux organismes dispensant des formations en ostéopathie: le Collège Interdisciplinaire Pour une Approche Globale de l'Odontologie (**CIPAGO**) et la Société Odontologique et

Ostéopathique de Formation (**SOOF**). Le CIPAGO propose des séminaires et conférences sur l'ostéopathie et l'occlusion, la SOOF des formations en orthoposturodentologie.

- **Médecines alternatives**

L'association **ODENTH** (Odontologie Energétique et Thérapeutique) regroupe des chirurgiens-dentistes faisant appel à différentes médecines alternatives dans leur pratique. Son but est de faire connaître et partager des connaissances ; de promouvoir la recherche dans ce domaine. Cette association propose des congrès et des formations en acupuncture, aromathérapie, homéopathie, kinésiologie, neural thérapie, ostéopathie...
(117)

CONCLUSION

La convergence de la médecine conventionnelle et des approches alternatives est une voie exploitable, comme nous l'avons vu à travers le concept de la médecine intégrative ou du modèle centré sur la personne.

Cette médecine replace l'humain au centre de l'intervention : que ce soit l'humain à soigner, l'humain soignant ou accompagnant. De plus, une vision globale du patient permet au praticien d'avoir une approche pluridisciplinaire des troubles qu'il présente et facilite ainsi la collaboration avec d'autres professionnels de santé.

En constante augmentation, le recours aux médecines alternatives ne peut plus être considéré comme marginal et ce, en dépit de nos "œillères" culturelles. En effet, elles font désormais partie intégrante des options thérapeutiques à envisager avec et pour le patient. Ce travail a fait surgir de nombreuses questions. Parmi celles-ci : Qu'attendons-nous de la médecine ? Quels sont les moyens du thérapeute ?

Le recul historique et les résultats cliniques attestent de l'efficacité de certaines pratiques dites alternatives mais le manque de preuves scientifiques, surtout concernant leurs mécanismes d'actions, laisse perdurer un certain scepticisme. Auparavant fondée sur des convictions, le domaine des médecines alternatives tend aujourd'hui à se fonder davantage sur des faits. En effet, en raison de l'engouement des professionnels de santé et des patients pour ces thérapies, la littérature scientifique tend à s'enrichir à ce sujet.

L'OMS propose une véritable politique de développement de ces médecines, en participant au financement de leurs études et en préconisant leur intégration dans les systèmes de soins conventionnels. De nombreux pays, notamment européens reconnaissent leur pratique, favorisent leur développement et incluent leur enseignement dans le cursus initial des études de santé. Malgré l'existence de formations accessibles à tous les professionnels de santé, notamment aux chirurgiens-

dentistes, la France connaît un véritable retard dans l'adoption et la reconnaissance de ces pratiques.

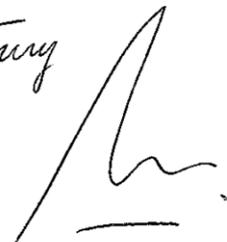
Pourtant, les médecines alternatives présentent de nombreux intérêts et peuvent s'intégrer au cabinet dentaire. Elles contribuent à améliorer le confort du patient par une meilleure prise en charge de la douleur et de l'anxiété, par une limitation des effets indésirables et des interactions médicamenteuses. Elles permettent aussi d'obtenir un suivi, de prévenir l'apparition de pathologies de la cavité buccale chez des patients qui avaient délaissé les soins dentaires par « peur du dentiste ». Ces thérapies ne sont pas seulement bénéfiques pour le patient, elles contribuent aussi pleinement au confort de l'équipe soignante par une meilleure gestion du stress quotidien et l'obtention d'un cadre de travail confortable, calme et détendu pour la réalisation des soins.

L'approche holistique de la santé doit inclure la connaissance scientifique, mais aussi le respect et la reconnaissance du savoir profane du patient. Rabelais n'avait-il pas dit « Science sans conscience n'est que ruine de l'âme » ?

