



# Le meilleur de la Science, de la Nature et de la Tradition : Ethnographie des enseignements de phytothérapie en France

## *The best of Science, Nature and Tradition: Ethnography of herbalism and phytotherapy lectures in France*

**Aline Mercan**

Groupe de Recherche Culture, santé, société, Centre Norbert Elias, 5, rue du château de l'horloge, 13034 Aix en Provence cedex 2  
[aline.mercan@wanadoo.fr](mailto:aline.mercan@wanadoo.fr)

### Résumé

Les enseignements des médecines complémentaires et alternatives ont fait l'objet de très peu de recherche anthropologique à ce jour. Les formations de phytothérapie en France se rattachent à la fois au secteur institutionnel, à celui des médecines complémentaires et alternatives, ainsi qu'au secteur populaire. Il s'y enseigne les usages d'une pharmacopée hétérogène, basée sur des paradigmes différents dont le plus petit dénominateur commun est l'origine végétale de la matière médicale. Néanmoins, elles forment un continuum à travers la circulation des produits, des acteurs et des discours, générant des réseaux qui transgressent nombre de frontières institutionnelles habituelles. Une approche par l'anthropologie biographique du médicament combinée à une anthropologie des sciences centrée sur les actants (plantes, produits thérapeutiques en dérivant, acteurs des formations, discours et représentations) permet d'appréhender cet objet complexe. Elle met en évidence les spécificités d'une pharmacopée polysémique échappant en partie au législateur, à la source d'ambiguïtés de statut des produits et des thérapeutes et de reconfiguration des rôles professionnels. Elle permet aussi d'analyser la construction de la preuve en phytothérapie dans ces lieux d'apprentissage et de légitimation des pratiques. Celle-ci combine en diverses proportions, selon les secteurs, des références à la Science, la Nature et la Tradition. La phytothérapie tirerait le meilleur de chacune, réalisant le parangon de la médecine intégrative « moderne ». C'est ce dernier concept d'intégration, à travers la question de sa modernité, que ce travail interroge ultimement dans une tentative d'exercice de la pensée complexe.

### Mots-clés

Anthropologie du médicament ; Phytothérapie ; Herboristerie ; Médecines complémentaires et alternatives ; Anthropologie des sciences ; Nature ; Tradition ; Médecine intégrative

### Abstract

*Classes and lectures of complementary and alternative medicines have been barely studied by medical anthropology. In France, the herbalism lectures are provided simultaneously in both academic, complementary and alternative medicine and folk health sectors. There are taught heterogeneous pharmacopoeias, based on different paradigms. The whole practices and theories are linked by the common vegetal origin of various remedies. Nevertheless they draw continuity regarding actors, remedies and representations mobility. This mobility generates networks, characterized by unusual health sectors boundaries. Based on biographical approach of phytotherapies, combined to anthropology of science centered on human or non-human actors (medicinal herbs, phytotherapies, actors and representations), this thesis documents both a biological and social complex object. On the one hand, it points out polysemic pharmacopoeia specificities, challenging legislator, generating ambiguous status for remedies and therapists, reconfiguring professional attributions. On the other hand it allows for analyzing the construction of an « evidence based phytotherapy » originated in places where therapeutical practices are taught and legitimated. These mixed combinations create various shapes relating to both health sectors, referring to*



*Science, Nature and Tradition. Herbalism is supposed to proceed to integration of the best of each, achieving the paragon of modern integrative medicine. This thesis ultimately interrogates modernity and its role in "integration" applying a model of conceptualization of complexity.*

## Keywords

*Anthropology of Medicine ; Phytotherapy; Herbalism; Complementary and Alternative Medicine; Anthropology of Science; Nature ; Tradition ; Integrative Medicine*

Cette thèse d'anthropologie bioculturelle soutenue en décembre 2012 s'inscrit dans une actualité riche d'enjeux et de questionnements pour la phytothérapie, mais aussi pour les médecines alternatives et complémentaires (MAC), dont les produits à base de plantes représentent la majeure partie de la pharmacopée. L'opinion publique, marquée par les scandales sanitaires autour du médicament « chimique » moderne se tourne de plus en plus vers médecines et médicaments non conventionnels parés des attributs rassurants de nature et de tradition. En 2012, le centre d'études stratégiques préconise d'ouvrir le dialogue avec les MAC et d'explorer la voie d'une médecine intégrative cependant que le conseil de l'Ordre des médecins reconnaît que les médecins en connaissent mal théories et pratiques et devraient être formés à leur sujet, ne serait-ce que pour mieux orienter leurs patients. En 2013, l'Académie de Médecine rappelle que les MAC n'ont pas fait la preuve de leur efficacité et en déconseille le recours, sans toutefois s'interroger sur l'adaptation des méthodes de validation conçues pour le médicament conventionnel à cet objet si différent qu'est le phytoremède, tant dans sa matérialité que dans ses usages. Mais les patients n'ont pas attendu l'avis des experts et des politiques pour recourir massivement à ces autres thérapies pour lesquelles la question de l'efficacité et de l'innocuité reste ouverte. Enfin, la directive européenne 2004-24-CE qui vise, dès 2011, à normaliser les statuts des produits médicinaux à base de plantes, comme le projet du sénateur Fichet, de rétablissement du diplôme d'herboriste, mobilise largement le public (un million quatre cent mille signatures contre la première ; manifestes et larges échos médiatiques pour le deuxième). Ces questions doivent être contextualisées plus largement au sein d'une dynamique de globalisation des médecines traditionnelles et des MAC qui entraîne une reconfiguration des premières et un changement d'échelle d'exploitation de la ressource végétale (essentiellement sauvage pour ce marché en pleine expansion). L'usage contemporain de la phytothérapie pose de nombreuses questions quant à ses conséquences sanitaires, sociales et environnementales.

