HAL
open science

# Un savoir thérapeutique hybride et mobile : éclairage sur la recherche médicale en médecine chinoise en Chine aujourd'hui

Evelyne Micollier

## To cite this version:

Evelyne Micollier. Un savoir thérapeutique hybride et mobile : éclairage sur la recherche médicale en médecine chinoise en Chine aujourd'hui. Revue d'Anthropologie des Connaissances, 2011, 5 (1), pp.41-70. ird-00597880

**HAL Id: ird-00597880**

**https://ird.hal.science/ird-00597880v1**

Submitted on 2 Jun 2011

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

CAIRN.INFO
Chercher, repérer, avancer.

# UN SAVOIR THÉRAPEUTIQUE HYBRIDE ET MOBILE

## Éclairage sur la recherche médicale en médecine chinoise en chine aujourd'hui

**Evelyne Micollier**

**S.A.C. |** *Revue d'anthropologie des connaissances*

**2011/1 - Vol. 5, n° 1**
**pages 41 à 70**

**ISSN**

Article disponible en ligne à l'adresse:

---

**http://www.cairn.info/revue-anthropologie-des-connaissances-2011-1-page-41.htm**

---

Pour citer cet article :

---

Micollier Evelyne , « Un savoir thérapeutique hybride et mobile » Éclairage sur la recherche médicale en médecine chinoise en chine aujourd'hui,
*Revue d'anthropologie des connaissances*, 2011/1 Vol. 5, n° 1, p. 41-70.

---

Distribution électronique Cairn.info pour S.A.C..

© S.A.C.. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - - - 59.108.106.146 - 14/05/2011 03h58. © S.A.C.

# UN SAVOIR THÉRAPEUTIQUE HYBRIDE ET MOBILE

## Éclairage sur la recherche médicale en médecine chinoise en Chine aujourd'hui

ÉVELYNE MICOLLIER

L'introduction d'innovations en Médecine Chinoise Traditionnelle (*zhongyi, MCT*) et l'influence de la médecine des preuves (*evidence-based medicine, EBM*) comme modèle de validation scientifique et voie de légitimation avec un recours aux essais cliniques qui se systématise sont révélateurs du processus de biomédicalisation de la recherche à l'œuvre aujourd'hui. La MCT est la forme standardisée de médecine chinoise intégrée au système de santé publique promue par le gouvernement chinois depuis les années 1950. Trois points seront discutés dans cet article: le premier introduit le contexte médical « pluriel » de la Chine contemporaine et évoque un débat récent sur l'intégration de la MCT dans le système de santé publique, qui a mobilisé des acteurs officiels, des intellectuels et la population générale. Le deuxième offre un éclairage sur la recherche et le développement à partir de l'exemple de la recherche médicale sur le sida en MCT en Chine. Le dernier point porte sur les interfaces de savoirs thérapeutiques hybrides et leur mobilisation dans le cadre de la recherche en MCT et de la construction d'espaces de soins mondialisés.

Mots clés : Essais cliniques, médecine chinoise traditionnelle, médecines des preuves, recherche médicale, savoirs hybrides, sida



Document téléchargé depuis www.cairn.info - - - 59.108.106.146 - 14/05/2011 03h58. © S.A.C.

À partir des années 1990, on observe une biomédicalisation croissante de la médecine « traditionnelle » empirique[1] ; ce processus résulte, d'une part, de la mise en œuvre de politiques du gouvernement chinois sur le long terme, d'autre part de la circulation des idées et des pratiques à une échelle mondiale[2]. Des enjeux économiques nouveaux apparaissent dans le cadre de l'émergence d'un marché mondial de la santé qui sont devenus plus évidents suite à l'entrée de la Chine à l'OMC (Organisation Mondiale du Commerce, décembre 2001). Cette intégration va confronter l'industrie pharmaceutique chinoise, principalement étatique, à la compétition internationale qui la contraint à une restructuration rapide dans les années 2000. Sous Mao, le gouvernement avait déjà pressenti le potentiel commercial de la médecine herbale : en 1955, l'industrie des produits médicinaux fut placée sous le contrôle de ministère du Commerce (*shangwu bu*) (Taylor, 2005, p. 77)[3].

Dans ce contexte, une pharmacologie de médecine traditionnelle (*zhongyiyao xue*), c'est-à-dire une science qui étudie les modes d'action des médicaments, voit le jour et questionne la normativité et l'usage systématique des prescriptions de la matière médicale couramment utilisée. Cependant, la pharmacopée traditionnelle (*zhongyao*) n'est pas un corpus fossile et la matière médicale indiquée dans des ouvrages réglementaires et normatifs concernant les substances thérapeutiques et la préparation des médicaments a été réactualisée au fil des siècles. Remarquons aussi que l'Académie Nationale de Médecine chinoise traditionnelle (*Zhongguo zhongyi yanjiuyuan,* littéralement *Institut de recherche sur la MCT*) est devenue l'Académie Nationale de Sciences Médicales Chinoises (*Zhongguo zhongyi kexueyuan*). Cette institution est devenue plus prestigieuse ces dernières années et a connu un développement sans précédent grâce à des financements publics accrus. Cette nouvelle dénomination est porteuse de sens. En effet, les méthodes et les théories de la science ont bien transformé les corpus de savoirs et les pratiques de la médecine chinoise sous l'impulsion conjointe à l'échelle nationale, d'une volonté politique forte et, à l'échelle internationale, d'un besoin de légitimation et de contraintes économiques nouvelles dues à l'intégration accrue de la Chine dans le nouvel ordre économique mondial.

On étudiera ici l'introduction d'innovations en Médecine Chinoise Traditionnelle (MCT), particulièrement remarquable avec la biomédicalisation de la recherche et l'importance nouvelle accordée à la médecine des preuves et aux essais cliniques[4]. De plus, des essais de traitements traditionnels ou néo-

1 D'autres aspects non empiriques qui relèvent notamment du domaine religieux ne sont pas concernés et sont de toute manière ignorés dans la construction étatique d'une médecine chinoise « moderne » et « normalisée ».

2 Cet article est élaboré à partir d'une communication présentée au congrès du Réseau Asie qui s'est tenu à Paris en septembre 2007.

3 Extrait de discours de 1954 : « We should increase the production the inspection and protection of every province's production of medicinal materials, encourage their production, facilitate transport and promote sales » (Meng Qingyun, 1999, p. 734, cité par Taylor, 2005, p. 77).

4 Cette médecine (Evidence Based Medicine, EBM) se caractérise par une valorisation accrue de

Document téléchargé depuis www.cairn.info - - - 59.108.106.146 - 14/05/2011 03h58. © S.A.C.

traditionnels conduits dans les pays en développement[5] soulèvent de nouvelles questions. Ainsi, des essais cliniques portant sur des traitements du sida sont menés depuis une vingtaine d'années en Chine et en Afrique dans le cadre de protocoles de MCT. Par ailleurs, des traitements de MCT sont inclus dans des protocoles d'essais cliniques biomédicaux visant essentiellement à développer des traitements biomédicaux. Les complexes médicinaux (*compounds*) de la pharmacopée traditionnelle (*zhongyao*) constituent la majeure partie de la *materia medica* de la MCT[6] ; des complexes « innovants » seront parfois ajoutés à la pharmacopée officielle s'ils sont validés selon les normes légales chinoises, c'est-à-dire s'ils obtiennent l'autorisation de mise sur le marché (AMM) délivrée par l'agence nationale de sécuritaire alimentaire et sanitaire (SFDA : *State Food and Drug Administration*). Dans la mesure du possible, ces complexes nouveaux issus de la MTC sont traités et testés selon les mêmes procédures de pharmacologie clinique que les médicaments biomédicaux. On assiste ainsi à une mondialisation des méthodes de recherche pour l'expérimentation des médecines non conventionnelles, qui contribue à la production de savoirs « autres », qui restent difficiles à définir.

Mon travail de recherche s'appuie sur une documentation et, dans la mesure du possible, sur l'observation d'essais cliniques de traitements du VIH/sida en

---

la méthode expérimentale et l'adoption d'une posture agnostique et objectiviste si la preuve n'a pas encore été apportée dans le cadre d'un protocole de recherche. L'essai est une phase particulière dans un ensemble de procédures qui visent à démontrer l'innocuité et l'efficacité thérapeutique d'une substance, d'une composition ou d'une biotechnologie testées pour devenir un médicament ou une technique thérapeutique : c'est l'une des étapes de développement du médicament. Les essais cliniques font partie intégrante de ce que l'on appelle la médecine des preuves, aboutissement final et mise en place de règles strictes de la « science clinique ». De cette science vont naître les essais randomisés modernes. Voir Pignarre (2004, p. 58) ; pour une histoire et une analyse anthropologique des essais cliniques, cf. Marks (1999).

5 L'usage et la recherche sur les médecines non conventionnelles sont aujourd'hui encouragés par une volonté politique locale et globale de promotion de ces médecines, initiée d'une certaine manière par l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) en 1978, date de la reconnaissance internationale de l'efficacité de médecines traditionnelles telles que la médecine chinoise et la médecine indienne Ayurveda pour le traitement de certaines pathologies. Notons cependant que l'OMS promeut seulement les éléments des médecines traditionnelles qui peuvent être validés comme efficaces et non dangereux par les méthodes scientifiques normalisées (OMS, 2002 ; Déclaration de Beijing, 2008) : de facto sont expurgés les aspects philosophiques et religieux de ces médecines ainsi que les méthodes alternatives pour prouver l'efficacité ou l'innocuité.