Vu le directeur de thèse,



Vu, le Président
du Jury



ANNEXES

ANNEXE 1 :

Classification des Médecines Alternatives et Complémentaires du National Center for Complementary and Alternative Medicine (NCCAM) aux Etats-Unis

① Systèmes médicaux parallèles :

Ce sont des systèmes complets avec des fondements théoriques et pratiques – conçus en dehors de l’approche biomédicale de l’Occident. Ex :

- Acupuncture et médecine orientale
- Naturopathie : une série éclectique de thérapies et de systèmes naturels qui a pris de l’importance en Amérique du Nord
- Systèmes occidentaux non conventionnels : homéopathie, médecine holistique
- Systèmes indigènes traditionnels : médecine ayurvédique, médecine Kampo, médecine psychique

② Approches corps-esprit :

Méthodes comportementales, psychologiques, sociales et spirituelles explorant la capacité de l’esprit à influencer sur le corps.

Utilisation de l’esprit pour agir sur les mécanismes de guérison. Ex :

- Groupes de soutien
- Thérapies cognitivo-comportementales
- Religion et spiritualité. Par exemple : la guérison spirituelle du cancer
- Art, musique

③ Traitements à fondement biologique :

Utilisation de substances trouvées dans la nature. Ex :

- Phytothérapie ou herboristerie

- Thérapies par régime alimentaire spécial : suppléments alimentaires, aliments thérapeutiques, vitamines.

Par exemple : régime macrobiotique pour les affections parodontales, les produits nutritifs ou diététiques pour les affections bucco-dentaires

- Interventions instrumentales. Ex : repositionnement mandibulaire, électromyographie, traitements orthodontiques, thermographie et sonographie.

④ **Systèmes axés sur le corps et la manipulation :**

Utilisation de la manipulation ou du mouvement d'une ou de plusieurs parties du corps. Ex :

- **Ostéopathie**
- Chiropratique
- Massage et manipulation du corps. Par exemple : thérapies crânio-sacrale, kinésiologie dentaire
- Massothérapie
- Thérapies physiques non conventionnelles. Par exemple les traitements au laser à faible puissance pour les douleurs faciales ou maux de tête.

⑤ **Traitements énergétiques :**

Utilisation de l'énergie corporelle. Ex :

- Qi Gong
- Reiki
- Bioélectromagnétisme, utilisation des champs énergétiques...

ANNEXE 2 :

Données probantes sur les approches complémentaires

- **Ernst E, Pittler MH, Wider B. *The Desktop Guide to Complementary and Alternative Medicine. An evidence-based approach.* 2^e éd. Londres : Hartcourt Publishers ; 2006. 480 p.**

Livre concis et CD-ROM qui présentent une description de 69 traitements, herbes et suppléments, ainsi que les données probantes les concernant. Une deuxième partie traite de 46 maladies et des approches complémentaires pouvant être utilisées pour chacune.

- **Rakel D. *Integrative Medicine.* 2^e éd. Saunders (Elsevier Science) ; 2007. 1238 p.**

Ce livre de médecine intégrative comprend une section sur différents problèmes de santé pour lesquels une approche intégrative est utile. Il y est donc question des approches complémentaires efficaces, mais aussi des modifications du mode de vie, de la nutrition et des traitements pharmacologiques biomédicaux. Les aspects préventifs sont inclus. Les différentes approches proposées sont classées en fonction des données probantes sur l'efficacité et sur l'innocuité. Un excellent ouvrage de référence, aussi disponible en ligne pour les abonnés de MD Consult (www.mdconsult.com).

- **Natural Medicine Complete Database www.naturaldatabase.com**

On y trouve des informations scientifiques sur les produits de santé naturels et les suppléments. Disponibles sous plusieurs formes : livres, abonnements, Internet...

- **Natural Standard www.naturalstandard.com**

Groupe de collaboration internationale reconnu, visant à recueillir et synthétiser des

informations sur les approches complémentaires et les produits de santé naturels selon une méthodologie rigoureuse reposant sur des données probantes. Il propose plusieurs produits, dont un site Internet nécessitant un abonnement gratuit ainsi que plusieurs publications.

- ***www.nlm.nih.gov/medlineplus/druginfo/herb_All.html***

Site Internet du National Library of Medicine et des National Institutes of Health des États-Unis. Contient une section sur les produits de santé naturels préparée par Natural Standard. Le niveau de preuve scientifique des études est précisé.

- ***www.passeportsante.net***

Site Internet dont la mission est d'offrir au grand public des renseignements et des solutions pratiques, fiables et accessibles sur la promotion de la santé, la prévention des maladies et l'utilisation judicieuse des approches complémentaires en lien avec la médecine classique.

