



Médecines Complémentaires et Alternatives (MCA) : Proposition d'une **dé**inition et d'une catégorisation de références

Complementary and alternative Medicine: Propositions for a **dé**inition and categorisation of references

Véronique Suissa¹, Serge Guérin², Philippe Denormandie³, Marie-Carmen Castillo¹, Antoine Bioy¹

1. Université Paris 8, Laboratoire de Psychopathologie et Neuropsychologie (LPN), Université Paris 8, 2, rue de la Liberté, 93200 Saint-Denis

2. Insec SBE, Paris

3. Nehs, Paris

veroniquesuissa@gmail.com

Résumé

Objet : Cet article vise à proposer une définition et une catégorisation des médecines complémentaires et alternatives (MCA). En effet, l'absence de critères précis de définition limite la compréhension de ce mouvement hétérodoxe et des pratiques qui en sont issues.

Objectifs : Ce travail répond à un objectif triptyque visant à apporter des repères, à la fois aux usagers, aux professionnels de santé tout en proposant un référentiel commun pour la recherche.

Méthode et matériel : L'élaboration de la définition s'est appuyée sur l'analyse de 62 publications francophones issues des sciences médicales et pharmacologiques, des sciences humaines et sociales ainsi que des sciences politiques et juridiques. La mise en œuvre de la catégorisation a reposé sur l'analyse de 9 classifications nationales et internationales. Après avoir synthétisé l'ensemble des corpus, nous avons procédé à une analyse critique permettant de mettre en lumière les lignes de force et les limites des différentes définitions et classifications. Nous avons ensuite répertorié les principaux éléments structurants des MCA permettant de les conceptualiser (définition) et de les délimiter (catégorisation).

Résultats : L'analyse des publications apporte des repères théoriques structurants mais pointe la logique de segmentation des approches conceptuelles et le cloisonnement de la pensée qui en découle. L'analyse des classifications montre une tentative utile d'objectivation de ces recours mais révèle la difficulté d'établir une délimitation hermétique des pratiques.

Conclusion : La définition et la catégorisation proposées constituent deux outils utiles pour les usagers, les soignants et les chercheurs, contribuant ainsi à la structuration de ce champ.

Mots-clés

Médecines complémentaires et alternatives (MCA) ; Proposition de définition ; Proposition de catégorisation

Abstract

Purpose: This article aims to propose a *definition* and categorization of complementary and alternative medicine (MCA). Indeed, the absence of precise *definition* criteria limits the understanding of this heterodox movement and of the practices which have resulted from it. **Objectives:** Thus, this work responds to a triptych objective aimed at providing benchmarks, both to users, to health professionals while proposing a common reference for research.

Method and material: The development of the *definition* was based on the analysis of 62 French-language publications from the medical and pharmacological sciences, the human and social sciences as well as the political and legal sciences. The implementation of the categorization was



based on the analysis of 9 national and international *classifications*. After having synthesized all the corpora, we proceeded to a critical analysis allowing to highlight the main lines and the limits of the different *definitions* and *classifications*. We then listed the main structuring elements of MCA allowing to conceptualize them (*definition*) and delimit them (*classification*).

Results: The analysis of the publications provides theoretical benchmarks structuring but points to the logic of segmentation of the conceptual approaches and the compartmentalization of the thought which results from it. Analysis of the *classifications* shows a useful attempt to objectify these remedies but reveals the *difficulty* of establishing a hermetic delimitation of *practices*.

Conclusion: The proposed *definition* and *classification* are two useful tools for users, caregivers and researchers, thus helping to structure this *field*.

Keywords

Complementary and Alternative Medicine (CAM); Suggested *definition*; Proposed categorization

Introduction

L'essor des MCA traduit l'évolution conceptuelle du soin et de l'accompagnement centrés sur les besoins individuels en réponse à une demande croissante de la société [1, 2]. Cela étant, l'absence de définition opératoire et de classification de référence constitue une limite à la fois d'un point de vue sociétal, scientifique, médical et politique. Face à l'engouement de la population française pour ces pratiques de soins [3], la difficulté de les définir représente un risque pour les usagers et particulièrement pour les personnes fragilisées par la maladie [4, 5]. En effet, face à la multiplication des MCA et à la diversité des propositions thérapeutiques hétérodoxes, il demeure complexe de s'orienter de façon objective et optimale. Dans la mesure où une même pratique peut être dispensée par un professionnel de santé, un praticien hétérodoxe dûment ou insuffisamment formé, voire un charlatan, la grille de lecture est peu aisée pour l'utilisateur... Bien la définir permettrait aussi de mieux informer et contribuer à donner des repères plus clairs et stables. Sur le plan de la recherche, le manque de consensus conceptuel participe aux amalgames et à la difficulté de déterminer clairement leur place dans le champ de la science. En effet, la multiplicité des pratiques et de leurs fondements théoriques, complexifie la compréhension de ce mouvement refermant conjointement des méthodes validées et sécurisées, insuffisamment éprouvées, douteuses, voire dangereuses. Dans ce contexte, la littérature est nécessairement segmentée pointant soit les bénéfices, soit les risques et les dérives [2]. Ce constat renforce la confusion et implique de développer des critères de délimitation permettant de mieux saisir la complexité des liens entretenus entre les MCA et la médecine officielle [5, 6]. Si certains critères de définitions émergent, la multi-référentialité de ce champ conduit nécessairement à une variété d'approches conceptuelles issues des sciences médicales [7-9], socio-anthropologiques [10-12] psychologiques [13-16], politico-juridiques [17-20]. Ainsi, la logique de cloisonnement à l'œuvre est incontestablement vouée à l'échec puisqu'elle segmente les approches et limite la possibilité de saisir ce mouvement dans son ensemble. De la même façon, si les classifications actuelles permettent de discerner un ensemble de pratiques selon « leurs natures », la tentative d'objectivation ne dit rien des bénéfices ou des risques potentiels des MCA puisque les impacts de ces recours sont liés à une diversité de critères subjectifs exclus des approches conceptuelles. De plus, la majorité des classifications sont issues des pays anglo-saxons tandis qu'en France, elles émergent quasi-exclusivement en oncologie, secteur pionnier dans le domaine. Or, le recours aux MCA concerne la société dans son ensemble et les malades dans leur diversité. Ainsi, la définition et la catégorisation des MCA constituent deux enjeux majeurs à la fois pour la recherche, la médecine et la société. Pour les usagers des MCA, cette classification permettrait de clarifier ce qui relève d'une MCA insérée dans le champ de la santé ou ce qui relève éventuellement d'un mouvement sectaire. Elle serait également le moyen de donner des outils aux professionnels de santé dans une logique d'orientation adaptée et sécurisée. Enfin, elle permettrait à la recherche de s'appuyer sur un référentiel commun.