## MAC

*Le terme MAC désigne les médecines alternatives et complémentaires et englobe également les médecines traditionnelles qui peuvent avoir différents statuts selon l'endroit où elles sont exercées. Ainsi la médecine traditionnelle chinoise est une médecine officielle en Chine et une MAC en Europe. On pourrait aussi dire qu'est une MAC toute médecine non conventionnelle basée sur le paradigme biologique, c'est à dire ce que les anthropologues francophones désignent par biomédecine (ou western medicine, conventional medicine pour les Anglo-saxons).*

C'est avec la double identité de médecin (en exercice) et d'anthropologue de la santé que j'ai exploré ce terrain constitué par les enseignements en phytothérapie en France. Des facultés de médecine et de pharmacie aux écoles d'herboristerie, des stages populaires de fabrication de phytoremèdes « maison » aux symposiums internationaux d'aromathérapie, des sociétés savantes d'ethnopharmacologie aux associations de promotion de l'ethnobotanique locale, j'ai exploré un réseau de formations et de manifestations centré sur le végétal médicinal et les produits qui en dérivent. Ce travail a été d'autant plus enrichissant que les enseignements des MAC restent encore fort peu explorés par l'anthropologie de la santé [1].

La question de la phytothérapie et de ses enseignements est donc abordée à travers ses « actants » : humains (acteurs des formations, thérapeutes, patients, acteurs économiques), non humains (plantes, phytoremèdes qui en dérivent), discours et représentations des uns sur les autres. Cette approche, associée à celle de la biographie du médicament [2], permet de mettre en évidence les dimensions matérielles et idéelles de cette pharmacopée, les interactions sociales qu'elle cristallise en amont ainsi que les pratiques sanitaires qui en découlent en aval. Il ne s'agit pas de les décrire et de les examiner du point de vue de la science, ma formation de médecin donnant légitimité (tout au moins théoriquement) à le faire, mais de celui, volontairement décentré, de l'anthropologue faisant un pas de côté. Cela permet



d'observer cet objet non comme une entité clairement différenciée de la médecine conventionnelle qui pourrait la juger à son aune, mais comme l'un de ses « enfants illégitimes » (encore que l'on ne sache pas exactement qui de l'une a été enfantée par l'autre). La phytothérapie est en ce sens une de ces créatures hybrides dont la science ne saurait trop que faire tant elle lui ressemble et lui est étrangère à la fois. Elle se montre rétive à ses méthodes car désespérément imprévisible et foisonnante dans ses pratiques, comme prompte à se parer de tous les atours symboliques que l'approche « objective » et « rationnelle » de l'efficacité biologique s'emploie à éradiquer méthodiquement [3]. L'étude des enseignements de phytothérapie permet d'interpeller ses propres mythes : la *nature*, la *tradition*, ainsi que la *science* elle-même, qui n'en est pas le moindre.

## La phytothérapie

*Littéralement* thérapie à base de plantes, elle ne décrit pas une spécialité unifiée mais plutôt un ensemble hétérogène de pratiques se rattachant à différents paradigmes dont le seul dénominateur commun est l'usage d'une pharmacopée à base végétale. On peut y distinguer divers courants dont certains se recouvrent : phytothérapie « scientifique », endobiogénie, aromathérapie (elle-même déclinable en courants : holistique, quantique, olfactothérapie etc.), fleurs de Bach, élixirs spagyriques, gemmothérapie etc.