6 Indiqués dans la pharmacopée contemporaine officielle ; celle-ci est révisée tous les deux ans, *The Pharmacopoeia of the PRC*, 2008, enregistrée à l'OMS à partir de 1992, l'ouvrage réglementaire et normatif de référence aujourd'hui. La pharmacopée officielle chinoise inclut des médicaments de médecine traditionnelle et de biomédecine en proportion quasiment identique. En Chine, de nombreuses pharmacopées peuvent être recensées évidemment : les pharmacopées historiques (traités médicaux), dont les plus connues sont celles du *Shennong bencao jing* (Traité de pharmacopée de Shennong) composé sous la dynastie des Han aux alentours du 1er siècle de l'ère chrétienne (cf. Hoizey, Hoizey, 1988, pp. 59-62) et celle du *Bencao gangmu* (Compendium de matière médicale, 1578) attribuée au célèbre médecin chinois Li Shizhen qui vécut au XVIe siècle sous la dynastie des Ming (médecin de la cour impériale, admis à l'Académie de médecine *Taiyiyuan* en 1558), cf. Hoizey, Hoizey (1988), pp. 165-174. Shennong est la divinité de la médecine dans la mythologie chinoise et l'un des empereurs des mythes de fondation de la civilisation chinoise. À ces pharmacopées historiques officielles qui faisaient autorité dans l'empire et qui ont été enrichies au fil des siècles s'ajoutent des pharmacopées locales (régionales) chinoises et celles des autres groupes ethniques minoritaires.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - - - 59.108.106.146 - 14/05/2011 03h58. © S.A.C.

biomédecine et en médecine traditionnelle. Ces essais sont conduits en Chine dans le contexte de l'expansion de la prise en charge du sida initiée par le gouvernement depuis 2004.

Nous nous appuyons sur deux types de données : des documents et des éléments d'enquête de terrain. Pour traiter le thème de la recherche médicale à partir de l'étude de cas sur le sida en Chine, je me suis penchée sur les publications parues dans des revues académiques chinoises, plus épisodiquement dans des revues internationales et dans la presse ; simultanément, j'ai effectué des enquêtes auprès d'acteurs de la recherche incluant des professionnels de santé, des chercheurs, des administrateurs, des patients inclus dans des essais dans deux centres de recherche sur le sida en MCT. J'ai eu l'occasion de rendre visite aux patients dans ces centres accompagnée par les cliniciens.

L'article est organisé en trois sections : la première introduit le contexte médical pluriel de la Chine contemporaine et évoque un débat récent sur l'intégration de la MCT dans le système de santé publique qui a mobilisé des acteurs officiels, des intellectuels et des usagers issus de la population générale. La deuxième offre un éclairage sur la recherche et le développement à partir de l'exemple de la recherche médicale sur le sida en MCT aujourd'hui en Chine. La dernière section porte sur les interfaces de savoirs thérapeutiques hybrides et leur mobilisation dans le cadre de la recherche en MCT et de la construction d'espaces de soins mondialisés.

## 1. PLURALITÉ DES SAVOIRS THÉRAPEUTIQUES ET SITUATION DE LA MÉDECINE CHINOISE

La médecine moderne occidentale s'est répandue en Chine au XIX^e^ siècle : elle a été introduite par les missionnaires chrétiens puis par les médecins militaires dans les zones colonisées. Le savoir médical européen avait été transmis partiellement au XVII^e^ siècle par les jésuites. Par conséquent, depuis le XVII^e^ siècle et d'une manière plus systématique depuis le milieu du XIX^e^, les deux médecines sont en contact et se transforment selon un processus de réappropriation réciproque des savoirs[7]. La médecine chinoise connaît des phases d'innovations successives transformant en profondeur ses contenus et les modalités de sa transmission.

7 Ces processus de réappropriation sont partiellement documentés mais pas forcément problématisés en tant que tels dans les travaux suivants : sur les savoirs, cf. Hsu (2001) ; les pratiques, Farquhar (1994) ; les savoirs et les pratiques, Scheid (2002) ; plusieurs chapitres dans Kleinman et al. (1976) ; Leslie et al. (1976, 1992) ; dans le contexte plus spécifique du *qigong* médical institutionnel, cf. Micollier (1995) ; dans l'histoire moderne de la fin du XIX^e^ au début du XX^e^ siècle (Chine républicaine), Bretelle-Establet (2002).

Document téléchargé depuis www.cairn.info - - - 59.108.106.146 - 14/05/2011 03h58. © S.A.C.

Elle devient une médecine institutionnelle et professionnelle et simultanément a lieu une hybridation progressive des savoirs et des pratiques[8]. Depuis les années 1950, le gouvernement chinois promeut activement une forme de médecine chinoise officielle (MCT, Traditional Chinese Medicine ou *zhongyi*) qui devrait dans sa forme achevée être légitimée par la science : une telle réhabilitation de la médecine traditionnelle s'appuie sur des politiques de modernisation et de normalisation de la médecine chinoise. Ces politiques contribuent à renforcer l'autorité et la légitimité politique du gouvernement de la Chine populaire[9]. Les enjeux de ces processus sociaux dépassent largement le cadre de la santé et de la médecine : Taylor (2005) montre que l'institutionnalisation, la modernisation et la normalisation de la médecine chinoise s'effectuent dans le cadre étatique d'un projet de construction d'une société socialiste. Le projet idéologique de Mao Zedong appliqué à la médecine avait pour objectif la synthèse des médecines chinoise et occidentale impliquant un « alignement radical du scientifique sur le traditionnel » (Hsu, 2007, p. 217). Pendant l'ère maoïste, cet alignement était radical, idéologique, c'est-à-dire « scientiste » plutôt que scientifique dans le sens d'une conformité aux normes scientifiques internationales. Le processus de normalisation actuel révèle une volonté politique d'alignement selon les normes des protocoles scientifiques et de la validation de la preuve : il est encouragé par la participation d'équipes et de chercheurs chinois à des collaborations avec des équipes internationales.

La MCT est avant tout le produit de cette construction sociale et politique dans la mesure où elle est « inventée » dans le cadre d'un projet étatique : Taylor (2005), historienne de la médecine, a réalisé une étude approfondie de l'émergence de cette médecine (1945-1963) et évoque une « médecine de révolution » (*medicine of revolution*). Elle constate que ce projet a abouti de manière incontestable à une transformation des théories alors que les pratiques se perpétuent dans les faits (Taylor, 2005, p. 62).

Enfin, à l'ère des Réformes (post-1979), la MCT peut être entendue comme une médecine néo-traditionnelle dans la mesure où elle tire sa source de la tradition médicale savante, qu'elle réfère à la nature et qu'elle inclut des éléments de biologie et de médecine modernes dans la transmission et la pratique.

8 Pour une approche socio-historique du sujet, voir Taylor (2005) et Unschuld (1985, 1992) ; pour une approche anthropologique, voir Scheid (2002) ; Hsu (1999, 2001) ; Micollier (1995). Pour une analyse actualisée et raisonnée de ces processus, voir Hsu (2007). Concernant la professionnalisation des thérapeutes, voir Unschuld (1979), Taylor (2005, chap. 3 et 4).

9 De manière significative, le terme « traditional Chinese medicine » (TCM) apparaît pour la première fois en 1955 dans des documents décrivant la réforme politique et non dans des documents médicaux (Taylor 2005, p. 84) : « TCM is a medical construct distinct to Communist China. The term refers only to Chinese medicine from mid-1956 as located in Mainland China ».

Document téléchargé depuis www.cairn.info - - - 59.108.106.146 - 14/05/2011 03h58. © S.A.C.

### *1.1. La médecine traditionnelle dans le contexte du pluralisme médical : médecine « populaire » (minjian) ou médecine « étatique » (zhongyi) ?*

L'étude des composantes du pluralisme médical et de la stratification administrative informe sur les spécificités du système de santé publique chinois. Elle interroge sa capacité d'adaptation et son efficacité face à des situations sanitaires et à des enjeux nouveaux. Ces enjeux sont associés à la recherche médicale, à la globalisation sanitaire et à la gestion des problèmes de santé internationale. L'organisation du système de santé reflète encore aujourd'hui la structure hiérarchisée du système politico-administratif, avec une typologie des structures sanitaires correspondant à la stratification administrative, de l'échelon national au plus local[10].

Dans les années 1980, l'État s'est désengagé du secteur de la santé publique, une mesure qui a encouragé les administrateurs des structures sanitaires à s'autofinancer et les médecins aux pieds-nus à « remettre leurs chaussures » : ainsi, selon les principes de « l'économie socialiste de marché » prônée par le gouvernement, l'hôpital public est devenu une entreprise devant générer des revenus. Cette déréglementation s'est produite alors même que le système chinois apparaissait, à la fin des années 1970, comme un modèle pour les pays en développement, reconnu et promu par l'OMS (Alma Ata, WHO Declaration, 1978). L'État chinois envisage aujourd'hui une réforme radicale de la santé publique dont les grandes lignes ont été rendues publiques en 2008 : elles confirment le réengagement de l'État qui reconnaît l'accroissement des inégalités dans le domaine de la santé dans les années 2000. Les écarts dans les conditions de vie de la population rurale et urbaine construisent une société à multiples vitesses. À la lecture des indicateurs de développement humain selon les localités, on y observe « plusieurs pays en un seul » : ces inégalités sociales constituent une menace de plus en plus pesante pour la paix sociale dans le pays. Comme le souligne Cook dans sa présentation des défis posés par les inégalités criantes dans le domaine de la santé en Chine, le gouvernement doit « renverser la tendance à une commercialisation excessive, réglementer l'offre de soins, assurer un contrôle des coûts et une amélioration de la qualité » (2007, p. 107).