Approche méthodologique et matériel

Afin de définir le concept de MCA, nous avons procédé à une recherche exploratoire centrée sur les études dans lesquelles une réflexion sur la définition était développée. L'objectif étant de proposer une définition nationale, la démarche a consisté à se focaliser sur les études françaises ou francophones. Par ailleurs, la multi-référentialité des MCA et son impact direct sur le processus de conceptualisation, nous ont amené à préférer une sélection des études en fonction des différents champs d'investigation. Ainsi,



nous avons exploré un ensemble de recherches issues des sciences médicales et pharmacologiques, des sciences humaines et sociales (approches : socio-anthropologiques et psychologiques) et des sciences politico-juridiques. Au total, 62 études francophones ont été sélectionnées en sciences médicales et pharmacologiques (n=25), en sciences humaines et sociales (n=26) et en sciences politico-juridiques (n=11). Pour ce faire, nous avons utilisé trois moteurs différents de recherche scientifiques généraux (Google scholar, Cairn et Medline) ainsi qu'un moteur de recherche scientifique spécifique aux MCA (Hegel). L'objectif étant de croiser les différentes approches conceptuelles francophones, nous avons recentré notre recherche en langue française en indiquant les mots clés suivants : 1) « définition des médecines complémentaires et alternatives en sciences médicales et pharmacologiques » (entre 112 et 8 020 publications) ; 2) « [...] en sciences humaines et sociales » (entre 5 596 et 17 800 publications) ; 3) « [...] en sciences politiques et juridiques » (entre 596 et 16 300 publications). Au bilan, parmi les 130 publications analysées, 68 ont été exclues soit parce qu'elles se concentraient sur une MCA spécifique soit parce qu'elles ne développaient pas de réflexion autour de la définition des MCA. Afin de classer les MCA, les principales nomenclatures existantes ont été répertoriées. Au total, 9 classifications ont été sélectionnées. Le manque de classification nationale et souvent appliquée au secteur spécifique de l'oncologie a conduit à inclure les classifications internationales. Les classifications internationales (n=4) et nationales (n=5) ont ainsi été distinguées.

Objectifs

Il s'agit de proposer une définition et une catégorisation de références appliquées aux MCA. La conceptualisation des MCA a pour objectifs d'apporter des repères dans une perspective triptyque :

- ▶ aux usagers, pour une utilisation adaptée et sécuritaire ;
- ▶ aux professionnels de santé, pour une orientation personnalisée ;
- ▶ à la recherche, pour un référentiel commun.

Étapes de la recherche

Dans un premier temps, une analyse croisée des corpus a été réalisée afin d'en proposer une synthèse générale. Plus spécifiquement, les différentes approches conceptuelles francophone des MCA ont été présentées selon leur champ d'inscription (sciences : médicales et pharmacologiques, humaines et sociales, politico-juridiques). Afin d'en alléger la lecture, la liste des études sélectionnées se situe en annexe. Dans un second temps, une analyse croisée des différentes classifications existantes nationales ou internationales a été effectuée, afin de mettre en évidence les différents modes de catégorisation des MCA. La liste des classifications sélectionnées se situe également en annexe. Dans un troisième temps, nous avons mené une réflexion axée sur une analyse critique issue des différentes approches conceptuelles et des classifications sur lesquelles nous nous sommes appuyés. Cette démarche a permis de mettre en lumière les points de divergences entre les approches mais également une variété de limites et de biais freinant l'élaboration d'une définition ou d'une catégorisation optimale. Enfin, à partir des différents éléments soulevés dans le cadre de notre réflexion, les dimensions structurantes de la définition et la classification ont été introduites avant d'être présentées à la fin de la discussion. À ce titre, notons que le processus d'élaboration de définition et de classification des MCA a été amorcé dans le cadre de notre recherche doctorale [2]. En outre, cette étude s'inscrit dans le prolongement de nos travaux dont l'objet de recherche nous a conduits à développer une réflexion théorico-clinique centrée sur les critères de définition et de classification des MCA.

Présentation des résultats : analyse des corpus

Focus sur les approches conceptuelles

En sciences médicales et pharmacologiques

Les études médicales et pharmacologiques, souvent de nature quantitative, visent principalement à identifier la place des MCA chez des personnes touchées par la maladie [21-24] notamment en oncologie [25-29]. Elles cherchent ainsi à « quantifier » des pratiques et à apporter des éléments d'information relatifs aux MCA et à leurs usagers (ex. : prévalence de recours, motivations, etc.). Les études médicales développant une réflexion sur la conception des MCA sont plutôt rares [30-34] avec une discussion



généralement centrée sur l'acceptation ou le rejet du concept de « médecines » pour qualifier les MCA [35]. De façon générale, ce type d'études s'appuie sur diverses classifications existantes ou sur un ensemble restreint de méthodes intégrées dans la pratique ou l'enseignement médical. Par exemple, les MCA répertoriées dans l'étude de Mayer-Lévy C. [23] n'ont concerné que les disciplines enseignées dans les facultés de médecine. De fait, elles se focalisent sur la dimension de complémentarité des MCA et excluent généralement les usages alternatifs - hormis lorsque de rares études sont centrées sur la question des dérives en santé [36, 37]. Dans cette optique, certaines études mettent en lumière la dimension intégrative des MCA [38]. Si aucune classification ne fait actuellement référence, la liste de MCA établie par l'AP-HP¹ constitue un référentiel des pratiques intégrées en son sein [39]. Ainsi, ces recherches visent à objectiver les recours, essentiellement complémentaires et à mettre en lumière les bénéfices perçus par les malades, souvent considérés comme un effet placebo [40, 35].

En sciences humaines et sociales

En sciences sociales, les approches socio-anthropologiques interrogent la conception des MCA dans leur ensemble en se centrant sur l'évolution du soin et des représentations sociales [41-43]. Elles mettent ainsi en lumière la diversité des pratiques et le sens qu'elles peuvent revêtir pour les malades [44-46] ou les soignants [47]. Ce type d'approches ne cherche pas tant à questionner « la pratique » mais plutôt le rapport qu'elle entretient avec des individus inscrits dans un contexte social et culturel particulier. Ces recherches soulèvent un constat commun : les orientations hétérodoxes des malades sont multiples et hétérogènes complexifiant la compréhension de ce mouvement [48, 41]. D'un point de vue conceptuel, ce pluralisme thérapeutique est envisagé comme l'expression d'une mouvance culturelle « [...] qui s'exprime par la mobilité croissante des personnes, des savoirs, des pratiques [...] » [42]. Ces études pointent le caractère dynamique de ce mouvement et, par extension, la complexité de définir et de classer les pratiques qui y sont associées « [...] la labellisation de recours non conventionnel ne peut pas se satisfaire d'une nomenclature et d'une typologie objective. » [41]

En sciences humaines, les approches psychologiques se centrent davantage sur l'usager plutôt que sur « la pratique ». Elles explorent les caractéristiques plurielles des usagers en considérant les dimensions psychiques et relationnelles des recours. Elles s'attachent à considérer le contexte singulier de l'individu en le mettant en perspective avec son système de valeurs et de croyances, perçu comme un facteur intrinsèque aux MCA [49, 2]. Elles développent des réflexions éthiques, qu'elles soient appuyées par les questions de liberté des soins, d'une logique d'individualisation de la prise en charge ou encore de la reconnaissance du malade, au-delà de sa maladie [50]. Aussi, elles pointent les besoins et les attentes des malades en lien avec les MCA et, plus largement, en matière d'accompagnement. De ce point de vue, les MCA sont explorées à partir du vécu expérientiel de l'usager et de la singularité de la relation au praticien. Elles distinguent généralement les pratiques issues du champ du non conventionnel (ex. : qi gong, tai-chi) de celles s'inscrivant dans la pratique médicale et paramédicale (ex. : diététique, kinésithérapie). Plus rarement, les MCA sont approchées au même titre que les thérapies non médicamenteuses validées (ex. : kinésithérapie), mêlant alors « conventionnel et non conventionnel » [51]. Dans cette optique, ce n'est plus tant leur champ d'inscription singulier qui constitue un point de repère, mais le caractère non médicamenteux des pratiques.