A travers l'analyse biographique des produits thérapeutiques à base de plantes, désignés par le terme phytoremèdes, il apparaît qu'il n'existe non pas **une** mais **des** phytothérapies. Leur seul dénominateur commun est l'origine végétale de leur matière médicale, même si elles ne sont basées ni sur les mêmes paradigmes, ni sur la même matérialité à travers des modalités techniques différentes de transformation du végétal. Le terme phytothérapie et *a fortiori* celui d'enseignement de phytothérapie recouvre ainsi une large gamme de théories et de pratiques hétérogènes que les acteurs tentent de lisser par un recours à une histoire supposée linéaire et acculturée. L'hybridation des pratiques par un même praticien, mais aussi l'existence d'une supposée communauté d'intérêt qui unirait praticiens académiques et MAC, sans oublier les patients et acteurs économiques œuvrant de concert à la défense d'une autre manière de soigner, contribuent également à gommer les disparités. Cette vision idéale permet d'occulter nombre d'enjeux de statuts et de monopoles qui parcourent pourtant les différents corps professionnels qui composent le public des enseignements et le groupe des enseignants. Elle contribue, en particulier, à faire taire l'omniprésence du conflit d'intérêt qui est pourtant une caractéristique d'enseignements intimement liés au monde de l'entreprise fabriquant et distribuant des phytoremèdes. Il existe une mythologie française du professionnel « pur », capable de distinguer ses propres intérêts de l'intérêt commun pour mieux les en dissocier [4], mais elle ne suffit pas à expliquer l'absence totale de toute mention de ce conflit dans l'univers de la phytothérapie. La plupart des formations « maisons », dispensées par des entreprises, enseignent une matière médicale orientée. Nombre d'enseignants sont également experts auprès des acteurs économiques. Les conseillers sont aussi dispensateurs des produits de leur propre conseil. Il en résulte des justifications pseudo pharmacologiques à des pratiques basées sur des logiques commerciales. Le consommateur de soins, déçu par le lobby du médicament conventionnel, se tournera sans le soupçonner vers une matière médicale qui obéit aux mêmes lois commerciales et aux mêmes manipulations de la « vérité » qu'elle soit *scientifique*, *traditionnelle* ou *naturelle*. Pis encore, l'absence d'encadrement du mode de validation de la plupart des produits, malgré les efforts maladroits du législateur empêtré dans un réductionnisme pharmacologique et l'ignorance des pratiques de terrain, ouvre la porte à un magistral déploiement de discours hybridés prétendant à l'intégration du meilleur de la *science*, de la *nature* et de la *tradition* qui relève pourtant plus d'une juxtaposition de discours disparates que d'une réelle intégration.

## Système et secteurs de soin

*Ce concept anthropologique permet de lire un système de santé dans sa globalité. Dans toute culture, les patients circulent entre trois secteurs pour se soigner. Le premier est le secteur populaire, qui correspond à celui de l'automédication c'est-à-dire des soins pour lesquels aucun recours à un professionnel n'a lieu. On se réfère alors à l'entourage, à ses propres connaissances, aux médias, aux blogs de patients etc. Le second est le secteur traditionnel qui est en fait celui des MAC en France, qui comprend tous les acteurs spécialisés dans des soins non biomédicaux et dont l'exercice n'est pas ou peu reconnu par les institutions. Le troisième est le secteur institutionnel qui comprend tous les professionnels et structures exerçant la biomédecine, dont l'exercice et la formation sont reconnus et encadrés par les autorités. Les patients circulent entre ces trois secteurs selon la pathologie dont ils sont atteints, leurs croyances, la facilité d'accéder à ces soins et selon la logique d'être guéris ou soulagés.*



Les contenus de ces enseignements s'ordonnent en fonction des secteurs de soin [5] auxquels ils se rattachent par les lieux (facultés, écoles, cuisine de producteur ou balade en pleine nature) dans lesquels ils se déroulent, les enseignants qui les animent (médecins, pharmaciens, « herbalistes », producteurs, profanes), le public qui les fréquente (spécialisé ou non dans le soin) ainsi que les paradigmes qui s'y transmettent. La grille de lecture fournie par le concept de secteurs de soin de Kleinman est à la fois commode en ce qu'elle révèle la domination des acteurs issus du secteur institutionnel, médecins et surtout pharmaciens, sur le secteur de formation académique et celui des médecines alternatives et complémentaires, dont ils occupent les postes clés d'enseignement. Les étudiants des écoles d'herboristerie vont à leur tour prêcher une bonne parole phytothérapeutique à travers stages et formations de terrain destinés à un public profane. Mais cette grille trouve aussi ses limites dans la porosité des secteurs du fait de la circulation des acteurs d'un lieu à l'autre et de l'absence de spécificité de certains contenus qui en relativise les frontières. L'ensemble apparaît ainsi comme un continuum entre secteur populaire, non conventionnel et secteur institutionnel au sein desquels les références à la *nature* sont constantes, mais se polarisent plus particulièrement sur les usages réservés à la notion de *tradition* (survalorisée dans le secteur des médecines non conventionnelles et populaires). La référence à la *science*, théoriquement apanage des enseignements académiques, traverse en réalité tous les secteurs, révélant par là-même la médicalisation des médecines alternatives et complémentaires et la perméabilité du secteur populaire à l'aura scientifique et à ses représentations.