Ressources utiles pour les patients

- ***Encyclopédie pratique de la nouvelle médecine occidentale et alternative pour tous les âges. Paris : Robert Laffont ; 2007. 640 p.***

Écrit par des auteurs réputés dans le domaine, ce livre cible un public général. Il s'agit d'un livre de médecine intégrative s'intéressant à la fois aux approches biomédicales et complémentaires. Une première partie traite de maladies courantes en faisant état des approches complémentaires efficaces pour chacune. Dans la seconde partie, les différentes méthodes complémentaires sont abordées selon la classification du National Center for Complementary and Alternative Medicine

- ***Larousse des médecines douces. Paris : Larousse ; 2006. 382 p.***

Ouvrage qui présente cent maladies et leurs traitements possibles ainsi que cinquante traitements utilisés en médecines douces. Ouvrage récent publié par une équipe française, adapté surtout au marché français. Bien illustré. Les auteurs discutent de

l'utilisation sûre des médecines douces et en recommandent l'emploi en complémentarité avec la médecine usuelle. Les traitements ne sont pas présentés en mettant l'accent de façon explicite sur les données probantes.

BIBLIOGRAPHIE

1. Organisation Mondiale de la Santé. Définition de la santé. Préambule À Const L'Organisation Mond Santé. 1948;
2. FALKENBERG T., SAWYER J., ZHANG X. Stratégie de l'OMS pour la Médecine Traditionnelle pour 2002-2005. World Health Organ. 2002;78pp.
3. Smuts JC. Holism and Evolution. Greenwood Press; 1926. 384 p.
4. Holisme [Internet]. Wikipedia. Disponible sur: <https://fr.wikipedia.org/wiki/Holisme>
5. Jan Smuts. In: Wikipédia [Internet]. 2015 [cité 3 oct 2015]. Disponible sur: https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Jan_Smuts&oldid=118127434
6. Cosmogonie. In: Wikipédia [Internet]. 2015 [cité 6 août 2015]. Disponible sur: <https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Cosmogonie&oldid=116983474>
7. GODIN C. La Philosophie Pour les Nuls, Nouvelle édition augmentée. édition revue et augmentée. Paris: First; 2007. 656 p.
8. Monisme. In: Wikipédia [Internet]. 2015 [cité 6 août 2015]. Disponible sur: <https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Monisme&oldid=115235875>
9. Platon. In: Wikipédia [Internet]. 2015 [cité 3 oct 2015]. Disponible sur: <https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Platon&oldid=119092800>
10. Les trois sagesse chinoises - Taoïsme, confucianisme, bouddhisme - Cyrille J.-D. Javary [Internet]. [cité 1 août 2015]. Disponible sur: <http://www.babelio.com/livres/Javary-Les-trois-sagesse-chinoises-Taoisme-confucianis/297090>
11. Lao-tseu. Tao Te King. Paris: Albin Michel; 1984.
12. FENG SHUI les 3 niveaux de l'équilibre [Internet]. strada-dici.com. [cité 11 oct 2015]. Disponible sur: <http://www.strada-dici.com/19910/>
13. Kabbale. In: Wikipédia [Internet]. 2015 [cité 8 nov 2015]. Disponible sur: <https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Kabbale&oldid=120222411>
14. Godin C. Dictionnaire de philosophie. Paris: Fayard; 2004. 1534 p.
15. Grand dictionnaire de la philosophie / sous la dir. de Michel Blay [Internet]. CNRS éd. (Paris); 2003 [cité 8 août 2015]. Disponible sur: <http://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k1200508p>