En sciences politico-juridiques

Ces études pointent avant tout les carences juridiques au sujet des MCA et leurs répercussions dans les rapports entretenus entre la médecine et les MCA : « [...] les pouvoirs publics ne répondent ni aux souhaits des patients, ni aux exigences des professionnels de la santé. » [40]. Les MCA sont quasi-exclusivement approchées sous l'angle de leurs conceptions déviantes [52, 53], permettant ainsi de rendre compte de la dimension sectaire de certaines pratiques. Ces études s'appuient sur des classifications spécifiques rassemblant un ensemble hétérogène de méthodes dangereuses. En outre, elles attirent l'attention sur une variété de risques : désinformation, manque de formation des praticiens, pratiques charlatanesques, manipulation mentale, etc. Dans cette optique, elles apportent des repères relatifs aux critères de dérives (théoriques, thérapeutiques, sectaires). Elles soulèvent également une inégalité de traitements juridiques entre médecine officielle et médecine non conventionnelle, cette dernière étant soumise à de moindres contraintes (ex : absence d'obligation de se soumettre au secret médical). Dans une approche contraire, l'insuffisance des droits des praticiens hétérodoxes est également pointée comme une limite juridique [54].

1. Assistance publique – Hôpitaux de Paris.



Focus sur les **classifications**

Les approches internationales

Les tentatives de classification internationales sont diverses, chacune incluant ou non certaines MCA selon des spécificités typologiques telles que le mode d'administration [55], la modalité principale d'utilisation [56], ou encore la nature de la pratique [57, 58]. Par exemple, aux États-Unis, la classification de la NCCAM² [57] est la plus utilisée, répertoriant les MCA en cinq catégories en fonction de leur nature. Manheimer [55], synthétise, quant à lui, une classification dans laquelle il distingue trois catégories en fonction du mode d'administration : l'auto-administration (ex. : plantes) l'administration par un tiers praticien (ex. : homéopathie), l'auto-administration avec supervision périodique (ex. : yoga). Plus spécifiquement en oncologie, la classification de Rosenthal D.S. et Schraub S. [56] répertorie les MCA en cinq catégories selon la modalité d'utilisation (complémentaire ou alternative).

Les approches nationales

En France, les classifications sont plus rares et généralement centrées sur le secteur de l'oncologie au sein duquel les MCA sont particulièrement prisées par les malades [59, 60]. Par exemple, l'AFSOS³ [59] synthétise une classification des pratiques intégrées en oncologie en quatre catégories et selon leur nature. Dans une autre optique, Schraub S. [60] propose une classification des MCA en fonction des différents concepts qui les fondent (ex. : thèses orientalistes, philosophie de purification, etc.). Par ailleurs, plusieurs classifications visent à pointer les méthodes déviantes et/ou alternatives [61, 53]. À titre d'illustration, la MIVILUDES⁴ répertorie 400 pratiques déviantes en cinq catégories distinctes. Enfin, dans le domaine du cancer, Dilhuydy J.M. [61] répertorie en cinq catégories les méthodes alternatives qui se présentent comme des substituts aux soins curatifs. À l'inverse, si la liste répertoriée par l'AP-HP ne constitue pas une classification à proprement parler, elle permet de classer les pratiques exclusivement intégrées en son sein.

Discussion autour des **définitions/classifications**

Une compréhension limitée due au cloisonnement des conceptions

Au regard de l'analyse croisée des études, le cloisonnement des approches conceptuelles semble constituer un frein à la pleine compréhension de ce mouvement. En se focalisant ainsi sur des pratiques intégrées, les études médicales ont tendance à exclure un ensemble de méthodes plus éloignées des conceptions médico-scientifiques tandis qu'elles sont tout particulièrement prisées par les malades [48, 2]. Si elles permettent de pointer la dimension intégrative de certaines pratiques, se centrer sur des recours complémentaires contribue à segmenter ce mouvement et à exclure les orientations alternatives parfois choisies par les malades. Les MCA sont essentiellement étudiées sous l'angle des bénéfices perçus par les usagers, excluant de fait – sauf exception – les risques et les dérives. Par ailleurs, le manque d'une réflexion médicale au sujet de la conception des MCA représente une limite épistémologique puisque les études font appel à une hétérogénéité de définitions, de pratiques et de terminologies ne permettant pas un référentiel médical commun. Dans une autre optique, si les études socio-anthropologiques apportent un éclairage sur la signification sociale des MCA, la limite de ces approches réside dans la disparité des mouvements psychologiques individuels permettant de mettre du sens sur ces recours, au-delà du contexte sociétal dans lequel ils s'inscrivent. De plus, le caractère dynamique attribué à ce mouvement réduit les possibles d'une définition ou d'une classification considérée, de ce point de vue, comme impossible. Enfin, les études politico-juridiques apportent des repères relatifs aux dimensions législatives des MCA. Toutefois, elles tendent à concevoir les MCA sous l'angle exclusif des dérives, impliquant le recours à des classifications parcellaires, exclusivement centrées sur les méthodes déviantes.

La **confusion induite** par le pluralisme **terminologique**

Au sein de la littérature, si le concept de MCA est majoritairement utilisé, le pluralisme des termes pour désigner ces pratiques participe à la confusion : « [...] les mots opèrent comme des lunettes déformantes [...] leur usage affecte la juste compréhension des phénomènes observés » [62]. En effet,

2. National Center for Complementary and Alternative Medicine.
3. Association Francophone des Soins Oncologiques de Support.
4. Mission Interministérielle de Vigilance et de Lutte contre les Dérives Sectaires.