Cette omniprésence de la *science* dans les discours conduit à interroger les usages sociaux qui en sont faits [6]. Malgré les déclarations d'intention d'une « phytothérapie scientifique », le recours à son dispositif théorico-expérimental est minimaliste, se limitant à une compulsion compilatoire et simplifiée d'éléments de preuve faible (*listing* de molécules, résultats d'expérimentation *in vitro* ou d'expérimentation animale). Leur accumulation n'aboutit qu'à créer un faisceau de preuves faibles dont la valeur au final reste hypothétique. Ces données nourrissent de nombreux raisonnements analogiques de type métonymique, à la fois inductifs et déductifs dont la valeur opératoire est aléatoire, source de trouvaille féconde aussi bien que de confusion mortelle, selon les cas. L'espace libre laissé à ces pratiques cumulatives et aux aléas des raisonnements analogiques, l'est par la carence d'ultimes et démonstratives données cliniques [7]. Elles seules pourraient trancher la question de l'efficacité mais les études sont absentes ou de qualité médiocre pour diverses raisons. La première est inhérente à la structure du marché : foisonnant, sans possibilité de prise de brevet assurant le financement par la rentabilité de produits sous exclusivité. La seconde est liée à la nature changeante et imprévisible de l'objet : la plante médicinale est à la fois biologiquement mutable et soumise à des pratiques de transformation infiniment variables. Le phytoremède qui en découle est par conséquent soumis à des facteurs multiples de variabilité, à la fois naturels et culturels. Enfin, cet objet complexe interagit avec un autre objet complexe qu'est le corps humain, soumis à des influences systémiques internes et externes changeantes. Cette sommation de variabilité et de complexité les engage dans un régime d'interactions difficilement réductible à un protocole de laboratoire. L'évaluation de la phytothérapie clinique pose par là-même, un défi à la théorie et à la méthode scientifique du début du XXI<sup>e</sup> siècle, qui se résume trop souvent à une approche purement analytique. Celle-ci ne sait comment explorer et comprendre ces interactions multiples et variables que seule serait à même d'appréhender, une pensée plus systémique. Les notions de principe actif, de traceur, de standardisation sont brandies par les partisans de la phytothérapie scientifique comme gages de reproductibilité et donc de scientificité. Mais leurs limites théoriques et pratiques font de la plante médicinale un objet rétif à l'approche médico-pharmaceutique. Cette dernière est conçue pour évaluer les effets d'une molécule unique et standardisée, utilisée de façon reproductible alors même que les phytoremèdes sont des « soupes moléculaires » de composition aléatoire, sujets à des usages éminemment variables. Les pratiques de terrain sont souvent personnalisées, spécifiques à des praticiens mais aussi à des sujets, pour des médecines qui se veulent de terrain. Face à ces produits résistants à une complète standardisation, dont les principes actifs restent souvent impossibles à isoler parce que d'action synergique, et dont la toxicité même ne fait pas consensus, l'approche purement pharmacologique peine à reconnaître ses limites. Certains pharmacologues conscients de ces différences de nature espèrent que la voie de la génomique permettra d'intégrer un premier niveau de complexité qu'est le totum (qui désigne cette totalité complexe qu'est la plante ou le produit en dérivant) et ses actions globales [8]. Mais cette voie reste une approche strictement biologique qui ignore la richesse des pratiques et la diversité des interactions, tout autant que la pharmacologie conventionnelle. La seule issue permettant d'explorer cette multi dimensionnalité est la transdisciplinarité, préalable pratique à l'élaboration d'une pensée complexe à même d'appréhender un objet complexe. Recueillir et articuler données historiques, socio-anthropologiques, cliniques (même empiriques), biologiques, botaniques, juridiques et économiques et pharmacologiques, paraît indispensable dans le domaine des plantes médicinales. Mais le cloisonnement social des disciplines et l'hégémonie de la pharmacologie qui se pose en censeur des autres approches fait encore de cette dernière, la maîtresse du jeu. L'expertise du phytoremède reste aux mains des acteurs du laboratoire de pharmacognosie assurant la reproduction d'un modèle simplificateur, parfois aux yeux mêmes de certains pharmacologues. Pourtant, il commence à faire la preuve de ses limites au point que des experts révèlent leurs doutes sur leur méthodologie dans



des contextes informels. L'expression de ces doutes en privé contraste avec le renforcement du système d'expertise et de la hiérarchie sociale qui le sous-tend par la mise en œuvre de la directive 2004-24-CE. Cette dernière conduit les phytothérapeutes faisant état de certaines allégations thérapeutiques à déposer un dossier d'autorisation de mise sur le marché, dit simplifié. Ce dossier est lui-même basé sur le modèle de celui du médicament conventionnel dont la matérialité et les modalités d'usage diffèrent. Cette difficulté à prendre en compte la réalité et la variété des pratiques, associée à une volonté de simplification est inadaptée aux préparations complexes qui forment pourtant le gros des médicaments traditionnelles, à la source de l'accusation d'ethnocentrisme faite à la directive. De plus, elle méconnaît les usages populaires de tradition orale, qui ne permettent pas à ce titre, de documenter la partie bibliographique du dossier.