Scheid (2002, p. 292 dans son ouvrage) définit le pluralisme médical chinois comme une « synthèse » : son analyse s'appuie sur des données ethnographiques précises et intègre les approches d'autres spécialistes de la médecine en Chine. Par ailleurs, j'avais contribué à documenter les modalités de ce pluralisme à partir d'une étude ethnographique sur les pratiques de *qigong* [11] exercé dans

10 Organigramme de la structure administrative du système de santé publique chinois, voir Liu, Kaufman (2005, p. 89).

11 Ensemble de pratiques corporelles à usage thérapeutique héritées de pratiques que l'on pourrait qualifier de manière un peu réductrice de « taoïstes » recomposées dans le cadre de la société contemporaine, y compris dans le cadre socio-sanitaire institutionnel. Avec la pharmacopée

Document téléchargé depuis www.cairn.info - - - 59.108.106.146 - 14/05/2011 03h58. © S.A.C.

des institutions médicales ou de manière informelle hors institutions (Micollier, 1995, 1996).

Après la fondation de la République Populaire de Chine (1949), l'État chinois a valorisé d'autres traditions médicales que la médecine moderne occidentale (*xiyi*). La médecine chinoise traditionnelle (MCT, *zhongyi*) a été ainsi intégrée au système de santé publique dans le cadre d'une réforme politique. En Chine, la tradition médicale classique autochtone avait été professionnalisée selon des voies similaires à celle de la profession médicale de la médecine moderne (Unschuld, 1979). La médecine occidentale fut adoptée en Chine républicaine (1912-1949) au XX^e^ siècle comme seule médecine reconnue comme scientifique et efficace : la médecine pasteurienne et le modèle allemand de santé publique furent pris comme référence. Des services sanitaires modernes régis par une autorité publique (Ministère de la Santé créé en 1928) furent progressivement mis en place, ce qui représentait une innovation significative en matière de politique publique (Bretelle-Establet, 2002, p. 193). L'émergence de savoirs et de pratiques témoignant d'une réappropriation de la médecine occidentale moderne par les cultures locales est observable sur un temps long. Elle résulte d'un processus d'acculturation et dessine les contours d'une certaine vulgarisation scientifique. Les concepts scientifiques de la santé sont ainsi transformés et diffusés au contact des savoirs du secteur populaire[12]. Par la suite, la Chine socialiste fît l'expérience de plusieurs décennies de propagande contre la primauté du « savoir savant » sur le « savoir populaire » qui n'ont apparemment pas suffi à mettre un terme à l'influence de l'idéologie professionnelle dominante du personnel de santé. C'est l'une des raisons pour lesquelles les acteurs de la santé publique et la profession médicale moderne furent critiqués pendant la révolution culturelle.

Hsu (1999, 2001), Scheid (2002) et Taylor (2005) ont explicité la différence entre la médecine traditionnelle promue par le gouvernement, dénommée MCT, et la médecine chinoise dans son acception plus large. En présentant la pluralité des pratiques médicales, Scheid (2002, p. 65) puis Taylor (2005) rendent précisément compte des évolutions de la MCT depuis 1949 : la médecine chinoise a été transformée en MCT par une intervention étatique planifiée. Selon Hsu (1999, p. 7), cette médecine inclut la MCT mais n'est pas limitée à

(*zhongyao*), les massages (*anmo*) et l'acupuncture-moxibustion (*zhenjiu*), le *qigong,* thérapie de MCT moins orthodoxe, faisait partie des traitements disponibles dans certaines structures sanitaires de MCT (N.B. : jusqu'en 1999) ; rappelons que depuis la campagne de répression menée par les autorités contre le mouvement *Falun gong* en 1999, le *qigong* est interdit en Chine, à l'exception du *qigong* lié aux sports (*tiyu qigong*) qui est réduit à un ensemble d'exercices physiques.

12 Par exemple, concernant l'étiologie des maladies, dans le cadre de la médecine familiale et des médecines locales populaires, on réfère facilement à des agents pathogènes tels que des virus ou des bactéries et non plus à des agents naturels qui ne seraient pas répertoriés comme agents pathogènes dans la médecine scientifique internationale issue de la médecine occidentale moderne ou des agents surnaturels issus de représentations religieuses ; exemples du fonctionnement de la pluralité thérapeutique hors de l'institution médicale par des exemples d'itinéraires thérapeutiques et d'un « marché aux thérapies », voir Micollier (1995, pp. 90-101) et dans l'institution où les savoirs populaires ont également pénétré, cf. exemple du cas du *qigong* médical institutionnel, Micollier (1996).

Document téléchargé depuis www.cairn.info - - - 59.108.106.146 - 14/05/2011 03h58. © S.A.C.

celle-ci puisqu'elle embrasse l'ensemble du savoir médical qui, en chinois, est dénommé *zhongyi* (littéralement « médecine chinoise » à mettre en contraste avec *xiyi* « médecine occidentale »). Cette catégorie est historiquement construite en opposition à *xiyi* à partir de l'introduction de la « médecine occidentale moderne ». Cependant, dans les traductions officielles aujourd'hui, les auteurs chinois, comme le ministère de la Santé, confondent MCT avec *Zhongyi*. Taylor (2005) montre qu'à l'issue du processus de standardisation qui s'est produit dans le cadre du projet étatique (1957-1963), la MCT prend la forme d'un savoir constitué (*body of knowledge*) : ainsi est née la médecine chinoise institutionnelle de la Chine d'aujourd'hui et celle qui s'est répandue en Occident dans une certaine mesure (Taylor, 2005, p. 12). Dans les années 1990, Hsu (1999) a observé trois modes de transmission de la MTC en Chine : deux modes de transmission traditionnels comme la transmission personnelle ou secrète (transmission de maître à disciple, ou bien transmission familiale) et le mode de transmission moderne, normalisé dans le cadre des institutions académiques et sanitaires. Mais les frontières sont poreuses entre les divers modes de transmission : ces échanges aux frontières ont été bien documentés par des anthropologues à partir d'études de cas sur le *qigong* (Hsu, 1999 ; Chen, 2003 ; Micollier, 1995, 2004). Le *qigong* est une forme de médecine chinoise qui peut être qualifiée d'hétérodoxe comparée aux formes plus orthodoxes de médecine-pharmacopée, moxas[13]-acupuncture et massages.

Depuis la conférence d'Alma Ata de l'OMS en 1978[14], des traitements de la médecine chinoise comme l'acupuncture pour des soins en orthopédie ou nécessitant une anesthésie, ont été reconnus comme efficaces. Le soutien de cet organisme international s'est renforcé dans les années 1990 tandis que la diffusion au niveau mondial de la médecine chinoise s'accélérait.

Selon l'OMS (2001), le nombre d'hôpitaux de médecine chinoise, de lits et de personnel s'est accru de manière spectaculaire de 1980 à 2000 et 90 % de la population chinoise y a eu recours. Le soutien du ministère de la Santé en faveur de la médecine traditionnelle et des médecines locales[15] a été réévalué depuis vingt ans avec une augmentation régulière du budget alloué pour la pratique clinique et la recherche, ainsi que du nombre d'hôpitaux assignés et des thérapeutes formés. Il concerne également l'engagement des autorités sanitaires pour développer des médecines traditionnelles des groupes ethniques minoritaires et à créer un certain nombre de laboratoires de recherche en médecines mongole, tibétaine et ouighoure. Ces trois médecines traditionnelles sont beaucoup plus valorisées par les autorités et par les populations chinoises

13 Échauffement des points vitaux avec des cônes d'armoise. « Zhen (aiguilles) et moxas » sont associés et constituent l'une des formes de traitements de médecine chinoise et de MCT.

14 Le système chinois avait alors été érigé en modèle à suivre pour les pays en développement pour atteindre l'objectif de la santé pour tous à l'horizon de l'an 2000.

15 Les médecines locales sont constituées de médecines chinoises locales et de médecines des groupes ethniques minoritaires : 56 groupes sont officiellement recensés en Chine populaire et constituent approximativement 8 % de la population totale (recensement de 2000).

Document téléchargé depuis www.cairn.info - - - 59.108.106.146 - 14/05/2011 03h58. © S.A.C.

que d'autres médecines locales[16]. Deux caractéristiques pourraient expliquer cette différence de traitement : d'une part ces savoirs médicaux sont fondés sur des pratiques empiriques, d'autre part sur de grands corpus littéraires écrits dans leurs langues respectives. Ils se prêtent donc plus facilement à l'évaluation et à la comparaison avec la médecine chinoise. À la fin de l'année 2006, près de deux cents hôpitaux de médecines locales, appartenant au patrimoine culturel d'une quinzaine de groupes dont les Tibétains, les Ouighours et les Mongols, avaient été établis (Liu, 2006).