L'emploi d'un terme plutôt qu'un autre n'est pas neutre, car il implique une conception singulière du soin et de l'acte thérapeutique qui se complèterait ou s'opposerait à la médecine officielle [2]. Ainsi, le concept de « médecine douce » suggère une forme d'opposition à une médecine qui serait « dure ». De même, le terme de « médecine parallèle », sous-tend une concurrence avec la médecine officielle, impliquant deux systèmes de soins indépendants l'un de l'autre [32]. Quant à celui de « médecine alternative », il évoque une démarche de substitution aux soins standards. Afin de réduire ces oppositions conceptuelles, certains auteurs se sont appuyés sur des termes permettant de se centrer sur un rapport spécifique, comme celui de la complémentarité. Par exemple, le terme de « thérapies complémentaires » permet de supprimer toutes connotations médicales des MCA et de les approcher comme des méthodes adjuvantes aux soins classiques [35]. Cependant, il exclut un ensemble de méthodes éloignées et/ou opposées au paradigme médical, parfois utilisées par les malades. Si le terme de « thérapies non médicamenteuses » est parfois employé pour les qualifier, la littérature soulève l'importance de ne pas assimiler les MCA aux dispositifs officiels de soins non médicamenteux [39] tels que les Soins de Support (SP) [2], les PASA⁵ [3] ou les « Thérapies Non Médicamenteuses (TNM) » délimitées par la HAS⁶ [63]. En effet, confondre ces champs reviendrait à mettre sur le même plan des soins intégrés tels que le soutien psychologique avec des méthodes non consensuelles comme le magnétisme. Dans une perspective inverse, si le terme de « Pratiques Non Conventionnelles à Visées Thérapeutiques (PNCVT) » utilisé par la MIVILUDES, a pour intérêt de mettre en lumière les approches déviantes, il écarte cependant une variété de pratiques intégrées. De fait, ce concept s'appuie sur l'idée erronée selon laquelle les PNCVT – ou médecines alternatives – représentent systématiquement un danger et que les médecines complémentaires sont dénuées de risques. Or, le recours complémentaire peut comporter des risques (ex. : injonction) tout comme le recours alternatif peut avoir du sens (ex. : symptôme bénin, soins palliatifs). Face à cette segmentation conceptuelle, le terme de « médecine non conventionnelle » semble éviter les paradoxes induits par les précédentes appellations puisqu'il renvoie à des pratiques situées hors du modèle biomédical et non admises par tous [48, 6]. Mais, tels que l'indiquent les études [41, 2], la délimitation du « non conventionnel » étant tributaire de données évolutives (ex. : connaissances scientifiques) et/ou subjectives (ex. : place non consensuelle des MCA légalisées), l'ambiguïté demeure. Enfin, le focus terminologique implique de questionner l'emploi du mot « médecine », actuellement discuté entre ceux qui le réfutent [35, 64] et ceux qui l'utilisent [32, 65, 66]. Cela étant, le concept de « médecines complémentaires » serait globalement bien accueilli [32].

Une classification complexe due à l'hétérogénéité des MCA

Si le champ des MCA fait l'objet d'un intérêt scientifique croissant national [40, 67, 2, 34], et international [68, 69-72], le processus de délimitation et de classification souffre d'un manque de consensus, complexifiant alors l'analyse des études dans le domaine. Par exemple, les comparaisons de prévalence de recours aux MCA sont difficilement applicables puisqu'elles dépendent de la définition adoptée et du référentiel utilisé. Cela étant, la variété des pratiques questionne nécessairement les critères de classifications : par exemple, doit-on séparer au sein d'une classification, les pratiques s'intégrant généralement dans le domaine de la médecine, comme les méthodes psychocorporelles, de celles qui s'en éloignent davantage comme les approches spirituelles ? À ce titre, si les tentatives de classifications centrées sur la nature des MCA ont le mérite d'apporter un ensemble utile de repères, l'objectivation des catégories confronte à des questionnements en suspens. Doit-on, par exemple, inclure le qi gong dans la catégorie des « méthodes énergétiques » en raison de ses fondements théoriques ou au sein des « approches psychocorporelles » en lien avec la méthode déployée ? De surcroît, ce type de classification ne permet pas à l'utilisateur de se repérer quant au potentiel thérapeutique ou contre-thérapeutique des méthodes classées. En ce sens, la classification de Rosenthal D.S. & Schraub S. [56], semble clarifier le statut des MCA en distinguant les modalités principales d'utilisation (complémentaire ou alternative). Cependant, cette distinction demeure complexe à établir dans la mesure où une même pratique peut être utilisée de façon complémentaire par un patient et de façon exclusive par un autre. De plus, une même méthode peut être dispensée par un praticien dûment ou insuffisamment formé, réduisant alors les possibles de repères relatifs à son potentiel thérapeutique ou contre thérapeutique. Ce constat nous indique l'importance de pouvoir articuler au sein d'une classification, des critères qui seraient à la fois subjectifs (ex : usage complémentaire ou alternatif) et objectifs (ex : formation reconnue ou non). Par ailleurs, si certaines classifications permettent de pointer les méthodes douteuses, voire dangereuses [51-53], l'exclusion des pratiques intégrées aux dispositifs de soins officiels génère également une dynamique d'opposition et complexifie le repérage des MCA dans leur ensemble [3]. Ainsi, la mise en

5. Pôle de Soins et d'Activités Adaptées.

6. Haute Autorité de Santé.



œuvre d'une nomenclature à la fois plus globale et transversale apparaît nécessaire, car elle permettrait de clarifier ce champ, mais également de distinguer les différents rapports entretenus entre les MCA et la médecine officielle.

Introduction à la **définition** et à la catégorisation des MCA

À l'aune de notre analyse de la littérature, la conceptualisation des MCA représente un processus complexe impliquant un concept polymorphe, en référence à de multiples pratiques, de natures différentes et appliquant diverses techniques. Cela étant, ces pratiques comportent également des dimensions communes, notamment du fait de leur typologie, de leur champ d'inscription, de leur objet d'investigation ou encore de leurs objectifs. Face au pluralisme terminologique, nous avons considéré le terme de « médecines complémentaires et alternatives » comme étant le plus adapté. Avant tout parce qu'il pointe trois réalités intrinsèques à ces pratiques, renvoyant à une pluralité de conceptions issues de différentes : 1) « médecines » pouvant être utilisées de façon ; 2) « complémentaire » ; 3) ou « alternative » aux soins standards. De plus, ce terme introduit le caractère subjectif de ces recours en considérant l'usage singulier. En outre, les points de convergence ou de divergence des MCA nous ont ainsi permis d'identifier 12 critères de définition. Ensuite, la mise en lumière des liens entretenus entre les MCA et ses champs connexes a donné le moyen de délimiter plus clairement ce champ. Cette double démarche centrée sur les MCA et ses champs voisins a permis d'extraire une définition des MCA dont les critères précis manquaient au sein de la littérature [73].

Au regard de l'analyse des nomenclatures actuelles, la catégorisation des MCA renvoie à une tentative d'objectivation des pratiques. Cependant, les dimensions subjectives de ces recours [2], nous ont conduit à penser une classification non pas tant à partir « des pratiques » mais en se focalisant davantage sur « l'usager » en lien avec un ensemble de principes normés. De fait, la classification comporte un caractère dynamique pouvant modifier la place des MCA, celles-ci étant tributaires de données à la fois objectives et subjectives. Par ailleurs, il nous a paru central de proposer une classification permettant de se repérer en fonction des différents rapports entretenus entre les MCA et la médecine de référence. Dans cette optique, il ne s'agit plus de déterminer la place d'une pratique au sein d'une catégorie donnée mais de pouvoir proposer des critères permettant à chacun de saisir le rapport spécifique entre un usage et son degré d'acceptation par la médecine. En effet, les lois qui encadrent et réglementent les pratiques médicales, constituent des bornes délimitant le champ de la santé à la fois d'un point de vue scientifique, politique et juridique. À ce titre, les MCA ne peuvent constituer un modèle de soins parallèles ou un mouvement contraire aux principes éthiques du soin. Mettre en lumière les rapports pluriels entre les MCA et la médecine est une façon de donner des points de repères collectifs. Cela étant, les normes sont évolutives et tributaires des politiques et du mode de valeur que se donne une société à un moment donné [74, 34]. Ainsi, l'enjeu de la classification n'est pas tant de « classer des pratiques » mais de proposer une unité globale au sein de laquelle l'usager, le professionnel comme le chercheur, peuvent distinguer dans ces MCA ce qui relève de la liberté de soins, de la liberté des croyances ou du dévoiement de libertés.