16. Baruch Spinoza. In: Wikipédia [Internet]. 2015 [cité 3 oct 2015]. Disponible sur: https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Baruch_Spinoza&oldid=118420662
17. Charmide / Lysis: Amazon.fr: Platon, Louis-André Dorion: Livres [Internet]. [cité 10 oct 2015]. Disponible sur: <http://www.amazon.fr/Charmide-Lysis-Platon/dp/2080710060>
18. Patterson EF. The philosophy and physics of holistic health care: spiritual healing as a workable interpretation. *J Adv Nurs*. 1998;27(2):287-93.
19. Herskovits MJ, Vaudou F. Les bases de l'anthropologie culturelle. Payot Paris; 1967.
20. Dubos RJ. Man, medicine, and environment. Praeger New York; 1968.
21. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*. 1977;196(4286):129-36.
22. Apelian N, Vergnes J-N, Bedos C. Humanizing clinical dentistry through a person-centred model. *Int J Whole Pers Care*. 2014;1(2):30-50.
23. Bernard G. What are the basic principles to define general practice, Presentation to Inaugural Meeting of European Society of General Practice. *Fam Med Strasbg*. 1995;
24. McWHINNEY IR. William Pickles Lecture 1996. The importance of being different. *Br J Gen Pract*. 1996;46(408):433-6.
25. Europe W. La définition européenne de la médecine générale-médecine de famille. Coord Rédactionnelle Trad En Fr Prof Pestiaux Cent Univ Médecine Générale UCL Brux Belg. 2002;
26. N° 3507 - Rapport d'enquête de M. Philippe Vuilque relative à l'influence des mouvements à caractère sectaire et aux conséquences de leurs pratiques sur la santé physique et mentale des mineurs [Internet]. [cité 12 août 2015]. Disponible sur: <http://www.assemblee-nationale.fr/12/rap-enq/r3507.asp>
27. Davidoff F, Haynes B, Sackett D, Smith R. Evidence based medicine. *BMJ*. 1995;310(6987):1085.
28. Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ*. 13 janv 1996;312(7023):71-2.
29. The PLoS Medicine Editors. Best Practice in Systematic Reviews: The Importance of Protocols and Registration. *PLoS Med*. 22 févr 2011;8(2):e1001009.
30. Rueff D, Montagnier L. Mieux que guérir : Les bénéfices de la médecine intégrative. Paris: Josette Lyon; 2011. 244 p.
31. Castiglioni A. Histoire de la Médecine. Payot. Paris; 1931.
32. Aulas J-J. Les médecines douces : Des illusions qui guérissent. Editions Odile Jacob. Paris: Editions Odile Jacob; 1993. 301 p.

33. intégrée CD médecine, Servan-Schreiber D. Encyclopédie pratique de la nouvelle médecine occidentale et alternative pour tous les âges. Paris: Robert Laffont; 2007. 640 p.
34. Ruffié J. Traité du vivant. Flammarion; 1986. 350 p.
35. Abrégé d'histoire de la médecine - Roger Rullière - Masson [Internet]. [cité 2 oct 2015]. Disponible sur: <https://www.librairie-obliques.fr/livre/1696884-abrege-d-histoire-de-la-medecine-roger-rulliere-masson>
36. IMHOTEP [Internet]. [cité 3 oct 2015]. Disponible sur: <http://egyptolog.chez.com/imotep.html>
37. Asclepios [Internet]. Flickr - Partage de photos ! [cité 3 oct 2015]. Disponible sur: <https://www.flickr.com/photos/55084911@N06/5227964396/>
38. Hippocrate. In: Wikipédia [Internet]. 2015 [cité 3 oct 2015]. Disponible sur: <https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Hippocrate&oldid=118728285>
39. Ernst E, Pittler MH, Stevinson C, White A, Collectif. Médecines alternatives : le guide critique. Paris: Elsevier Masson; 2004. 504 p.
40. Fédération des médecins omnipraticiens du Québec. La médecine intégrative. Le médecin du Québec [Internet]. janv 2008;43(1). Disponible sur: <http://www.fmoq.org/Lists/FMOQDocumentLibrary/fr/Le%20M%C3%A9decin%20du%20Qu%C3%A9bec/Archives/2000%20-%202009/019Intro0108.pdf>.
41. *La Leçon d'anatomie du docteur Tulp*. In: Wikipédia [Internet]. 2015 [cité 3 oct 2015]. Disponible sur: https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=La_Le%C3%A7on_d%27anatomie_du_docteur_Tulp&oldid=118123160
42. l'Esnonne B des savoirs du C général de. Schéma des points d'acupuncture [Internet]. [cité 3 oct 2015]. Disponible sur: <http://www.savoirs.essonne.fr/sections/ressources/dessins-schemas/photo/schema-des-points-dacupuncture/?cHash=2a9244f12814240fe015b768d637705b>
43. Subluxation et chiropratique Aix en Provence - Les différentes subluxations vertébrales [Internet]. [cité 3 oct 2015]. Disponible sur: <http://www.chiropratique-nsa.com/subluxation.php>
44. Organisation Mondiale de la Santé. Médecine traditionnelle : définition. Principes méthodologiques généraux pour la recherche et l'évaluation de la médecine traditionnelle. 2000;
45. National Center for Complementary & Alternative Medicine | NCCAM [Internet]. [cité 26 juin 2014]. Disponible sur: <http://nccam.nih.gov/>
46. Stephen Barrett. Méfiez-vous des traitements alternatifs [Internet]. [cité 25 juin 2014]. Disponible sur: <http://www.johnweisnagelmd.com/mefvsrxalt.html>