### *1.2. Repositionnement de la MCT et la question de sa désinstitutionnalisation : un débat de société*

La Médecine Chinoise Traditionnelle (MCT) doit-elle rester insérée dans le système de santé publique ou doit-elle être exercée hors du système par exemple dans le cadre du secteur populaire des recours thérapeutiques (*minjian yiliao*)[17] ? Cette question a fait l'objet d'un débat très médiatisé qui a été amorcé lors de la publication d'un article de Zhang Gongyao professeur de philosophie des sciences de l'Université de Changsha (province du Hunan, Chine centrale du Sud), sur son blog en octobre 2006. Zhang remet en cause l'insertion de la MCT dans le système de santé publique chinois : selon lui, la MCT comprend trop d'éléments non scientifiques, un haut degré de nocivité et des effets thérapeutiques incertains (Jia, 2006). Cet article a suscité beaucoup d'intérêt dans la population, le milieu académique, les professionnels et les autorités administratives de la santé, les thérapeutes du secteur populaire et traditionnel ainsi que parmi les usagers de soins. Dans l'ensemble, la population plébiscite l'insertion de la MCT dans le système (Li, 2006). Des cadres de la santé prirent alors position pour affirmer qu'il y avait méprise sur le terme « scientifique » pour qualifier la MCT, comme le professeur Zhang l'avait suggéré. La position officielle consiste à dire que ce terme est utilisé de manière erronée et instrumentalisé par quelques intellectuels. En décembre 2006, en réponse à cette attaque, un arrêté officiel émanant du ministère de la Santé et de l'Administration nationale pour la MCT (State Administration of TCM), plus précisément du Bureau d'administration de la pharmacothérapie traditionnelle, a réaffirmé que cette médecine est l'un des héritages les plus précieux de la culture chinoise et qu'elle ne doit pas être séparée du système de santé publique. Les promoteurs de l'exclusion de la médecine traditionnelle ont souligné que son utilisation depuis les années 1950 comme moyen de renforcer le patriotisme avait des conséquences inappropriées : en instrumentalisant la médecine chinoise politiquement et en pilotant ses transformations, le gouvernement mettrait en péril la survie de la

16 Elles sont considérées comme locales du point de vue des autorités par rapport à la médecine chinoise officielle.

17 Kleinman (1980, pp. 49-60) distingue trois secteurs de recours thérapeutiques : les secteurs populaire, traditionnel et professionnel. Des nombreuses zones d'intersection entre les secteurs attestent la pluralité et le dynamisme de tout système médical.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - - - 59.108.106.146 - 14/05/2011 03h58. © S.A.C.

médecine chinoise. Elle risquerait, selon eux, de faire partie de l'histoire des Chinois au lieu d'être en continuité avec une tradition « vivante ». En effet, cette médecine est devenue un symbole de l'identité nationale dans les discours et les représentations de la modernité en République de Chine populaire (Whyte, 2001). D'autres arguments en faveur de l'exclusion de la MTC du système de santé publique concernent la scientificité : la médecine traditionnelle ne serait pas scientifique et elle pourrait s'avérer nocive. Des chercheurs affiliés à des instituts de recherche en médecine traditionnelle ou en biomédecine apportent leur soutien à cette critique de la médecine chinoise en soutenant que la théorie des Cinq Phases et du Yin/Yang[18] ne peuvent prétendre être scientifiques. Les fondements théoriques de la médecine chinoise relèveraient d'une théorie de la connaissance traditionnelle et non pas du paradigme scientifiqFang Shimin, biochimiste, suggère un « arrangement » pragmatique : la solution serait d'abolir les théories de la médecine chinoise et de la MCT qui, de toute évidence, ne seraient pas scientifiques tout en retenant ses bienfaits, c'est-à-dire l'usage de ses « remèdes ». En effet, leur efficacité serait prouvée par l'expérience clinique ordinaire des praticiens depuis longtemps, en particulier par la transmission du savoir de la pharmacopée. D'autres membres du milieu académique encouragent une solution différente mais peu probable sur un court terme en l'état actuel des connaissances : ils préconisent, en accord avec les politiques et les discours officiels, un investissement accru en budget et ressources humaines pour accélérer la modernisation de la MCT avec pour objectif d'évaluer et exploiter son potentiel à sa juste valeur ; pour cela, il faudrait alors tester les traitements avec les outils méthodologiques et théoriques de la biomédecine.

Selon un sondage réalisé par le *Zhongqing bao* (Journal de la jeunesse) sur internet, 87.8 % de la population témoignaient leur soutien envers la médecine chinoise et plébiscitaient son insertion dans le système de santé publique. La question à choix unique proposait trois réponses possibles :

Êtes-vous pour ou contre le retrait de la médecine (*zhongyi*) et des médicaments (*zhongyiyao)* traditionnels du système de santé publique ?

- Pour le retrait, parce que vous estimez que la médecine traditionnelle n'est pas du tout scientifique et que son efficacité est incertaine.
- Contre le retrait, parce que la médecine et les médicaments traditionnels sont le fruit d'une expérience de plusieurs millénaires.
- Je ne sais pas.

18 L'une des théories qui sous-tend la tradition médicale savante. Les Cinq Phases (*Wuxing*) et les principes du *Yin*/*Yang* sont des concepts fondamentaux de la pensée chinoise : *xing* signifie le mouvement et la cause de l'action. Appliquées au domaine médical, les Cinq Phases régissent le fonctionnement de tout organe vivant : les relations physiologiques et pathologiques de tous les organes internes reposent sur l'interaction des Cinq Phases en apportant l'harmonie (la santé) ou le déséquilibre (la maladie) ; Yin/Yang littéralement ubac *yin* et adret *yang* de la montagne. Il s'agit d'un concept fondamental de la philosophie médicale utilisé pour produire une analyse raisonnée du vivant : tous les organes du corps vivant révèlent l'un des principes ou les deux principes dans leur fonctionnement ; la maladie résultant d'un dysfonctionnement des organes est attribuée à des perturbations du *Yin* et du *Yang* (Liu, Liu, 1980).

Document téléchargé depuis www.cairn.info - - - 59.108.106.146 - 14/05/2011 03h58. © S.A.C.

Un autre sondage par internet proposait de répondre aux deux questions suivantes :

- Êtes-vous pour ou contre le maintien de la médecine traditionnelle dans le système de santé publique ?
- Pensez-vous qu'elle doive plutôt être exercée dans le cadre des organisations informelles et des lieux d'héritages des savoirs populaires (*minjian yiliao* : traitements populaires) [aux contours flous] ?

De manière compréhensible, ces deux questions n'apparaissent pas comme mutuellement exclusives aux yeux des participants : la MCT intégrée au système de santé publique n'exclut pas un exercice parallèle dans d'autres sites hors des institutions ; elle peut prendre alors d'autres formes qui se développent ou qui sont revitalisées hors du contexte de la modernisation et de la standardisation de la MCT « officielle ».

J'ai mené une recherche documentaire plus approfondie qui n'est pas fondée sur les informations diffusées par la presse mais sur des articles publiés dans des revues scientifiques chinoises (parmi eux, voir Zhang, 2006a, 2006b). L'analyse de ces documents montre des positions qui ne sont pas alignées sur le discours officiel et qui ne se résument pas à une opposition manichéenne : pour ou contre la MCT dans l'institution médicale publique ? En effet, Zhang ne s'oppose pas radicalement à la promotion et à la valorisation de *zhongyi* mais remet en cause le processus d'institutionnalisation de cette médecine dans le cadre d'écoles, d'instituts et d'universités qui enseignent la médecine chinoise (*zhongyi xuexiao, xueyuan, daxue*)[19]. Selon lui, *zhongyi* ne peut pas devenir une discipline du système académique car la médecine traditionnelle se caractérise par sa dimension holistique et ses liens historiques, philosophiques et philologiques avec la littérature, la poésie et la peinture. Zhang propose un retour de la MCT dans le secteur des « traitements populaires » (*minjian yiliao*) et une revalorisation de la transmission familiale héréditaire ou spirituelle : la transmission s'effectuait de maître à disciple et était dispensée par un « *lao zhongyi* », c'est-à-dire un (vieux) médecin traditionnel respecté parce que reconnu comme compétent. Il suggère aussi un autre cadre d'exercice de cette médecine, celui qui est offert par les organisations sociales populaires (*minjian hui/pai*). Ces deux propositions sont un moyen de clore le débat actuel de la modernisation post-maoïste du savoir médical traditionnel considéré officiellement comme un trésor patrimonial : selon Zhang, si l'objectif est justement de conserver une tradition vivante, il n'est pas approprié de poser la question de la preuve de l'efficacité et de la standardisation internationale selon les normes des sciences biomédicales.

19 Sur les écoles, les cursus universitaires de MCT, l'organisation administrative des études et le contenu des enseignements, voir Hsu (1999) ; Marié (2005) ; sur l'histoire de la formation standardisée et la parution de manuels de référence à usage national, voir Taylor (2005, chap. 3 et 4).

Document téléchargé depuis www.cairn.info - - - 59.108.106.146 - 14/05/2011 03h58. © S.A.C.

## 2. LA RECHERCHE EN MÉDECINE CHINOISE TRADITIONNELLE : L'EXEMPLE DU SIDA[20]

À l'heure où le sida est enfin l'objet d'une *mise en discours* officielle, quelles sont les pratiques de recherche qui se développent en matière de traitement du VIH ? Sur quels types de savoirs se fondent-elles ? Les nouvelles molécules et des technologies produites par la recherche biomédicale sont testées dès leur phase expérimentale et durant l'élaboration de médicaments et de produits biotechnologiques validés par les autorisations de mise sur le marché (AMM) dispensée selon des normes précises par des agences gouvernementales ou internationales. Une « chaîne du médicament fait intervenir un grand nombre d'acteurs, de procédures, de régulations, de représentations et d'usages : les médicaments prennent une valence et des significations différentes qui révèlent la polyvalence de ces substances à la fois techniques et symboliques… » (Garnier et Levy, 2007). De plus, elle s'inscrit dans le cadre du processus de mondialisation économique et culturelle dans la mesure où chaque phase peut être conduite dans des sites très éloignés géographiquement. Cette « chaîne du médicament » met en évidence les enjeux biomédicaux, socioéconomiques, culturels et éthiques dans la circulation et les significations attribuées aux produits. Depuis une vingtaine d'années, la dispersion géographique du processus de production industrielle n'a jamais été aussi forte : les lieux de conception, de production, de commercialisation et de consommation peuvent se trouver dispersés à des milliers de kilomètres de distance et les différentes phases de la chaîne du médicament se réalisent par des acteurs qui n'ont aucun contact entre eux et qui, dans la plupart de situations, ne partagent pas une culture commune. Ce mode de production et de consommation est devenu graduellement la norme plutôt que l'exception.