Conclusion

Cette étude, centrée sur l'élaboration d'une définition et d'une classification de référence appliquée aux MCA a soulevé le manque de structuration conceptuelle dans le domaine. Si les différentes conceptions permettent d'apporter un ensemble de repères théoriques et épistémologiques, la segmentation des approches participe au cloisonnement de la pensée limitant une pleine compréhension du concept. De la même manière, si les tentatives salutaires de classification favorisent une forme de délimitation des pratiques, la logique d'objectivation appliquée représente un frein dans le processus de catégorisation. Ainsi, notre proposition de délimitation conceptuelle s'appuie sur l'analyse croisée issue des différentes définitions et classifications mais également des biais et des limites répertoriés. Dans cette optique, notre définition a pour intérêt de décloisonner la pensée en articulant les apports issus d'une variété de conceptions scientifiques. Aussi, la spécificité de notre catégorisation réside dans le fait de ne pas déconnecter la pratique hétérodoxe avec son statut, l'usage ou encore le praticien qui la dispense. Toutefois, la multiplicité des pratiques et la difficulté de leur attribuer une place « figée » au sein d'une catégorie donnée constituent une limite intrinsèque à toute forme de classification. De plus, il importe de soulever le caractère dynamique de ce champ, et la complexité d'établir une limite hermétique entre « conventionnel » et « non conventionnel ». Cela étant, l'articulation des critères objectifs et subjectifs a été le moyen d'apporter des repères transversaux. L'objectif initial théorico-pratique étant de faciliter la compréhension de ce champ auprès des usagers et des professionnels de santé tout en proposant un référentiel commun à la recherche.



DÉFINITION OPÉRATOIRE DES MÉDECINES COMPLÉMENTAIRES ET ALTERNATIVES (MCA)

D'après Suissa, V., Guérin, S., Denormandie, P., Bioy, A. & Castillo, M-C. (2020).

LES 12 CRITÈRES DE DÉFINITION DES MCA

CRITÈRES PRIMAIRES

Focus sur les points de convergence

- 1. TYPOLOGIE DES MCA**
Ensemble de pratiques hétérogène.
- 2. CHAMP D'INSCRIPTION HÉTÉRODOXE**
Non conventionnel - Hors du champ biomédical.
- 3. OBJET D'INVESTIGATION EN SANTÉ**
Qualité de vie, bien-être, santé, maladie.
- 4. OBJECTIF DE SOINS**
Soin préventif, de support, palliatif, curatif...
- 5. LÉGITIMITÉ NON-CONSENSUELLE**
Sociale, médicale, scientifique.
- 6. USAGES EN RÉFÉRENCE À LA MÉDECINE**
Usage complémentaire ou alternatif aux soins.

CRITÈRES SECONDAIRES

Focus sur les points de divergence

- 1. MÉDECINE AU PLURIEL**
Chinoise, ayurvédique, africaine...
- 2. MCA DE NATURES DIVERSES**
Manuelles, psychocorporelles, spirituelles...
- 3. TECHNIQUES DIFFÉRENTES**
Diverses techniques de méditation, de relaxation...
- 4. DIVERSITÉ DE PRATICIENS/FORMATIONS**
Soignants, praticiens hétérodoxes, charlatans...
- 5. DIMENSIONS SUBJECTIVES PLURIELLES**
Usage, motivations, cadre du recours...
- 6. RAPPORTS DIVERS À LA MÉDECINE**
Acceptées, tolérées, rejetées par la médecine.

DES CHAMPS CONNEXES MAIS DISTINCTS AUX MCA

Thérapies non médicamenteuses

PRINCIPES CONNEXES

Champ du non médicamenteux
Articulation entre *cure* et *care*
Approche globale du soin

PRINCIPES DISTINCTS

Pratiques délimitées par la HAS
Exclusion des MCA
Soins paramédicaux validés

Soins de Support En Oncologie

PRINCIPES CONNEXES

Soins non médicamenteux
Intégration de certaines MCA
Approche globale du soin

PRINCIPES DISTINCTS

Dispositif médical réglementé
Système d'organisation de soins
Soins médicaux et médicaments

Pôles de Soins Et d'Activités Adaptées

PRINCIPES CONNEXES

Soins non médicamenteux
Intégration de certaines MCA
Approche globale du soin

PRINCIPES DISTINCTS

Dispositif de soins réglementé
Espace d'accueil des EHPAD
Soins paramédicaux validés

LA CONCEPTUALISATION DES MCA

DÉFINITION DES MÉDECINES COMPLÉMENTAIRES ET ALTERNATIVES

Les MCA constituent différentes formes hétérodoxes de soins non-médicalisants, plus ou moins éloignés des pratiques médico-scientifiques et dispensées – dans un contexte de santé ou de maladie – par des praticiens dûment ou insuffisamment formés pour répondre à la demande et/ou aux besoins des usagers. Utilisées de façon complémentaire ou alternative aux soins standards, les MCA s'inscrivent dans le champ de la médecine non conventionnelle, c'est-à-dire extrinsèque au modèle biomédical de référence.

Elles renferment un ensemble de pratiques validées et sécuritaires, insuffisamment éprouvées, douteuses, voire dangereuses. De fait, elles entretiennent des rapports pluriels avec notre médecine au sein de laquelle certaines pratiques sont acceptées (ex. : acupuncture), tolérées (ex. : soutien spirituel) ou rejetées (ex. : secte guérisseuse). Dans cette optique, certaines MCA sont intégrées aux centres et dispositifs de soins officiels (ex. : soins de support, pôles de soins et d'activités adaptées) tandis que d'autres en sont exclues.



CATÉGORISATION DES MÉDECINES COMPLÉMENTAIRES ET ALTERNATIVES (MCA)

À TRAVERS LEUR RELATION PLURIELLE À LA MÉDECINE OFFICIELLE

D'après Suissa, V., Guérin, S., Denormandie, P., Bioy, A. & Castillo, M-C. (2020).



L É G E N D E

MCA ACCEPTÉES

Ensemble de **pratiques intégrées** aux structures de santé (ex. : hôpitaux) et aux dispositifs de soins officiels (ex. : soins de support). Certaines d'entre elles sont **légalisées** (ex. : acupuncture) ou font l'objet d'un processus de régulation (ex. : cannabis thérapeutique). Elles sont dispensées par des praticiens dont les **formations sont reconnues** (ex. : diplôme universitaire), de façon **complémentaire aux soins officiels** et dans un objectif thérapeutique **sans visée curative**. Elles font référence à des pratiques comportant des **risques exceptionnels** et n'impliquant **aucune forme de dérives**.