La *nature* est convoquée par tous les enseignements mais à l'aide de représentations significatives des valeurs de chacun. Elle est ordonnée et administrée par l'homme, connue et contrôlée dans ses débordements imprévisibles par la *science* et son rêve de *standardisation* dans les enseignements académiques. Elle est porteuse de vie et communicative dans les enseignements des MAC, que ce soit par la théorie des signatures, sous diverses formes d'analogies métaphoriques [9] réactualisées (analogie biotope de la plante/conditions de vie, caractérologie) ou par son bavardage audible aux adeptes de l'hermétisme. Mais à Dieu, dispensateur de ces messages révélés, se substitue une *nature* idéalisée dans notre société laïque. Elle nous parlerait soit directement, rêve ultime de la connaissance immédiate de la nature, soit par des intermédiaires censés en comprendre et délivrer le message : druides, chamans, peuples premiers et autres figures popularisées par les courants *New Age* qui parcourent les secteurs MAC et populaires plus particulièrement. Dans tous les cas, la *nature* est avant tout bienveillante. Elle est également perçue d'un point de vue très fonctionnaliste, puisque les plantes auraient pour vocation de servir l'Homme auquel elles ne voudraient que du bien (ce qui nourrit le mythe de leur innocuité). Ces conceptions révèlent la permanence d'un naturalisme dualiste chez un homme occidental rêvant de retourner à une *nature* dont il s'est lui-même exclu. Des relents animistes, totémistes et analogiques [10] surgissent çà et là, dans les enseignements, MAC et populaires en particulier, telles des résurgences d'un passé que la révolution scientifique croyait avoir annihilé. Ils témoignent d'une résistance au désenchantement du monde en marge du discours scientifique dominant.

La tradition est l'autre grande inspiratrice de la phytothérapie. Elle présuppose la fidélité à des pratiques et à des valeurs [11], la stabilité dans le temps et dans l'espace, incarnant une permanence qui rassure sans doute les contemporains voués aux gémonies de l'innovation permanente, condamnés à la tyrannie du progrès perpétuel et soumis aux affres de la mobilité. Elle incarne aussi la tyrannie de la contemporanéité et du nombre ainsi que l'usage immodéré de la pairjectivité. Il semble en effet que la persistance d'une tradition jusqu'à nos jours soit considérée comme un parfait indicateur de sa validité et son efficacité. Mais *quid* des traditions séculaires ayant disparu hier ou avant-hier ? De plus, on confond dans une interprétation hâtive et, là encore, fonctionnaliste, usage et efficacité, cette dernière étant présupposée comme étant de nature purement biologique aux yeux de nos contemporains imprégnés par le paradigme médical de l'efficacité. C'est une manière commode d'évacuer, une fois de plus, la composante symbolique de l'efficacité. L'éloge de la tradition paraît en première instance rendre hommage à la culture. Mais la réduction des pratiques valides à celles faisant preuve d'une efficacité biologique est un puissant moteur d'acculturation puisque niant l'importance du contexte culturel de production et de sens des pratiques. La tradition suppose également une transmission fidèle. S'il s'agit de savoirs oraux, les ethnosciences vont s'empresse de les fixer par écrit pour mieux les conserver... ou les trahir, traduisant cette obsession de la conservation décrite par Latour [12] chez des *modernes* atteints d'une frénésie conjointe de conservation et de destruction. Les savoirs savants écrits incarnent la fidélité et la constance mais l'examen attentif de leurs usages révèle qu'ils portent en eux les germes de réinterprétations et trahisons permanentes. Dans tous les cas, un éclairage diachronique des pratiques met à jour leur extrême inventivité et leur discontinuité, révélant combien le sens commun est trompeur quand il nous parle de tradition, car ce qui la caractérise le mieux, c'est le changement quand elle ne fait pas tout simplement l'objet d'une (ré)invention [13].

Pour certains, il échoirait à la science de trier entre traditions et superstitions et de valider ultimement les usages. Mais la science, qui est avant tout une production sociale, va opérer un tri sélectif dans les indications, choisissant celles qui font sens pour un occidental moderne et solvable. Les pharmacopées traditionnelles, par leurs produits complexes, leurs nosologies et taxonomies si différentes des nôtres posent des défis démultipliés à l'évaluation scientifique qui procèdera à des traductions nosologiques parfois hasardeuses. L'ethnopharmacologie va s'arroger le droit d'être l'instance finale à laquelle les pharmacopées traditionnelles doivent se conformer dans cette obsession de l'efficacité biologique si caractéristique du dogme médical. Elle va ainsi procéder de cette médicalisation et biologisation des médecines traditionnelles qui les reconfigurent en profondeur au motif de les préserver.