47. Tataryn DJ, Verhoef MJ. Intégration de l'approche conventionnelle et des approches complémentaires et parallèles en santé: Vision d'une démarche. Santé Can Perspect Sur Approch Complément Parallèles En Santé Recl Textes Préparés À Intent Santé Can P VII. 2002;
48. Park J. Le recours aux soins de santé non traditionnels. Rapp Sur Santé. 2005;16(2):41-4.
49. Ernst E, Dixon A. Alternative medicines in Europe. In: Mossialos E, Mrazek M, Walley T, éditeurs. Regulating Pharmaceuticals in Europe: Striving for Efficiency, Equity and Quality [Internet]. Maidenhead, UK: Open University Press; 2004 [cité 11 sept 2014]. p. 307-22. Disponible sur: <http://eprints.lse.ac.uk/19961/>
50. GOLDSTEIN BURTON H. La dentisterie non conventionnelle: Partie I. Introduction. Journal de L'Association Dentaire Canadienne. 1999;
51. GOLDSTEIN BURTON H. La dentisterie non conventionnelle: Partie III. Les questions de droit et de réglementation. Journal de l'association dentaire canadienne. 2000;
52. Ifop - Les Français et les médecines naturelles [Internet]. [cité 10 août 2015]. Disponible sur: http://www.ifop.com/?option=com_publication&type=poll&id=464
53. Médecine non conventionnelle. In: Wikipédia [Internet]. 2015 [cité 6 août 2015]. Disponible sur: https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=M%C3%A9decine_non_conventionnelle&oldid=114804881
54. Vieu S, Pomar P. Empirisme et sciences des médecines traditionnelles dans leur pratique en odonto-stomatologie. [S.l.]: s.n.; 2007.
55. Dixon A. Regulating complementary medical practitioners. Medicine (Baltimore). 2008;
56. Busse JW, Heaton G, Wu P, Wilson KR, Mills EJ. Disclosure of Natural Product Use to Primary Care Physicians: A Cross-sectional Survey of Naturopathic Clinic Attendees. Mayo Clin Proc. 1 mai 2005;80(5):616-23.
57. Ernst E. Towards Quality in Complementary Health Care: is the German « Heilpraktiker » a Model for Complementary Practitioners? Int J Qual Health Care. 1996;8(2):187-90.
58. Fontaine J. Médecin des trois corps. Robert Laffont; 2012.
59. Willms L, Pierre-Hansen NS. Blending in Is integrative medicine the future of family medicine? Can Fam Physician. 8 janv 2008;54(8):1085-7.
60. Janssen T. La solution intérieure: vers une nouvelle médecine du corps et de l'esprit. Fayard; 2006.