CRITÈRES DE RÉFÉRENCE : Formation reconnue – Usage complémentaire – Sans dérives

EX. : Hypnose – Relaxation – Sophrologie – Méditation – Art-thérapie – Qi gong – Yoga
Réflexologie – Chiropraxie – Ostéopathie – Acupuncture – Homéopathie

MCA TOLÉRÉES

Ensemble de **pratiques non intégrées** aux structures de santé et aux dispositifs de soins officiels. Aucune d'entre elles ne sont **légalisées**. Elles sont dispensées par des praticiens dont les **formations ne sont pas reconnues** (ex. : école non agréée.), de façon **complémentaire aux soins officiels** et dans un objectif thérapeutique **sans visée curative**. Elles font référence à des pratiques comportant des **risques potentiels** et n'impliquant **aucune forme de dérives**.

CRITÈRES DE RÉFÉRENCE : Formation non reconnue – Usage complémentaire – Sans dérives

EX. : Magnétisme – Reiki – Tai chi chuan – Aide spirituelle – Approches énergétiques
Médecine chinoise – Médecine ayurvédique – Médecine africaine – Naturopathie

MCA REJETÉES

Ensemble de **pratiques exclues** des structures de santé et des dispositifs de soins officiels. Certaines d'entre elles sont interdites par la loi (ex. : sectes). Elles sont dispensées par des praticiens dont les **formations ne sont pas reconnues**, de façon **complémentaire ou alternative aux soins officiels** et dans un objectif thérapeutique **avec ou sans visée curative**. Elles font référence à des pratiques comportant des **risques avérés** et impliquant **une ou plusieurs formes de dérives**.

CRITÈRES DE RÉFÉRENCE : Pratique interdite – Usage alternatif – Avec dérives

EX. : Méthode Hamer – Thérapie de conversion – Access Bar – Aide spirituelle exclusive
Méthode Di Bella – Régime Gerson – Thérapie Livingston Wheeler – Sectes

POINTS À CONSIDÉRER

1. La complémentarité n'est pas sans risques : ex. recommandation contraire à l'avis médical
2. L'alternativité n'est pas systématiquement un danger : ex. symptôme bénin, soins palliatifs
3. Un praticien hétérodoxe n'est pas forcément un charlatan : ex. religieux visitant les malades
4. Un praticien médical n'est pas un gage de sécurité : ex. médecins liés à des approches sectaires
5. Trois niveaux de risques : pratique (procédé), praticien (qualification), usage (exclusif)
6. Trois niveaux de dérives : théorique (conception), thérapeutique (méthode), sectaire (emprise)

DÉRIVES SECTAIRES : Déstabilisation mentale – Exigence financière exorbitante – Troubles de l'ordre public
Discours anti-social – Rupture avec l'environnement – Démêlées judiciaires – Embrigadement



Glossaire

Acronymes	Signification
MCA	Médecines Complémentaires et Alternatives
TNM	Thérapies Non Médicamenteuses
SP	Soins de Support
PASA	Pôle de Soins et d'Activités Adaptées
PNCVT	Pratiques Non conventionnelles à Visée Thérapeutiques
AP-HP	Assistance publique – Hôpitaux de Paris
HAS	Haute Autorité de Santé
AFSOS	Association Francophone des Soins Oncologiques de Support
MIVILUDES	Mission Interministérielle de Vigilance et de Lutte contre les Dérives Sectaires
NCCAM	National Center for Complementary and Alternative Medicine

Références

1. Bioy A. Ces nouvelles médecines : Comprendre, accompagner et s'extraire des querelles, PP.25-29. In : Médecines Complémentaires et Alternatives : pour ou contre ? Regards croisés sur la médecine de demain. Michalon éditions ; 2019.
2. Suissa V. Médecine non conventionnelle et psycho-oncologie. Évaluation de l'impact des Médecines Complémentaires et Alternatives (MCA) chez les patients atteints de cancer. Thèse de doctorat en psychologie clinique. Cognition, Langage et Interaction. Paris, France : Université Paris 8, 2017.
3. Suissa V, Guérin, S, Denormandie P. Médecines Complémentaires et Alternatives : pour ou contre ? Regards croisés sur la médecine de demain ». Michalon éditions ; 2019.
4. Denormandie P. D'un point de vue médical : Le révélateur des mutations en matière de soins, pp.64-69. In : Médecines Complémentaires et Alternatives, pour ou contre ? Regards croisés sur la médecine de demain. Michalon éditions ; 2019.
5. Suissa V, Castillo, MC, Blanchet A. Psycho-oncologie : comprendre les processus impliqués dans le vécu des utilisateurs de Médecines Complémentaires ou Alternatives. Hegel 2020;10 : 1-7.
6. Suissa V. La médecine non conventionnelle : un nouveau modèle de soin ? In : Innovation & Santé : Changer de modèle, La Charte ; 2019. p. 85-128.
7. Adamo B. Perception et utilisation des médecines non conventionnelles par les médecins généralistes. Thèse de doctorat en médecine générale. Université Paris 13, Paris ; 2012.
8. Flandrin M. Perception des médecines alternatives et complémentaires (MAC) par les médecins généralistes par la méthode du Focus Group. Thèse de doctorat en médecine générale. Université de Nantes, Nantes ; 2013.
9. Garillon JL. Médecines Traditionnelles (MT) et Thérapies Complémentaires Personnalisées (TCP). Essai de classification et d'insertion des pratiques innovantes dans la « médecine intégrative ». Hegel 2015;5:283-292. doi : 10.4267/2042/57915.
10. Ardiet G. Les pratiques alternatives et complémentaires en centre d'hébergement de soins de longue durée et le travail social. Intervention 2018;147:93-105.
11. Barel Y, Butel M. Les médecines parallèles : quelques lignes de force. Collection Le point sur, Ed. La Documentation Française ; 1988.
12. Bégot AC. Médecines parallèles et cancers : Pratiques thérapeutiques et significations sociales. Revue Internationale sur le Médicament 2008 ;2.
13. Bacqué MF. (2011). Médecines parallèles : un révélateur de la relation médecin-malade. Psycho-oncol 5(3):149-151. Doi : 10.1007 :s11839-011-0337-z.
14. Berghmans C, Tarquinio C. Comprendre et pratiquer les nouvelles psychothérapies. Cohérence cardiaque, relaxation, méditation, hypnose, EMDR, Tai-chi-chuan, Qi gong. Inter Éditions-Dunod, Paris ; 2009.
15. Blanchet A. Les psychothérapies sont-elles rationnelles ? Dire, faire dire et guérir. Presses Universitaires de Grenoble (PUG).
16. Tarquinio C. Manuel des psychothérapies complémentaires. Fondements, mise en œuvre, cas cliniques. Éditions Dunod ; 2012.
17. Cahen J, Salomon J. Direction Générale de la Santé et son groupe d'appui technique, pp.363-365. In : Suissa, Guérin & Denormandie. Médecines Complémentaires et Alternatives, pour ou contre ? Regards croisés sur la médecine de demain. Éditions Michalon ; 2019.
18. Josso A. Mission Interministérielle et sa lutte contre les dérives sectaires (MIVILUDES) pp.366-370. In : Suissa, Guérin & Denormandie. Médecines Complémentaires et Alternatives, pour ou contre ? Regards croisés sur la médecine de demain ; 2019.
19. Mission Interministérielle de Vigilance et de Lutte contre les DÉRIVES Sectaires [MIVILUDES]. Qu'est-ce qu'une dérive sectaire ? Où la déceler ? Ed. La documentation française, Paris ; 2010a.
20. Mission Interministérielle de Vigilance et de Lutte contre les Dérives Sectaires. Rapport 2010 au 1er ministre, la dérive sectaire dans le domaine de la santé : l'exemple du cancer ; 2010b.
21. Ait M'Hammed. Évaluation du recours aux médecines complémentaires et alternatives en médecine générale dans le département de l'Oise. Thèse de doctorat en médecine générale. Université de Picardie Jules Verne, Amiens ; 2012.
22. Geesen M. Le recours des patients aux médecines non conventionnelles en région Rhône-Alpes. Étude quantitative descriptive transversale par questionnaire de 473 patients. Thèse de doctorat en médecine générale. Université Claude Bernard Lyon 1, Lyon ; 2011.
23. Mayer-Lévy, C. Recours aux Médecines Complémentaires et Alternatives parmi les patients de Médecine Générale à Paris. Thèse de doctorat en Médecine, Université de Paris Descartes, Paris 5 ; 2010.
24. Thiriart F. Le recours aux médecines complémentaires et alternatives en milieu rural lorrain. Thèse de doctorat en médecine. Université de Lorraine, Nancy ; 2012.