La matérialité des produits va encore nous renvoyer à cette notion d'hybridation, la plante médicinale étant plus polysémique encore que ne l'est le médicament. Plante alimentaire, cosmétique ou médicinale,



elle peine à être contenue dans les tiroirs où voudrait la confiner le législateur. Elle échappe ainsi aux monopoles et se joue des normes théoriques dont nombre lui sont en pratique inapplicables. Cette polysémie et cette fluidité induisent des stratégies de la part des acteurs économiques consistant à jouer de l'un ou de l'autre des statuts possibles afin de privilégier un réseau de distribution ou de faire le choix d'une législation moins contraignante. Ces compléments alimentaires et autres phytoremèdes flirtent en permanence avec les marges du médicament de présentation et fournissent ainsi aux praticiens une pharmacopée au statut morcelé. Son morcellement ne se superpose pas avec celui des secteurs de soin auxquels se rattachent les enseignements, contribuant de facto à ce continuum de pratiques entre les différents secteurs. Le phytomédicament (phytoremède doté d'un statut de médicament) est en fait l'exception aussi bien dans les enseignements que dans les pharmacies familiales en passant par la prescription ou le conseil du praticien. Le statut de complément alimentaire est le plus fréquent, résultant plus d'un choix stratégique du producteur que de la nature même des produits.

## Comment appeler un produit thérapeutique à base de plantes ?

*Il faut tenir compte à la fois de la matière et du statut des produits. Nombre d'entre eux ont le statut de complément alimentaire mais sont utilisés comme « médicament de présentation » c'est-à-dire dans un usage clairement thérapeutique sous une forme qui mime celle du médicament. Il faut les distinguer des produits qui disposent d'une AMM anciennement dite « allégée » et à présent aménagée dont la matière est parfois proche, voire identique mais dont le statut est différent. J'appelle les seconds phytomédicaments et les premiers phytoremèdes pour marquer cette différence de statut qui est un des enjeux majeurs de la directive 2004-24-CE.*

Cette ambiguïté de statut des phytoremèdes va à son tour induire une ambiguïté de statut des praticiens qui les utilisent. La différence entre prescription et conseil de produits thérapeutiques à base de plantes n'est que théorique, liée au statut de médecin ou à son absence, plus qu'à la nature du soin délivré. Le conseil du pharmacien lui permet de s'affranchir de la tutelle encombrante d'un médecin qui d'ailleurs, le plus souvent n'a aucune compétence en phytothérapie. Pour une profession dont la compétence en préparation magistrale a progressivement été démantelée, la phytothérapie fournit une revalorisation possible de la fonction par le retour à ses fonctions constitutives. Mais plus souvent encore, elle offre l'opportunité d'une autonomisation du corps médical à travers la figure du « pharmacien-prescripteur » [14] par l'accession à une activité de thérapeute à part entière. En ce sens, la phytothérapie reconfigure la relation médecin-pharmacien en modifiant les frontières de leurs attributions respectives. Le conseil MAC est moins ostentatoire car il fait encourir des risques de nature juridique pour le praticien qui laisserait des traces, d'où un recours à l'information orale ou un usage ambivalent de l'écrit qui le démarque de la prescription médicale.

Le désintérêt des médecins pour la phytothérapie s'explique en grande partie par leur absence de formation en la matière, assortie d'une absence de reconnaissance comme *mode d'exercice particulier* à cette discipline. De plus, les phytomédicaments et autres compléments alimentaires sont au mieux considérés comme des placebos impurs, ce qui en fait des produits que le médecin doit séparer du vrai médicament supposé lui, n'être jamais un placebo. Et pourtant l'exercice de la médecine générale use et abuse de cet effet, mais se garde de l'objectiver [15-17]. Cet angle mort est une impasse de la médecine contemporaine qui s'obstine à rejeter dans les limbes de l'incompréhensible et du honteux, nombre de facteurs non médicamenteux de guérison ou d'amélioration clinique. Les MAC s'en saisissent sans états d'âme, même si elles réfutent elles aussi l'effet placebo, synonyme de charlatanisme. Cette coupure artificielle de l'efficacité en efficacité biologique et effet placebo est intellectuellement fautive et contre-productive à l'ère de la panne des innovations pharmaceutiques. Elle nous condamne de plus, à ne guérir que pour de bonnes raisons, c'est-à-dire des raisons biologiques.

Forte de preuves scientifiques et traditionnelles, usant de produits *naturels*, la phytothérapie revendique le statut de médecine intégrative, c'est-à-dire capable de sélectionner ce qu'il y a de mieux au sein de *science, nature et tradition*. L'homme médecin connaît le code génétique des plantes, l'ethnopharmacologue confirme (ou infirme) scientifiquement les assertions des médecines traditionnelles. C'est en fait un discours de juxtaposition qui suggère la convergence de données issues de paradigmes différents, opération rendue possible par une extraction sélective de leur contexte de production et leur réinterprétation dans un nouveau paradigme. Les patients et les praticiens de terrain se soucient peu de cette discordance théorique ; ils procèdent à l'intégration en acte. Peu leur importe que les avis des experts ou des autorités tendent à les en dissuader ou à les y encourager. Les patients multiplient les recours, bricolent leurs modèles explicatifs de la maladie en usant de toutes leurs ressources cognitives, quitte à ignorer et



cloisonner les avis contradictoires [18]. Quant aux praticiens, ils proclament gérer « holistiquement » des corps et des représentations morcelées, illustratives d'une culture contemporaine autant globalisante que découpante. Un thérapeute s'occupe de l'énergie, l'autre du psychisme, un autre encore de l'émotionnel, un dernier donne un traitement symptomatique et l'intégration relève plus de la juxtaposition que de la réunion harmonieuse des paradigmes et des traitements. Les thérapeutes ouverts et formés à d'autres modes de pensée, qui communiquent entre eux afin d'unifier leur prise en charge représentent peut-être le meilleur exemple d'une intégration en acte, harmonieuse.