De plus, les médicaments sont des objets culturels et sociaux, comme le propose des tenants d'une approche culturelle du médicament (Van der Geest et al., 1996, 1988 ; Reynolds Whyte et al., 2002 ; Desclaux, Levy, 2003). Ils circulent dans le monde et connaissent une « vie sociale : ils peuvent donc être étudiés selon une perspective biographique, inspirée par les travaux d'Appadurai (1986) autour de la notion de «vie sociale des choses » (*social life of things*) et ceux de Van der Geest et al., auteurs qui proposent une relecture critique de cette notion en l'appliquant à l'objet « médicament ». Les usages multiples du médicament offrent une voie pour explorer des aspects fondamentaux de la culture comme, par exemple, le rapport au savoir (Desclaux, Levy, p. 12).

20 Cette section inclut des extraits révisés de Micollier (2009a, pp. 84-85).

Document téléchargé depuis www.cairn.info - - - 59.108.106.146 - 14/05/2011 03h58. © S.A.C.

## 2.1 Essais cliniques de traitements du sida

Les essais cliniques en Chine connaissent un développement inégalé depuis les années 2000, période d'accélération du processus de mondialisation économique et culturelle et d'insertion dans le marché mondial de la santé. Le pays a très récemment intégré le système OMS d'enregistrement des essais cliniques (OMS, 2007) et les données chinoises peuvent, grâce à cet outil, être soumises au portail OMS de recherche sur internet : le Registre chinois des essais cliniques a été reconnu, en moins de deux ans d'existence, comme conforme aux normes préconisées par l'OMS. Dans ce contexte, des traitements du sida dont des traitements innovants sont testés en médecine traditionnelle et en biomédecine[21].

Ainsi, les voies de légitimation de la MCT passent par une validation fondée sur l'évidence apportée par l'expérimentation biomédicale : la preuve de l'efficacité biologique du complexe médicinal ou de la technique testée et de son innocuité doit être apportée selon des critères d'évaluation relevant de la médecine des preuves pour que ces traitements soient validés par la communauté scientifique internationale et autorisés à être mis sur le marché (OMS, 2002 ; White House Commission, 2002)[22].

Wang et Zou (2007) ont publié un article d'introduction générale à la recherche sur le traitement du VIH/sida en MCT menée en Chine depuis vingt ans : ils admettent que bien que l'usage de la MCT soit prometteur, « un long chemin reste à parcourir ». Wang est le directeur du « Centre de MCT pour la prévention et le traitement du sida » à l'Académie de Sciences Médicales Chinoises (Académie nationale de MCT) et le chercheur dirigeant un certain nombre d'essais cliniques de traitements du sida (compositions *Zhongyan-2 et Zhongyan-4*, voir ci-après) conduits par cette institution[23]. Dans l'introduction, les auteurs soulignent que la MCT pourrait à terme réduire des effets secondaires du traitement biomédical courant, améliorer la qualité de vie des patients et contribuer au traitement d'individus qui refuseraient les ARV (anti-rétro viraux) ou qui y seraient résistants : ainsi, dans le cadre de la prise en charge du VIH/sida (Wang, Zou, 2007, p. 471), la MCT est clairement considérée comme une médecine complémentaire.

Selon les résultats rapportés dans un certain nombre de publications académiques chinoises sur les essais cliniques de traitement du sida, l'expérimentation en MCT aurait été concluante dans les domaines suivants : (1) le processus d'identification de plantes qui seraient les plus efficaces pour lutter

21 Exemples de recherche en biomédecine dans le cadre du développement de la recherche vaccinale préventive ou thérapeutique, cf. Micollier (2007b).

22 Sur les concepts de preuve et de CAM, cf. Micollier (2009b), Barry (2005).

23 A Beijing, les structures de médecine traditionnelle spécialisées dans le traitement et la prise en charge du sida incluent des centres spécialisés (*aizibing liaofa zhongxin*) tels que celui de l'hôpital Guang'anmen (GAMH AIDS Clinical Center). Cet hôpital est rattaché à l'Académie Nationale de Sciences Médicales Chinoises et collabore avec des structures de recherche telles que le centre dirigé par Wang ; sur l'histoire et l'origine de l'Académie et de cet hôpital relocalisé hors de l'Académie en 1963, cf. Taylor (2005, p. 88).

Document téléchargé depuis www.cairn.info - - - 59.108.106.146 - 14/05/2011 03h58. © S.A.C.

contre la maladie, (2) l'extraction des substances les plus actives des plantes : plus de soixante-dix plantes seraient reconnues pour leurs effets antiviraux, et (3) l'expérimentation des complexes médicinaux fondés sur la pratique et le savoir de la MCT.

Ces publications conceptualisent certains composants naturels de la pharmacopée (végétaux, minéraux ou animaux) comme des produits médicamenteux appartenant au modèle biomédical sans référence explicite à la théorie et à la pratique de la MCT. Des essais cliniques sur CATCM-II (*Zhongyan*-2), CATCM-IV (*Zhongyan*-4), deux traitements innovants en MCT portant le nom de l'institution qui effectue l'expérimentation (*Zhongguo zhongyi yanjiu yuan* : Chinese Academy of TCM, ancienne dénomination de CACMS), la composition SH, les tablettes *Aike Fuzheng, Qiankunning* et *Aikezhi* sont en cours ou terminés[24].

Afin d'éclairer le problème de l'évaluation des résultats, prenons l'exemple de la publication de Ma et al. (2007), qui exposent les résultats d'un essai clinique visant à tester l'efficacité de la capsule *Aikeqing* en traitement combiné avec les ARV (antirétroviraux) : le protocole décrit une expérience clinique dont les résultats, quels qu'ils soient, seront sans validité scientifique car ils ne concernent que huit patients et sont réalisés sans groupe de contrôle ; ils ne correspondent donc pas aux normes internationales de l'essai randomisé en double aveugle. Cependant, pour un certain nombre de cliniciens, les résultats montrent une certaine efficacité thérapeutique. Ce type de travaux en recherche clinique pourrait être validé dans une certaine mesure dans le cadre de procédures plus souples que celui imposé par le cadre normatif de l'EBM (voir note 4 et section 3). En effet, cette expérimentation clinique ne dépend pas uniquement de la seule subjectivité d'un praticien.

La recherche documentaire[25] met en évidence le fait que la plupart des composants des traitements les plus utilisés sont d'usage commun en MCT, dans la médecine familiale et dans les pratiques d'automédication. Certains traitements sont d'usage courant dans la vie quotidienne des personnes et des familles destinés à l'entretien de la santé et à la régulation de l'immunité globale du corps. Par exemple, de nombreux protocoles utilisent le ginseng et l'astragale, deux plantes inscrites dans les pharmacopées historiques avec l'indication thérapeutique de « tonique » contribuant à la restauration du système immunitaire. Ces plantes sont également des panacées populaires auxquelles ont recours les populations chinoises[26]. Seuls quelques traitements relèvent d'innovations en TCM comme par exemple les complexes de *Zhongyan*-1 à *Zhongyan*-4.

24 Détails sur les résultats des essais cliniques de MCT, cf. Wang, Zou (2007) ; Micollier (2007c).

25 Voir sélection de documents analysés indiquée dans la bibliographie de cet article: résultats d'essais cliniques publiés dans des revues médicales chinoises sauf Burack et al. (1996), revue médicale internationale.

26 Signalons aussi que ces plantes occupent une place de choix dans les pharmacopées autres que chinoises et contribuent à l'élaboration d'une phytothérapie globalisée.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - - - 59.108.106.146 - 14/05/2011 03h58. © S.A.C.

Ces traitements innovants sont testés selon une méthodologie d'essai randomisé en double aveugle avec groupe de contrôle sous placebo : la composition *Zhongyan*-4 est présentée dans les résultats publiés par Wang *et al*. (2006). Le produit testé, préparé par l'entreprise pharmaceutique Tianjiang basée dans le Jiangsu, inclut des extraits de « racine de Ginseng (*Radix Ginseng*), racine d'Astragale (*Radix Astragali*), *Fructus Lycii, Radix Fricosanthis, Radix Scutelleriae, Herba Violae*, etc. ». L'article conclut que la préparation a une fonction de protection et/ou de reconstruction de l'immunité des patients atteints du SIDA aux stades précoce et intermédiaire, et contribue à réduire la charge virale, à augmenter le poids du corps et à améliorer certains symptômes[27]. Des constituants du second composant font l'objet de recherches au niveau international : des résultats prometteurs sont rapportés dans une revue internationale d'immunologie *The Journal of Immunology* (Fauce et al., 2008)[28].

À partir d'entretiens de membres du personnel (techniciens, étudiants, chercheurs et cliniciens d'un centre de recherche sur le sida), j'ai constaté la prégnance de représentations syncrétiques de la santé et de la maladie empruntant à la fois au modèle traditionnel et scientifique (Micollier, 2007a). Certains interlocuteurs recommandaient le traitement par moxibustion *jiu* plutôt que par acupuncture bien que les deux méthodes soient systématiquement associées dans un traitement conventionnel de MCT (*zhenjiu* en chinois, signifiant littéralement « aiguilles et moxas »). Par ailleurs, j'ai été surprise par l'intérêt manifesté par l'un de mes interlocuteurs, D., vice-directeur de l'institut, pour les traitements par *qigong,* forme de médecine chinoise hétérodoxe dont l'usage dans le cadre institutionnel a été controversé selon les périodes mais qui est formellement interdit aujourd'hui (cf. note 11). D. estimait que son niveau était encore trop bas pour traiter ou initier des recherches du traitement sida par *qigong*. J'avais déjà observé une méthode de *qigong* médical visant à soigner les cancers et le sida au début des années 1990 à Canton (Micollier, 1995, 2004).