25. Dilhuydy JM. (2004). Les médecines complémentaires et alternatives en cancérologie : constat et problématiques. *Oncologie*, 6(4):268-274. Doi : 10.1007/s10269-004-0055-2.
26. Simon L, Prebay D. Place des médecines complémentaires et alternatives dans la qualité de vie des patients suivis en oncologie. Thèse d'exercice : Pharmacie. Université Louis Pasteur de Strasbourg ; 2005.
27. Simon L, Prebay D, Beretz A, Bagot JL, Lobstein A, Rubinstein I, Schraub S. (2007). Médecines complémentaires et alternatives suivies par les patients cancéreux en France. *Bulletin du Cancer*, 94(5), pp.483-488. Doi : 10.1684/bdc.2007.0234.
28. Morandini C. La place des médecines complémentaires chez les patients sous chimiothérapie : étude prospective multicentrique réalisée auprès des patients et des professionnels de santé de cancérologie dans 4 hôpitaux de la région Rhône-Alpes. Thèse de doctorat en médecine. Université Joseph Fourier, Grenoble ; 2010.
29. Triadou P, Martin O, Amsellem Y, Coulon L, Ramos E. Les patients souffrant de cancers et la médecine traditionnelle chinoise. Expérience des patients de la MTC et définition de la complémentarité. *Acupuncture et Moxibustion* 2010;9(3):157-162.
30. Derey E. (2003). Réflexions sur les Médecines Non Conventionnelles suivies de deux médecines énergétiques : la Médecine Traditionnelle Chinoise et la Trame. Thèse pour le diplôme d'état de docteur en pharmacie. Université d'Angers, UFR des Sciences Pharmaceutiques et d'Ingénierie de la Santé, Faculté de pharmacie ; 2003.
31. Falissard B. Les "médecines complémentaires" à l'épreuve de la science. *Recherche et Santé* 2016;146:6-7.
32. Lazarus A, Delahaye G. (2007) Médecines Complémentaires et Alternatives : Une concurrence à l'assaut de la médecine des preuves ?, *Les tribunes de la santé*, 15:79-94. Doi : 10.3917/seve.015.0079.
33. Moulin M. (1990). Les médecines parallèles. La question des modèles épistémologiques. *International Review of Community Development* 24:115-121. Doi : 10.7202/1033944ar.
34. Vicari F. (2012). A propos des médecines dites : alternatives, complémentaires, douces, parallèles, etc. *Hegel*, 2:59-60. Doi : 10.4267/2042/48251.
35. Bontoux D, Couturier D, Mendès, CJ. Thérapies complémentaires - acupuncture, hypnose, ostéopathie, Tai-Chi - leur place parmi les ressources de soins. Rapport du 5 mars 2013. Académie Nationale de Médecine, Paris ; 2013.
36. Fournier A, Monroy M. *La Dérive Sectaire*, Presses Universitaires de France ; 1999.
37. Guivier A. Risques d'atteinte à l'intégrité physique encourus par les adeptes de sectes. Thèse de médecine. Université de Franche-Comté. Besançon ; 2007.
38. Vicari F. (2014). Thérapies complémentaires et pratiques innovantes. *Hegel*, 4:380-383. Doi : 10.4267/2042/54392.
39. Fagon JY, Viens-Bitker C. Médecines complémentaires à l'assistance publique Hôpitaux de Paris. Rapport mai 2012. Assistance Publique Hôpitaux de Paris, Paris ; 2012.
40. Dessi F. Le statut juridique des médecines non conventionnelles. Master 2 recherche « Droit public et privé de la santé », Les Etudes Hospitalières, sous la direction de Berland-Benhaïm Caroloine, Collection Mémoires numériques de la BNDS, Aix-Marseille Université ; 2013.
41. Cohen P, Ilario R, Sarradon A, Schmitz O. (2010). Des systèmes pluriels de recours non conventionnels des personnes atteintes de cancer : Une approche socio-anthropologique comparative (France, Belgique, Suisse). *Archives hal-00763219*.
42. Cohen P, Rossi I. Le pluralisme thérapeutique en mouvement. Introduction du numéro thématique « Anthropologie des soins non conventionnels du cancer ». *Revue française d'anthropologie de la santé* 2011;2. Doi : 10.4000/anthropologie.santé.606.
43. McEwen L. Une analyse anthropologique de la relation entre médecine conventionnelle et médecine complémentaire dans la France contemporaine. Thèse de doctorat en anthropologie sociale et ethnologie. Institut de recherche interdisciplinaire sur les enjeux sociaux. École doctorale de l'EHESS, Paris ; 2019.
44. Schraub S. *La Magie et la Raison. Médecines parallèles, psychisme et cancer*. Éditions Calmann-Lévy, Paris ; 1987.
45. Schraub S. Étude sociologique du recours aux médecines parallèles en cancérologie. *Revue Médecine et Culture* 2009;11:2-10.
46. Schraub S, Helary JP. Traitements non prouvés en cancérologie. *Bull Cancer* 1991;78:915-920.
47. Cathebras P. (1996). Le recours aux médecines parallèles observé depuis l'hôpital : banalisation et pragmatisme. *Soigner au pluriel. Essais sur le pluralisme médical*. Éditions Karthala, Paris ; 1996. p. 315-330.
48. Bégot AC. Médecine parallèles et cancer, une étude sociologique. *l'Harmattan*, coll. Logiques sociales.
49. Berghmans C, Torres JL. *Santé et spiritualité : un pont thérapeutique*. Inter Éditions, Paris ; 2012.
50. Pujol N. *Spiritualité et cancérologie. Enjeux éthiques et épistémologiques d'une intégration*. Thèse de doctorat en Sciences de la Vie et de la Santé, Éthique médicale. Universités : Laval et Paris Descartes, Paris V ; 2014.
51. Ninot G, Boulze-Launay I, Bourrel G. et al. (2018). De la définition des Interventions Non Médicamenteuses (INM) à leur ontologie. *Hegel*, 8 :21-27. Doi : 10.4267/2042/65114.
52. Mission Interministérielle de Vigilance et de Lutte contre les Dérives Sectaires [MIVILUDES]. (2012.a). *Santé et dérives sectaires*. Ed. La documentation française.
53. Mission Interministérielle de Vigilance et de Lutte contre les Dérives Sectaires [MIVILUDES] (2012.b). *Guide Santé et dérives sectaires*.
54. Robard, I. *Médecines non conventionnelles et droit : la nécessaire intégration dans les systèmes de santé en France et en Europe*. Édition Litec, coll. Actualité, Paris ; 2002.
55. Manheimer E, Berman B. *Cochrane Complementary Medicine Field. About The Cochrane Collaboration (Fields)*, Issue 2: 2008.
56. Rosenthal DS, Schraub S. *American cancer society's guide to complementary and alternative cancer methods*. Springer Verlag France, *Oncologie* 2008;3:416-419.
57. National Center for Complementary and Alternative Medicine [NCCAM]. (2015). *Complementary, alternative, or Integrative Health: What's In a Name ?*
58. Stone J. Ethical issues in complementary and alternative medicine. *Complementary Therapies in Medicine* 2000;8:207-213.
59. Association Francophone des Soins Oncologiques de Support [AFSOS]. (2012). *Place des thérapies complémentaires dans les soins oncologiques de support*.
60. Schraub S. *Médecines parallèles et cancer : analyse sociologique 1962 – 2006*. Thèse de doctorat en sciences sociales, pratiques sociales et développement (SSPSP). Université Marc Bloch Sciences Humaines, Strasbourg ; 2007.