61. Avenel D, Grandi M. Une approche méconnue des médecines alternatives : On ne peut soigner sans connaître la cause profonde de la maladie. Paris: Editions du Dauphin; 2004. 232 p.
62. Lannoye P. Rapport sur le statut des médecines non conventionnelles de la Commission de l'environnement, de la santé publique et de la protection des consommateurs. Parlem Eur. 1997;
63. Ersdal G, Ramstad S. How are European patients safeguarded when using complementary and alternative medicine (CAM)? Jurisdiction, supervision and reimbursement status in the EEA area (EU and EFTA) and Switzerland. CAM-Cancer Proj 28 Oct 2005 Available Wwww Cam-Cancer Orgmodproductuploadscamcancerlegalreport 28FINAL 29 Pdf. 2007;
64. L'homéopathie réservée aux médecins, dentistes et sages-femmes - LegalWorld - Jura - Wolters Kluwer [Internet]. [cité 11 nov 2015]. Disponible sur: <http://www.legalworld.be/legalworld/content.aspx?id=75662&LangType=2060>
65. Quelle réponse des pouvoirs publics à l'engouement pour les médecines non conventionnelles ? (Note d'analyse 290 - Octobre 2012) [Internet]. [cité 10 août 2015]. Disponible sur: <http://archives.strategie.gouv.fr/cas/content/quelle-reponse-des-pouvoirs-publics-lengouement-pour-les-medecines-non-conventionnelles-note.html>
66. Magny J-C, Harvey G. Pour une Approche Intégrée en Santé: Vers un Nouveau Paradigme. PUQ; 2008. 154 p.
67. Albonico H, Ferroni B. Etude sur l'homéopathie: anatomie d'une opération statistique. Bull Médecins Suisses Schweiz Ärztztg Boll Dei Medici Svizzeri. 2006;87:45.
68. de la Santé OM. Médecine traditionnelle. Cent Médias Aide Mém. 2003;(135).
69. Beriault M, Larivee S, Cote G. Servan-Schreiber, D.(2003). Guérir le stress, l'anxiété et la dépression sans médicaments ni psychanalyse. Paris: Editions Robert Laffont. Rev Psychoeduc. 2004;33(1):273-80.
70. Andrew W. Le corps médecin : Comment développer son potentiel d'autoguérison. Godefroy. La Ferrière-sur-Risle: Godefroy; 2000. 573 p.
71. Morin E. La Voie: Pour l'avenir de l'humanité. Paris: Fayard/Pluriel; 2012.
72. Michel DONGOIS. ACTMD / ACDM - Synergie thérapeutique en Amérique du Nord [Internet]. [cité 9 août 2015]. Disponible sur: <http://www.actmd.org/articles/200501synergietherapeutiquee.htm>
73. Barasch H. Guérisons remarquables. Robert Laffont. Paris: Robert Laffont; 1998. 325 p.
74. MTCd [Internet]. Médecine Traditionnelle Chinoise. [cité 3 oct 2015]. Disponible sur: <http://www.mtcd.fr>

75. Rosted P. The use of acupuncture in dentistry: a review of the scientific validity of published papers. *Oral Dis.* 1998;4(2):100-4.
76. Rosted P. Practical recommendations for the use of acupuncture in the treatment of temporomandibular disorders based on the outcome of published controlled studies. *Oral Dis.* 2001;7(2):109-15.
77. Rosted P, Bundgaard M, Fiske J, Pedersen AML. The use of acupuncture in controlling the gag reflex in patients requiring an upper alginate impression: an audit. *Br Dent J.* 2006;201(11):721-5.
78. NGUYEN J, GERLIER J, GORET O. Recherche documentaire et évaluation en acupuncture.
79. Organization WH. Acupuncture: review and analysis of Reports on Controlled Clinical Trials. 2003. WHO Geneva. 2013;
80. Nguyen-Van-Nghi null. Acupuncture anesthesia; concerning the first 50 cases conducted in France. *Am J Chin Med.* janv 1973;1(1):135-42.
81. Rösler A, Otto B, Schreiber-Dietrich D, Steinmetz H, Kessler KR. Single-needle acupuncture alleviates gag reflex during transesophageal echocardiography: a blinded, randomized, controlled pilot trial. *J Altern Complement Med.* 2003;9(6):847-9.
82. Chengjiang|CV24|RN24 [Internet]. [cité 10 oct 2015]. Disponible sur: <http://www.acucn.com/en/acupoint/cv/201101/332.html>
83. Franchomme P, Penoel D. L'aromathérapie exactement. *Encycl Util Thérapeutique Huiles Essent R JOLLOIS Éd Limoges Fr.* 1990;
84. Hego J. L'homéopathie en pratique odonto-stomatologique. Boiron; 2002.
85. Varma D. Le point sur l'hypnose en odontologie. *Chir Dent Fr.* 2005;75(1223):45-54.
86. Brisseaux JC, Varma D. Une approche de l'hypnose médicale en art dentaire. *Inf Dent.* 1992;74:3067-3067.
87. Ricard F. *Traité de médecine ostéopathique du crâne et de l'articulation temporomandibulaire.* Elsevier Health Sciences; 2010.
88. Willem G. *Manuel de posturologie.* Éditions Frison-Roche Gap. 2004;
89. Labels bio, AB, Ecocert, Eco Garantie, Cosmébio, Cosmétique Eco, BDIH, HECT, Nature et Progrès - Arôme essentiel [Internet]. [cité 10 oct 2015]. Disponible sur: <http://www.aroma-essentiel.fr/fr/espace-conseil-pranarom-huile-essentielle-bio/labels-bio-ecocert-hect-ab-cosmebio-bdih1.html#.Vh1P-qL5yqA>