Bien que des traitements d'acupuncture-moxibustion et de *qigong* soient décrits dans Song et al. (2006), les traitements testés dans le cadre d'essais cliniques sont en général des compositions et des prescriptions de pharmacopée (*zhongyao)* accompagnées éventuellement d'un traitement complémentaire (*zhenjiu*, *qigong*).

Cependant, les résultats d'essais cliniques de traitements du sida en MCT ne révèlent pas d'avancée significative pour le moment : une seule composition (tablette herbale Tang : *Tangcao pian*) a finalement obtenu l'approbation de l'agence de sécurité alimentaire et sanitaire chinoise en 2006[29]. Comme l'affirme

27 Wang et al. (2006), conclusion de l'abstract.

28 Cependant, notons qu'un commentaire visant à la vulgarisation de cette publication sur-interprète quelque peu les résultats, semble-t-il, voir « AIDS Breakthrough : Astragalus Root Could Replace HIV Drugs », 13 novembre 2008, //www.naturalnews.com/0244799.html, page consultée le 15 novembre 2008.

29 Recherche clinique testant la tablette *Tangcao* par des essais cliniques randomisés en double aveugle avec groupe de contrôle placebo, voir Wu et al. (2004) ; Wang, Zou (2007, p. 473).

Document téléchargé depuis www.cairn.info - - - 59.108.106.146 - 14/05/2011 03h58. © S.A.C.

Cao (2007), immunologiste et investigatrice en chef de l'axe qui concerne la recherche clinique sur le sida en MCT du programme CIPRA-Chine (China Integrated Programs for Research on AIDS), une initiative promue et financée par les NIH (National Institutes of Health) des États-Unis à une échelle mondiale, aucune catégorie spécifique de médicament qui pourrait inhiber la réplication du virus et reconstruire l'immunité du patient n'a été identifiée.

## *2.2 La recherche-développement*

Dans le cadre du marché mondial de la santé, la recherche et le développement sur les traitements de MCT constituent une niche de marché pour l'industrie pharmaceutique chinoise composée majoritairement d'entreprises publiques. Suite aux contraintes imposées à la Chine lors de son entrée à l'OMC, ces entreprises ne peuvent plus fabriquer systématiquement les génériques de produits biomédicaux brevetés dans les pays développés qui représentaient 97 % de leur production. Le développement de la pharmacologie pour promouvoir la MCT se produit de manière concomitante à une tendance à la marchandisation dans les sociétés de consommation. Il relève du processus de la mondialisation des méthodes de promotion des médecines traditionnelles : par exemple, lors de simples visites dans des pharmacies à Pékin, l'observateur constate que les méthodes de marketing et le conditionnement de produits MCT se rapprochent de celles qui sont utilisées pour la catégorie des compléments alimentaires (vitamines, anti-oxydants, etc.) aux États-Unis, par la suite diffusées dans le monde. Des observations effectuées lors de négociations pour le développement de recherches internationales en médecine chinoise, attestent que la stratégie de l'industrie et des autorités chinoises, vise à obtenir l'AMM dans les pays développés par un enregistrement des complexes de la pharmacopée[30]. L'objectif était de parvenir à entrer dans le marché par l'inscription dans la catégorie médicaments plutôt que dans celle de compléments alimentaires. Or le cadre juridique et les normes de validation scientifique sont beaucoup plus contraignants pour les médicaments : ces normes prescrivent le recours au modèle EBM et la réussite d'essais cliniques. Ainsi, à l'objectif de valorisation et de reconnaissance d'une tradition médicale par le processus de légitimation scientifique de la médecine chinoise s'ajouterait un but avant tout lucratif. Notons que le cadre réglementaire de l'agence européenne de médecine prévoit la catégorie d'AMM « aménagée » pour les médecines non conventionnelles[31].

30 Précisons que l'industrie pharmaceutique chinoise est encore majoritairement contrôlée par l'État.

31 Une directive européenne (2004/24/EC) se substitue à la réglementation française de l'AFSSAPS (agence de sécurité sanitaire et alimentaire française). Elle prévoit deux catégories de médicaments à base de plantes qui peuvent bénéficier d'une AMM aménagée : (1) les médicaments d'usage médical bien établi, c'est-à-dire pour lesquels les preuves d'innocuité et d'efficacité bibliographique ou expérimentale ont été apportées ; (2) les médicaments « traditionnels » pour lesquels une « longue » tradition d'usage est exigée. La période d'usage doit être de 30 ans minimum, dont 15 dans la Communauté européenne, avant de faire l'objet d'un enregistrement auprès de l'EMEA (European Medicines Agency).

Document téléchargé depuis www.cairn.info - - - 59.108.106.146 - 14/05/2011 03h58. © S.A.C.

De nombreux projets de recherche scientifique visant à tester des produits de médecine chinoise traditionnelle sont en cours : par exemple, le projet Herbalome, ambitieux et de long terme (15 ans), est décrit dans la revue *Science*. Les méthodes prévues sont le criblage de haut niveau des produits, des tests de toxicité et des essais cliniques : l'objectif est d'identifier les substances actives et les substances toxiques dans les complexes de MCT (*Science*, 2008). Un autre exemple concerne un appel à projets de l'ANR française (Agence nationale de la recherche) dans le cadre du programme de biotechnologies pour la santé où la « MCT/médecine chinoise » est sollicitée. L'appel est révélateur de politiques scientifiques en amont pour encourager le développement de la recherche scientifique dans ce domaine dans le cadre d'un partenariat franco-chinois de recherche publique. Les mots clefs du programme « immuno-thérapie, biomarqueurs, biomatériaux, criblage, essais cliniques, imagerie non médicale, etc. » se réfèrent à des biotechnologies qui sont des applications de la recherche scientifique de pointe et à des méthodes innovantes en biologie et en médecine[32]. Précisons tout de même que la volonté politique bilatérale n'a pas suffi : finalement, aucun projet n'a été financé dans le cadre de cet appel et seulement un projet, de plus non éligible, avait été soumis.

# 3. INTERFACES ENTRE LES SAVOIRS THÉRAPEUTIQUES : UNE CERTAINE LECTURE ANTHROPOLOGIQUE DES CONCEPTS D'ÉVIDENCE ET DE CAM

## *3.1 Biomédicalisation de la médecine traditionnelle et la qualité de « la preuve »*

Bien que les procédures EBM ne datent pas des années 1990, la médecine des preuves en tant que modèle de référence est systématisée au début de cette décennie[33.] Une telle systématisation à l'œuvre dans la recherche biomédicale

32 http://www.agence-nationale-recherche.fr/AAPProjetsOuverts?NodId=17&lngAAPId=227, page consultée le 15 janvier 2009, pdf programme, p. 83.

33 L'usage croissant de procédures d'évaluation (*procedures of assessment*) et de pratiques de calculs incluant des « indicateurs de performance » et des « marqueurs » est observable depuis les années 1990 : ces méthodes sont de plus en plus utilisées pour mesurer et réformer les organisations du secteur public et améliorer la productivité et le comportement des individus dans un certain nombre de professions (en médecine, procédures de la médecine des preuves). Ces processus ont produit une « culture de l'audit » qui se répand partout, qui fonde sa légitimité sur sa prétention à promouvoir la transparence et la responsabilité (Shore, 2008) : une telle culture a pu émerger seulement dans certaines conditions politiques et sociales qui tendent à valoriser la responsabilité

Document téléchargé depuis www.cairn.info - - - 59.108.106.146 - 14/05/2011 03h58. © S.A.C.

est née de la « culture de l'audit ». Selon des auteurs membres fondateurs de ce courant en médecine (EBM Working Group, 1992), « EBM réduit le biais de l'intuition, de l'expérience clinique non systématique, et de la rationalité patho-physiologique comme condition suffisante pour la prise de décision clinique, et met l'emphase sur l'examen de la preuve à partir de la recherche clinique ». La première critique philosophique de cette médecine repose sur le simple fait que de nombreux effets des traitements tels que la douleur ou la qualité de vie ne peuvent pas être mesurés (Kerridge et al., 1998, p. 1151).

De manière évidemment encore plus controversée qu'en biomédecine, un tel corpus de pratiques scientifiques et de représentations sur la science tend à être appliqué à d'autres corpus médicaux tels que la MCT ou médecine chinoise et à d'autres médecines non conventionnelles. En s'appuyant sur une approche philosophique et historique de la médecine occidentale, Fagot-Largeault (2007) montre que tout ensemble de savoirs et pratiques médicales est le résultat d'une synthèse entre une médecine traditionnelle (empirique) et une médecine moderne et que la ligne de partage entre « traditionnel » et « scientifique » s'avère parfois difficile à tracer : par exemple, dans le contexte de la recherche clinique, la pertinence des études de cas cliniques est partiellement fondée sur leurs spécificités, un aspect qui ne peut pas être validé par des outils scientifiques. L'influence croissante d'une médecine des preuves reflète la tendance de la recherche internationale en sciences biomédicales à une rationalisation plus achevée des pratiques médicales, d'une médecine « clinique » vers une médecine « régulatoire » (Cambrosio, 2005).

Par ailleurs, MacPherson (2004) distingue deux catégories d'essais cliniques randomisés avec groupe de contrôle, les essais « pragmatiques » et les essais « explicatifs » (*explanatory*). L'intérêt des essais pragmatiques réside dans le fait qu'ils peuvent évaluer un traitement tel qu'il est utilisé dans la pratique clinique de routine, ordinaire, alors que les essais explicatifs sont conduits dans des conditions de recherche expérimentale. L'auteur dresse un tableau comparatif archétypal des caractéristiques des deux catégories tout en considérant que l'essai est toujours par certains traits une méthode hybride (voir tableau 1, MacPherson, 2004, p. 139). À partir d'études de cas publiés d'essais testant des médicaments de médecine complémentaire et des traitements d'acupuncture, il conclut que cette méthode est particulièrement adaptée pour résoudre les difficultés rencontrées pour l'évaluation des médecines complémentaires à l'aide d'essais explicatifs par exemple quand il s'agit d'évaluer des programmes de soins complexes (*complex packages of care*).