La construction de la preuve en phytothérapie pourrait avoir pour parabole l'histoire de l'homme ivre qui cherche ses clés la nuit sous un réverbère, que nous rappelle Stengers pour illustrer la lutte historique menée par la médecine officielle pour se démarquer du charlatanisme [16]. Il les a perdues loin de celui-ci mais il les cherche sous sa lumière parce que c'est le seul endroit où il y voit quelque chose. La connaissance des plantes et de leurs effets thérapeutiques évoque une multitude de petits réverbères éclairant tous très précisément une petite surface mais dans l'incapacité d'éclairer le tout. Chacun cherche sous son réverbère et ne perçoit qu'une petite partie de l'objet.

Ce travail couronne un parcours d'interrogation long et complexe qui a commencé sur les bancs de l'université de médecine mais ne se clôt pas avec l'écriture de la conclusion d'une thèse. Cette recherche se veut appliquée et applicable. Contribuer à la réflexion sur le statut des produits et des praticiens, élaborer une démarche intégrative qui profite aux patients et ne se limite pas à une juxtaposition de discours disparates, concevoir une refondation de l'évaluation de l'activité des phytoremèdes en tant qu'objets complexes et au-delà, repenser la question de l'efficacité et de la rationalité médicale peut paraître ambitieux, mais ce sont bien ces questionnements qui sont ouverts. La formation médicale a posé un cadre initial mais aussi des limites pratiques à l'appréhension de ce sujet. La progression dans des niveaux de nuances et de complexité inattendus m'a obligée à solliciter avis et regards de divers experts : phytochimistes, botanistes, biologistes, écologues, pharmacologues, économistes, juristes et autres, constituant pour l'occasion un collectif transdisciplinaire informel mais efficace tel que Morin l'appelle de ses vœux [19]. Un tel collectif, se trouve par exemple ébauché à travers la Société Française d'Ethnopharmacologie à Metz ou dans des initiatives comme celles du LECA (Laboratoire d'Écologie Alpine, Université Joseph Fourier, Grenoble). Ces structures mettent en place des recherches et des enseignements, publient des cahiers ou des revues et associent diverses disciplines en lien avec la plante médicinale. Mais elles manquent parfois de soutien institutionnel, souffrent du cloisonnement des disciplines et ne réalisent pas encore une chaîne transdisciplinaire complète (il y manque par exemple les ethno-écologues ou les économistes) qui serait la mieux à même de se pencher sur les problématiques soulevées par ces objets complexes. En l'occurrence, cette chaîne transdisciplinaire pourrait repenser l'évaluation et la compréhension des médecines non conventionnelles faisant appel à des pratiques et à une pharmacopée de natures différentes et se pencher sur les conséquences de la structure mondialisée du marché. Cela permettrait d'orienter à la fois le législateur, le décideur politique et le patient, soumis à des expertises souvent partielles, parfois partiales.

Je dois également citer des conséquences pratiques de cette thèse au niveau individuel de mon quotidien de médecin généraliste. Tout d'abord, mon scepticisme vis-à-vis de certaines pratiques de la médecine n'a cessé de se renforcer : l'analyse comparée avec les pratiques de la phytothérapie ont fait ressortir les limites de ma formation initiale. Il en a résulté une approche moins médicamenteuse et des consultations toujours plus longues, ce qui à terme est peu viable dans le système de soins basé sur le quantitatif (en particulier la rémunération à l'acte). En ce qui concerne les phytoremèdes, la disparité des données recueillies, la faiblesse de certaines théories et l'évidence de l'empirisme des pratiques m'ont tout d'abord dissuadée de les utiliser. Je ne parvenais pas à avoir confiance dans des plantes que l'on indique pour tout et son contraire, à des posologies variant du simple au décuple, à partir de discours parfois ésotériques ou incompréhensibles. Mais la réflexion sur la dérive de l'industrie pharmaceutique, le simplisme ou parfois même l'inanité de la conception physiopathologique du corps médical (réduit à sa composante biologique), l'incapacité à penser la santé et non la maladie, et autres angles morts de la médecine auxquels il m'a fallu me confronter chemin faisant, m'ont conduite à accepter les limites de mon exercice, théoriquement basé sur les preuves et l'objectivité scientifique. La prise de conscience de la dimension subjective et pairjective de la décision thérapeutique m'a révélé l'empirisme caché de nombre de pratiques de soin, dont la pratique médicale conventionnelle quotidienne. Cet empirisme n'a pas toujours été considéré comme une subjectivité problématique, mais aussi comme l'expérience d'un praticien face à des pratiques non standardisées [20]. Pourquoi refuser à la phytothérapie ce que j'accorde à la médecine ? J'essaie donc aujourd'hui de pratiquer une phytothérapie empirique raisonnable, devant des résultats parfois excellents, parfois moyens, parfois nuls, mais améliorant manifestement mon arsenal thérapeutique.