90. +Bruno. Achat huiles essentielles : 5 critères importants avant d'acheter [Internet]. Huile Essentielle : Nos recettes et conseils. [cité 10 oct 2015]. Disponible sur: <http://huiles-essentielles-aromatherapie.eu/achat-huiles-essentielles/>
91. Margossian G. Les nouveaux métiers du bien-être. Ellébore éd.; 2007. 244 p.
92. DERLAN C. L'exercice illégal de la médecine [Internet]. 2010 [cité 10 oct 2015]. Disponible sur: http://www.scpdelran.fr/node/10462#.VhjTEKL5w_U
93. DIU Acupuncture Scientifique - Presentation [Internet]. [cité 8 nov 2015]. Disponible sur: http://www.acuscience.com/AcuScience/DIU_Acupuncture_Scientifique_-_Presentation.html
94. DU Phytothérapie clinique [Internet]. [cité 8 nov 2015]. Disponible sur: <http://www.smbh.univ-paris13.fr/formations/du-diu/69-medecines-complementaires/235-du-de-pratique-medicale-en-phytotherapie-.html>
95. DIU Phytothérapie, aromathérapie: données actuelles, limites / Pharmacie d'officine / Pharmacie / Formations / Formation continue Université Paris Descartes - Site de formation Descartes [Internet]. [cité 8 nov 2015]. Disponible sur: [http://www.scfc.parisdescartes.fr/index.php/descartes/formations/pharmacie/pharmacie-d-officine/diu-phytotherapie-aromatherapie-donnees-actuelles-limites/\(language\)/fre-FR](http://www.scfc.parisdescartes.fr/index.php/descartes/formations/pharmacie/pharmacie-d-officine/diu-phytotherapie-aromatherapie-donnees-actuelles-limites/(language)/fre-FR)
96. DANTAS A. Université de Nantes - UFR Pharmacie - D.U. Homéopathie [Internet]. [cité 8 nov 2015]. Disponible sur: http://www.pharmacie.univ-nantes.fr/1979/0/fiche__formation/
97. DU Homéopathie - Université Angers [Internet]. [cité 8 nov 2015]. Disponible sur: <http://www.univ-angers.fr/fr/formation/offre-de-formation/DUC3/0004/pduho-1.html>
98. DIU Homéopathie / Pharmacie d'officine / Pharmacie / Formations / Formation continue Université Paris Descartes - Site de formation Descartes [Internet]. [cité 8 nov 2015]. Disponible sur: [http://www.scfc.parisdescartes.fr/index.php/descartes/formations/pharmacie/pharmacie-d-officine/diu-homeopathie/\(language\)/fre-FR](http://www.scfc.parisdescartes.fr/index.php/descartes/formations/pharmacie/pharmacie-d-officine/diu-homeopathie/(language)/fre-FR)
99. Homéopathie et Thérapeutique Homéopathique | Unité Mixte de Formation Continue en Santé [Internet]. [cité 8 nov 2015]. Disponible sur: <https://umfcs.univ-amu.fr/notre-catalogue/par-type-de-formation/formations-diplomantes/homeopathie-et-therapeutique>
100. Formation - DU Hypnose médicale - Toulouse – Haute-Garonne | RéseauProSante.fr [Internet]. [cité 8 nov 2015]. Disponible sur: <http://www.reseauprosante.fr/offres/formation-du-hypnose-medicale-toulouse-haute-garonne-6476>