Enfin, une certaine lecture anthropologique considère tous les types de preuves en se fondant sur l'argument que tous les corpus de connaissances qu'ils soient populaires, traditionnels ou scientifique sont socialement et culturellement construits. Ainsi, une telle posture critique implique pour le chercheur de se pencher sur toutes les preuves disponibles pouvant s'exclurent

sans forcément mesurer les conséquences de l'application de ces méthodes (Strathern, 2000).

Document téléchargé depuis www.cairn.info - - - 59.108.106.146 - 14/05/2011 03h58. © S.A.C.

l'une l'autre au lieu de valoriser un seul type de preuves, souvent les preuves scientifiques (Barry, 2005) : cette preuve plus légitime mais aussi plus normative invalide d'autres rationalités et types de rationalisation. Dans une perspective plus large, il s'agit donc de confronter le paradigme scientifique à d'autres modèles épistémologiques et à d'autres conceptualisations.

### *3.2 L'usage globalisé de la MTC et la conceptualisation des CAM (Complementary and Alternative Medicines)*

Quel type de médecine originaire de Chine est actuellement en usage dans d'autres contextes sociaux et culturels ? La question est encore peu explorée en tant qu'objet construit de recherche dans une perspective anthropologique mais je me risquerai tout de même à quelques constats. Dans les années 1990, la médecine chinoise connaît un succès grandissant sur tous les continents : « disséminée par des médecins chinois expatriés en quête de réussite économique et de renommée, étudiée à une échelle globale par des praticiens alternatifs et non conventionnels, appréciée par une clientèle internationale, la médecine chinoise devint un phénomène global et l'objet d'un processus de marchandisation » (Scheid, 2002, p. 18). Selon Taylor (2005, p. 12), c'est dans une certaine mesure la forme standardisée MCT, la médecine la plus « intégrée » à la biomédecine qui a été « exportée » depuis les années 1960.

L'acupuncture est une technique de traitement utilisée en MCT mais qui représente environ un quart des traitements prescrits en Chine : en effet, les prescriptions les plus courantes sont généralement des complexes de pharmacopée (*zhongyao*). Les traitements d'acupuncture ont été exportés en France depuis le milieu du XIX^e^ siècle. Une période remarquable d'échanges réciproques en matière de savoirs médicaux a vu le jour avec l'introduction d'un ensemble de traitements de médecine chinoise en France et l'introduction de la médecine moderne occidentale en Chine ; l'acupuncture a connu un développement et un succès inégalés en France puisqu'elle a été intégrée au cursus des études médicales en tant que spécialité, un destin unique pour une médecine non conventionnelle, de plus d'origine non européenne. Gzil (2009) propose une analyse philosophique de la place de l'acupuncture dans le système de santé français : le débat en France sur ce sujet concerne peu sa « scientificité» puisque les patients et les acteurs de santé considèrent l'acupuncture avant tout comme une technique de soin complémentaire, recherchant et valorisant donc plutôt la différence que la similitude avec la biomédecine. Par ailleurs, Guilloux (ce volume) identifie un processus de « traditionalisation » de l'acupuncture en France dans une perspective diachronique (1860-1980).

Le concept de CAM est un « kit » sémantique au regard de la pluralité des savoirs et des pratiques ainsi désignées qui sont en usage dans les milieux du développement, de la médecine et de l'anthropologie la plupart du temps avec un

Document téléchargé depuis www.cairn.info - - - 59.108.106.146 - 14/05/2011 03h58. © S.A.C.

a priori favorable en particulier pour un usage complémentaire[34]. De nombreuses initiatives de « médecine intégrée » sont attestées dans les pays économiquement développés (États-Unis, Angleterre) notamment pour les soins palliatifs et des maladies chroniques en apportant un mieux-être, un mieux-vivre pour le patient grâce à une dimension holistique inhérente aux médecines qui ne sont pas fondées sur le paradigme scientifique. En Chine, la « médecine intégrée » prend un autre sens. En effet, la forme standardisée de médecine chinoise (MCT) ainsi que certaines formes non standardisées de médecine chinoise appartiennent pour l'observateur rigoureux à la catégorie de « médecine intégrée » ; la MCT peut être qualifiée de « médecine conventionnelle » parce qu'elle est insérée dans le système de santé publique. Elle est éventuellement utilisée comme une médecine « alternative » sans le recours aux traitements biomédicaux selon les pathologies et la situation clinique des patients. Elle est aussi considérée comme « alternative » dans les protocoles de recherche fondamentale dont l'objectif est la mise au point de traitements innovants.

Quelles formes de médecine chinoise sont en usage hors du système de santé publique ? Une réponse simple à cette question est évidemment impossible : indiquons seulement qu'en chinois, en cohérence avec le discours officiel, les termes « méthodes de traitements populaires » (*minjian liaofa*), « médecine et traitements populaires » (*minjian yiliao*) sont communément employés pour désigner une médecine populaire ou traditionnelle exercée dans des sites ou espaces informels (non officiels) hors institutions de santé publique, tels que le cadre de la famille, de la localité ou du groupe social fondé sur une communauté de culte par exemple ; ces médecines sont à distinguer de la MCT officielle (conventionnelle). Rappelons que s'appuyant sur l'exemple du *qigong*, Hsu (1999) dresse une typologie de trois formes principales fondée sur la méthode de transmission. La médecine chinoise, appréhendée dans un sens élargi qui embrasserait la MCT mais qui n'exclurait pas la médecine chinoise non officielle et non standardisée, peut-elle être catégorisée comme une « CAM » ?

Procédons à une brève revue terminologique des termes utilisés pour qualifier ces savoirs non biomédicaux et constatons d'abord que les termes « alternatif », « parallèle », « conventionnel », « néo-traditionnel » ne sont porteurs de sens que s'ils sont contextualisés. Le terme « complémentaire » renvoie plutôt à une catégorie méthodologique que conceptuelle : dans la plupart des contextes, la complémentarité est appréhendée comme une qualité à ajouter à celles du modèle biomédical, lui-même adapté selon les contextes et pouvant révéler des variations significatives. Même dans des systèmes de santé où la pluralité est pensée dans le cadre des politiques publiques volontaristes comme en Inde et en Chine, le modèle biomédical reste dominant.

34 Tous ces milieux n'ont évidemment pas les mêmes idées et points de vue sur le sujet mais justement le terme de « kit », dans le sens de répertoire disponible, est approprié pour définir « CAM » dans la mesure où il permet d'intégrer de nombreuses thérapies issues de savoirs divers dans une catégorie aux contours suffisamment flous pour pouvoir « contenir » cette diversité.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - - - 59.108.106.146 - 14/05/2011 03h58. © S.A.C.

Chronologiquement, l'usage du terme « alternatif » s'est répandu lorsque des études ont montré que les consommateurs recherchaient d'autres modalités de traitement que celles de la médecine conventionnelle ; le terme « complémentaire » lui a été substitué lorsque d'autres recherches ont attesté que l'usage de ces traitements non conventionnels était en général complémentaire à celui de traitements conventionnels (White House Commission, 2002 ; Eisenberg et al., 1993). Selon des estimations de l'OMS (2002), environ 80 % des personnes qui ne vivent pas dans les sociétés occidentales ont recours, pour des soins de santé primaire, à des médecines qui entrent dans la catégorie « CAM ». Dans le rapport remis à la Commission de la Maison Blanche (2002), la catégorie CAM est définie de la manière suivante : « Il s'agit d'un ensemble de systèmes de médecines et de soins, de pratiques et de produits qui n'est pas aujourd'hui considéré comme faisant partie de la médecine conventionnelle. La liste de pratiques qui sont considérées comme CAM est continuellement modifiées parce que, parmi elles, celles dont l'innocuité et l'efficacité ont été attestées sont graduellement insérées dans les soins conventionnels et parce que de nouvelles approches de soins émergent. »

Ainsi, la dénomination CAM peut être appliquée à tout ensemble de savoirs et de pratiques qui pourraient être ajustés au paradigme médical scientifique d'enchaînement des causes et des effets. Le rapport explique le mandat donné à la recherche pour prouver l'efficacité d'une CAM et fait le point sur la recherche menée sur les CAM ; il évoque aussi le problème de la taille et de la rigueur des essais cliniques et souligne que l'efficacité et l'innocuité de ces traitements doivent encore être évaluées (Cushman, Hoffman, 2004).

Critchley et al. (2000) insistent sur la nécessité d'adopter une approche fondée sur la médecine des preuves pour évaluer la MCT et notamment d'améliorer le contrôle de qualité des produits : ils reconnaissent que l'application directe des normes internationales en matière de pratiques médicales et cliniques (*Good Medical Practices: GMP, Good Clinical Practices: GCP standards*) à la recherche en MCT reste difficile et préconisent des principes pour les recherches futures (Critchley et al., 2000, pp. 466-467). Signalons à ce propos l'ouvrage récent édité par Sun (2008) qui réunit des études portant sur la conception et l'optimisation du programme d'application de la recherche clinique en MCT.