61. Dilhuydy JM. (2005). Les médecines complémentaires et alternatives en oncologie : traitements inévalués ou pratiques inapprouvées. 27^e journées de la SFSPM, Deauville ; 2005. p 396-416.
62. Courty D. (2016). Deux modèles topologiques pour repenser l'unité psycho-biologique humaine en Biomédecine : face aux thérapies supplémentaires. *Hegel*, 6: 357-365. Doi : 10.4267/2042/61673.
63. Haute Autorité de Santé [HAS] Développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses validées, Rapport d'orientation ; avril 2011.
64. Pélissier-Simard L. Xhignesse M. Les approches complémentaires en santé, comprendre pour bien conseiller. *Le médecin du Québec* 2008;43(1).
65. Träger-Maury S, Tournigand C, Maindrault-Goebel F. Utilisation de médecine complémentaire chez les patients atteints de cancer dans un service de cancérologie français. *Bulletin du Cancer* 2007;94(11):1017-1025.
66. Schraub, S, Eav S, Schott R, Marx E. (2011). Étude psychologique du recours aux médecines parallèles en cancérologie. *Psycho-Oncol*, 5(3):157-167. Doi : 10.1007/s11839-011-0332-4.
67. Lassonde DL. (2019). OMS - Les médecines complémentaires dans l'arène internationale. *Hegel*, 9: 131-132. Doi : 10.4267/2042/70220.
68. CAMbrella. (2012). Pan-European research network for Complementary and Alternative Medicine (CAM). Final Report of CAMbrella Work 201, no 241951.
69. OMS. Principes méthodologiques généraux pour la recherche et l'évaluation de la médecine traditionnelle. Rapport de l'Organisation Mondiale de la Santé, Genève ; 2000.
70. OMS. Stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle pour 2002-2005. Organisation Mondiale de la Santé, Paris ; 2002.
71. OMS. (2013). Stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle pour 2014-2023, ISBN 978 92 4 250609 9.
72. United Nations Educational Scientific and Cultural Organization [UNESCO] (2011). Avant-projet de rapport sur la médecine traditionnelle et ses implications éthiques. SHS/EST/CIB-17/10CONF.501/3.Paris.
73. Saillant F, Rousseau N, Laverne M. (2017). Notes pour une définition des pratiques alternatives et des thérapies douces au Québec. *Santé mentale au Québec* 121 (1987), pp.20-28. DOI : 10.7202/030368ar.
74. Guérin S. D'un point de vue sociétal : Le symbole d'une défiance à l'égard des institutions pp.57-63. In : *Médecines Complémentaires et Alternatives, pour ou contre ? Regards croisés sur la médecine de demain*. Michalon éditions ; 2019.

ANNEXES : Liste des études et des classifications sélectionnées

ANNEXE 1 : ÉTUDES (n=62)
Sciences médicales et pharmacologiques (N=25)
Adamo, B. (2012) ; Ait M'Hammed, M. (2012) ; Bontoux et al. (2013) ; Cathebras, P. (1996) ; Derey, E. (2003) ; Dilhuydy, J.M. (2004) ; Fagon J.Y et al. (2012) ; Falissard, B. (2016) ; Flandrin, M. (2013) ; Fournier, A. et Monroy, M. (1999) ; Garillon, J.L. (2015) ; Geesen, M. (2011) ; Guivier, A. (2007) ; Lazarus, A. et al. (2007) ; Mayer-Lévy, C. (2010) ; Morandini, C. (2010) ; Moulin, M. (1990) ; Pélissier-Simard, L. et al. (2008) ; Simon, L. et al. (2005) ; Simon, L. et al. (2007) ; Träger-Maury, S. et al. (2007) ; Thiriart, F. (2012) ; Triadou, P. et al (2010) ; Vicari, F. (2012) ; Vicari, F. (2014).
Sciences humaines et sociales (N=26)
<i>Approches socio-anthropologiques (n=13)</i>
Ardiet, G. (2018) ; Barel, Y. et al. (1988) ; Bégot, A.C. (2008) ; Bégot, A.C. (2010) ; Cohen, P. et al. (2010) ; Cohen, P. et al. (2011) ; Courty, D. (2016) ; Lassonde, DL. (2019) ; Mc Ewen, L. (2019) ; Schraub, S. (1987) ; Schraub, S. (2009) ; Schraub, S. et al. (1991) ; Schraub, S. et al. (2011)
<i>Approches psychologiques (n=13)</i>
Bacqué, M.F. (2011) ; Berghmans et al. (2009) ; Berghmans, C. et al. (2012) ; Blanchet (2016) ; Ninot et al. (2018) ; Pujol, N. (2014) ; Saillant, F. et al. (2017). ; Suissa, V. (2017) ; Suissa et al. (2016) ; Suissa, V. (2019) ; Suissa et al. (2019) ; Suissa et al. (2020) ; Tarquinio, C. (2012).
Sciences politiques et juridiques (N=11)
Dessi F. (2013) ; HAS (2011) ; Miviludes (2010a) ; Miviludes (2010b) ; Miviludes (2012a) ; Miviludes (2012b) ; OMS (2000) ; OMS (2002) ; OMS. (2013) ; Robard I. (2002) ; UNESCO (2011).
ANNEXE 2 : CLASSIFICATIONS (=9)
Classifications internationales (N=4)
Manheimer, E. et al. (2008) ; NCCAM, (2015) ; Rosenthal, D.S. et al. (2000) ; Stone, J. (2000).
Classifications nationales (n=5)
AFSOS (2012) ; Dilhuydy, J.M. (2005) ; Miviludes (2012b) ; Schraub, S. (2007) ; Fagon J.Y et al. (2012).

Lien d'intérêt : aucun