101. Faculté de Médecine de Montpellier-Nîmes - Formation Continue en Santé - Diplôme interuniversitaire : Hypnose médicale clinique et thérapeutique [Internet]. [cité 8 nov 2015]. Disponible sur: <http://du.med.univ-montp1.fr/fmc/diu-hypnose-medicale-clinique-et-therapeutique-66.html>
102. Diplôme universitaire d'hypnose médicale Paris VI | AFEHM [Internet]. [cité 8 nov 2015]. Disponible sur: <http://www.hypnose-medicale.com/diplome-universitaire-dhypnose-medicale-paris-vi>
103. Diplôme d'Université Hypnose médicale [Internet]. Nub - Nouvelle Université de Bordeaux. [cité 8 nov 2015]. Disponible sur: http://www.u-bordeaux.fr/formation/PRSUF02_71/diplome-d-universite-hypnose-medicale
104. Occlusodontie - D.U. Clinique en Thérapeutique Occlusodontique et Ostéopathique - Dental Club de France [Internet]. [cité 8 nov 2015]. Disponible sur: http://www.dentalclubdefrance.com/index.php/site_content/45-occlusodontie/48-d-u-clinique-en-therapeutique-occlusodontique-et-osteopathique#.Vj95_8rGk_U
105. FAFORMEC Introduction [Internet]. [cité 8 nov 2015]. Disponible sur: <http://www.acupuncture-medic.com/index.php3>
106. CFMTC - Actualité [Internet]. [cité 8 nov 2015]. Disponible sur: <http://www.cfmtc.fr/>
107. Société médicale d'acupuncture traditionnelle chinoise - Accueil [Internet]. [cité 8 nov 2015]. Disponible sur: <http://www.smatc.com/>
108. Association des usagers de la phytothérapie clinique, de l'aromathérapie et de l'endobiogénie [Internet]. [cité 8 nov 2015]. Disponible sur: <http://www.phyto2000.org/>
109. Huiles essentielles et aromathérapie par Pranarôm [Internet]. [cité 8 nov 2015]. Disponible sur: <http://www.pranarom.com/>
110. Présentation | INHF [Internet]. [cité 8 nov 2015]. Disponible sur: <http://www.inhfparis.com/ecole-de-formation/pr%C3%A9sentation>
111. FNSMHF - FNSMHF - homéopathie française [Internet]. [cité 8 nov 2015]. Disponible sur: <http://www.homeopathie-medicale.fr/>
112. Anphos - Association Nationale Pour l'Homéopathie Odonto Stomatologique [Internet]. [cité 8 nov 2015]. Disponible sur: <http://www.anphos.fr/>
113. PSYCHOTHERAPIE ACTIVE - Actualités [Internet]. [cité 8 nov 2015]. Disponible sur: <http://imhena.com/>
114. Emergences - Institut de Formation et de Recherche en Hypnose et Communication Thérapeutique [Internet]. Emergences. [cité 8 nov 2015]. Disponible sur: <http://www.hypnoses.com>

115. Institut Français d'Hypnose (IFH) - Formation à l'hypnose [Internet]. [cité 8 nov 2015]. Disponible sur: <http://www.hypnose.fr/>
116. Afosteo Accueil - Afosteo [Internet]. [cité 8 nov 2015]. Disponible sur: <http://www.afosteo.org/>
117. Odenth - Accueil [Internet]. [cité 8 nov 2015]. Disponible sur: <http://www.odenth.com/>

PLACE DU HOLISME DANS LA DENTISTERIE CONTEMPORAINE

RÉSUMÉ EN FRANÇAIS :

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, « *dans les pays développés, les médecines traditionnelles, complémentaires et parallèles connaissent un succès croissant* ». Cela traduit un réel engouement de la part des patients et praticien pour une approche différente de celle que la médecine conventionnelle peut leur proposer.

L'objectif de ce travail est de comprendre ce que sont réellement les médecines alternatives et en quoi elles questionnent l'humanisme de notre médecine.

La convergence de la médecine conventionnelle et des approches alternatives est une voie exploitable, comme nous le verrons à travers le concept de la médecine intégrative ou du modèle centré sur la personne.

Enfin, certaines formes de médecines alternatives, comme l'acupuncture, l'hypnose, l'aromathérapie et l'ostéopathie sont plus spécifiquement applicables au cabinet dentaire.

TITRE EN ANGLAIS : Holism in contemporary dentistry

DISCIPLINE ADMINISTRATIVE : Epidémiologie

MOTS-CLÉS :

Holisme, médecine intégrative, médecines alternatives, médecine traditionnelle, modèle centré sur la personne, hypnose, acupuncture, aromathérapie, homéopathie, ostéopathie.

INTITULÉ ET ADRESSE DE L'UFR :

Université Toulouse III – Paul Sabatier
Faculté de Chirurgie Dentaire
3, Chemin des Maraîchers
31062 TOULOUSE CEDEX

DIRECTEUR DE THÈSE : Docteur Jean-Noël VERGNES