J'ai donc décidé de poursuivre mon travail de recherche sur la phytothérapie et de travailler au sein de groupes multidisciplinaires sur cette thématique. Le but de cette thèse est de plaider une fois



de plus en faveur du décloisonnement et d'œuvrer à une meilleure connaissance des conséquences sanitaires, sociales et environnementales des pratiques de soin usant de pharmacopée végétale. L'autre décloisonnement souhaitable est celui de la médecine conventionnelle qui continue d'ignorer ou de dévaloriser les pratiques qui ne relèvent pas de son paradigme et qui ne peuvent se soumettre à ses moyens de validation. Elle se coupe ainsi progressivement des patients qui n'attendent plus, pour explorer d'autres horizons, la bénédiction d'un corps médical dont ils contestent la toute-puissance. Ce travail sert de base à des enseignements post-universitaires de sensibilisation des médecins à la pharmacopée des MAC et tente de répondre à des interrogations croissantes chez les médecins en exercice.

## Références

1. Baer H. The Growing Interest of Biomedicine in Complementary and Alternative Medicine: A Critical Perspective, *Medical Anthropology Quarterly* 2002;16 (4): 403-5.
2. Reynolds S, Van Der Geest S, Hardon A. *Social lives of Medicines*, Cambridge University Press, 2002.
3. Evans S. Changing the knowledge base of Western herbal medicine, *Social Science and Medicine* 2008;67: 2098-2106.
4. Hirsch M. *Pour en finir avec les conflits d'intérêts*. Paris 2010, Editions Stock.
5. Kleinman A. *Popular Health Care, Social Network and Cultural Meanings: The Orientation of Medical Anthropology*. In *Handbook of Health, Health Care and the Health Professions*, ed. D Mechanic. New York: New York Free Press 1983, pp. 569-90.
6. Etkin NL. Perspectives in ethnopharmacology: forging a closer link between bioscience and traditional empirical knowledge. *Ethnopharmacology* 1999;68.
7. Anderson R. The Efficacy of Ethnomedicine: Research Methods in Trouble in *Medical Anthropology* 1991;13(1- 2):137-71.
8. Weniger B, Bourdy G. Ethnopharmacologie et innovation thérapeutique : un défi pour le 21<sup>e</sup> siècle ? in *Biofutur N° 290 : Ethnopharmacologie. Des savoirs traditionnels aux médicaments de demain*, 2008; pp. 41-46.
9. Gentner D, Jeziorski M. The shift from metaphor to analogy in western science, *Metaphor and thought*, Cambridge University Press 1993.
10. Descola P. *Par-delà nature et culture*, Paris, 2005, Gallimard.
11. Lenclud G. « La tradition n'est plus ce qu'elle était... Sur la notion de "tradition" et de "société traditionnelle" en ethnologie ». *Terrain* 1987;9:110-23.
12. Latour B. *Nous n'avons jamais été modernes*, Paris, 1991, La découverte.
13. Hobsbawm E. Ranger T. (eds). *The Invention of Tradition*. Cambridge, Cambridge University Press 1983.
14. Bureau L. *Développez vos marchés : les médecines douces*, coll. Les essentiels du pharmacien, Rueil-Malmaison, ed. Groupe Liaison SA, 2001.
15. Skrabanek P, Mc Cormick J. *Idées folles, idées fausses en médecine*. Paris, 1992, Editions Odile Jacob.
16. Stengers I. *Le médecin et le charlatan, Médecins et sorciers*, Le plessis-Robinson, Les empêcheurs de penser en rond, 1955 pp. 115-161.
17. Thalabard JC. Le placebo, un concept nécessaire ? in *Placebo le remède des remèdes*, dir : Maire P. & Boussageon R, Lyon Thériaka, 2008 pp. 135-142.
18. Ferrand A. *Appartenances multiples Opinion plurielle*, Villeneuve d'Ascq, Presses Universitaires du septentrion, 2011.
19. Morin E. *Introduction à la pensée complexe*, Paris, 2004, Seuil, Points Essais.
20. Collin J. *Une épistémologie médicale en changement ; raisonnement thérapeutiques entre science et croyance*, in *Le médicament au cœur de la socialité contemporaine*, Montréal, presses de l'Université du Québec, 2006, pp 129-151.

**Liens d'intérêt : aucun**