Alors qu'en Europe et aux États-Unis, les institutions publiques investissent des fonds importants dans la recherche sur les CAM (Ernst, 1999), Ernst (2003) met en garde contre le risque d'introduire des biais de recherche générés par l'usage de la méthode scientifique pour apporter la preuve plutôt que pour tester une hypothèse. Les chercheurs tendent à considérer les résultats d'un essai de manière plus positive s'ils confirment leurs résultats antérieurs (Ernst et al., 1992). Par exemple, Vickers et al. (1998) ont constaté qu'aucun essai négatif d'acupuncture n'a été rapporté par des chercheurs chinois. Par ailleurs, de manière convaincante, Ioannidis (2005) énumère un certain nombre de critères qui augmentent la probabilité de biais dans les résultats publiés de

Document téléchargé depuis www.cairn.info - - - 59.108.106.146 - 14/05/2011 03h58. © S.A.C.

recherche clinique biomédicale. Pan et al. (2005) conduisent une évaluation empirique des biais de recherche en épidémiologie génétique, un domaine lourd de représentations pour le chercheur et objet d'enjeux économiques et financiers, dans la littérature académique chinoise. Ils identifient deux catégories principales de biais : la sélection non argumentée de données et de résultats ainsi que des biais de langages. Ainsi, certains biais sont observés dans les procédures de la recherche médicale conventionnelle ou non conventionnelle.

En outre, la passion d'un chercheur en CAM ou dans n'importe quel domaine devrait être utilisée pour faire de la science de qualité et non pour justifier une thérapie testée (Ernst, 2003). De plus, étant donné que de nombreux chercheurs en CAM sont autodidactes, la combinaison du manque de formation et d'un biais en faveur des résultats positifs peut mener à effectuer de 'mauvaises' recherches (Hrobjartsson et Brorson. 2002).

# CONCLUSION

Les savoirs thérapeutiques qui coexistent aujourd'hui en Chine sont « hybrides » parce qu'ils sont fondés sur des paradigmes différents et des modèles épistémologiques divergents mais qui n'impliquent pas systématiquement des ruptures irréconciliables. Des convergences peuvent être identifiées favorisant l'émergence d'une synthèse dans un contexte de globalisation culturelle. Frank et Stollberg (2004) suggèrent, à partir d'une étude sur l'hybridation des savoirs médicaux asiatiques en Allemagne, que le caractère hybride de ces savoirs devient structurel : la nouvelle forme peut se stabiliser ou disparaître. Dans le cas de la MCT, des représentations qui y sont associées et de sa conceptualisation, elle prend de multiples formes selon les contextes : cette hétérogénéité voire cet éclectisme pose le problème de sa catégorisation selon les points de vue « –emic » (les populations et groupes « profanes » d'usagers en Chine et ailleurs) et « –etic » (les populations et groupes spécialisés de praticiens, cliniciens, experts, chercheurs et administrateurs). Les points de vue –emic et –etic se croisent et ne sont pas unifiés selon les acteurs. En outre, une catégorisation fondée sur le critère des pratiques plutôt que sur celui des savoirs est plus pertinente : les savoirs sont toujours sous-tendus par une rationalité interne discernable dans la multiplicité des formes alors que les pratiques offrent toutes les possibilités en termes d'interfaces entre les savoirs.

Dans les années 1990, la modernisation et la standardisation de la MCT ont abouti à une biomédicalisation accrue en grande partie résultant des politiques publiques volontaristes en matière de recherche fondamentale, de recherche clinique et de santé publique. Le contexte plus général de la modernisation économique et de l'ouverture économique de la Chine qui prend la forme d'une forte intégration internationale de l'économie chinoise dans les échanges

Document téléchargé depuis www.cairn.info - - - 59.108.106.146 - 14/05/2011 03h58. © S.A.C.

internationaux pilotée par l'État[35] favorise cette transformation. L'orientation de la recherche biomédicale dépend des politiques scientifiques étatiques ou multilatérales ou bien encore des accords négociés avec le secteur privé : le rôle des lobbies économiques et d'acteurs globaux s'en trouve renforcé. La mise en place d'un ensemble de normes pour conduire et optimiser la recherche médicale en CAM est préconisée par les experts dans les rapports nationaux ou internationaux qui émettent des recommandations pour réglementer leur usage (OMS, Déclaration Beijing 2008, OMS 2002, White House Commission on Complementary and Alternative Medicine Policy 2002). Une « normalisation » du processus de mise sur le marché des produits et techniques thérapeutiques de la MTC est aussi à l'ordre du jour mais n'a pas encore abouti. Au cœur de ces multiples enjeux, se pose la question d'une normalisation éthique des essais cliniques, reconnue comme nécessaire mais difficile à mettre en œuvre, d'autant plus que le nombre d'essais conduits dans les pays en développement ne cesse d'augmenter et que ces essais incluent souvent des populations vulnérables.

Une lecture anthropologique des multiples facettes de la recherche médicale offre un éclairage privilégié sur la propagation de modèles culturels émergents ou hybrides adaptés localement ; les savoirs et les pratiques thérapeutiques font partie intégrante de ces modèles et peuvent même constituer des exemples paradigmatiques pour identifier le fonctionnement de ces modèles. Ces processus de production et de diffusion des savoirs mériteraient une étude spécifique sur l'usage de certains ingrédients plutôt que d'autres dans les protocoles, l'inscription de ces substances dans les pharmacopées locales. Ces processus révèlent une interprétation spécifique des rapports entre savoir thérapeutique empirique et savoir savant et des rapports entre les savoirs « savants traditionnels » (*chuandong xueshu*) et « populaires » (*minjian*).

Un éclairage du pluralisme médical et des interfaces entre les savoirs à partir d'une étude de cas sur la recherche en médecine traditionnelle permet de mettre en évidence les tensions et les négociations qui s'opèrent de manière pragmatique entre personnes, groupes sociaux, groupes d'intérêt, institutions et, au niveau cognitif, entre modèles conceptuels divergents.

35 À partir des années 1990, la modernisation économique est pensée et planifiée en termes de formes de transnationalisation : incitations par l'État chinois au développement d'échanges entre les États et de partenariat contrôlé avec les entreprises étrangères (échanges bilatéraux, exemple création des entreprises « joint-ventures » et de zones économiques spéciales dans lesquelles le système économique diffère des autres zones, ou bien échanges multilatéraux) et au développement de réseaux commerciaux ou de R&D à une échelle trans-nationale (je réfère ici aux réseaux économiques et sociaux de la diaspora chinoise, concept de « Greater China »).

Document téléchargé depuis www.cairn.info - - - 59.108.106.146 - 14/05/2011 03h58. © S.A.C.

*Remerciements. Ma recherche est conduite en partenariat IRD-PUMC/CAMS, département d'Épidémiologie et département de Sciences humaines et sociales, Centre de Bioéthique de la CAMS à Pékin. Elle s'inscrit dans le cadre du programme multi-disciplinaire « Réponses sociales, impact du genre, mobilisation des savoirs scientifique-traditionnels dans le contexte de la recherche et du traitement du VIH/sida en Chine » (2006-2009) que j'ai coordonné avec le soutien financier du CEFC (Centre d'Études Français sur la Chine contemporaine) à Hongkong.*

*N.B. Les traductions du chinois ou de l'anglais citées dans le texte et le travail sur la terminologie ont été effectués par l'auteure de l'article et engagent sa seule responsabilité.*

# RÉFÉRENCES

« AIDS Breakthrough : Astragalus Root Could Replace HIV Drugs », 13 novembre 2008, //www.naturalnews.com/0244799.html, page consultée le 15 novembre 2008.

Appadurai A. (ed.) (1986). *The social life of things. Commodities in cultural perspective*, Cambridge UK: Cambridge University Press.

Barry C.A. (2005). The role of evidence in alternative medicine: Contrasting biomedical and anthropological approaches, *Social Science and Medicine,* n° 62, pp. 2646-2657.

Bretelle-Establet F. (2002). *La santé en Chine du sud (1898-1928)*, Paris : CNRS.

Cambrosio, A. (2005). Rationalisation et médecine des preuves en oncologie : quelques remarques à propos de la régulation des pratiques biomédicales, *Sciences sociales et santé*, vol. 23, n° 4, pp. 41-48.

Cao Yunzhen (2007). HIV Treatment by Chinese Medicine: Exploration and Expectation, Oral Presentation, Fifth China CIPRA Annual Meeting, Beijing, April 16-18.

Cook S. (2007). Putting Health Back in China's Development », *China Perspectives*, n° 71, pp. 100-108.

Critchley J.A., Zhang Y., Suthisisang C.C., Chan T.Y., Tomlinson B. (2000). Alternative therapies and medical science: designing clinical trials of alternative/complementary medicines – is evidence-based traditional Chinese medicine attainable? *The Journal of Clinical Pharmacology*, vol. 40, pp. 462-467.

Cushman M.J., Hoffman M.J. (2004). Complementary and Alternative Health Care and the Home Care Population, *Home Health Care Management&Practice*, vol. 16 n° 5, pp. 360-373.

Desclaux A., Levy J.J. éds (2003). Cultures et médicaments, *Anthropologie et sociétés,* vol. 27, n° 2.

Eisenberg D.M., Kessler R.C., Foster C., Norlock F.E. et al. (1993). Unconventional medicine in the US – prevalence, costs, and patterns of use, *New England Journal of Medicine,* vol. 328, n° 4, pp. 246-252.

Ernst E. (2003). A Passion for Complementary and Alternative Medicine Research, *Complementary Health Practice Review*, vol. 8, n° 3, pp. 198-200.

Fagot-Largeault A. (2007). Scientific vs. traditional (empirical) medicine – a universal debate?, paper presented at the 13th International Congress of LMPS (Logic, Methodology and Philosophy of Science), Beijing, August 9-15.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - - - 59.108.106.146 - 14/05/2011 03h58. © S.A.C.

Farquhar, J. 1994 *Knowing Practice. The Clinical Encounter of Chinese Medicine*, Boulder, Westview Press.

Fauce S.R. *et al.* (2008). Telomerase-Based Pharmacologic Enhancement of Antiviral Function of Human CD8+ T Lymphocytes, *The Journal of Immunology*, n° 181, pp. 7400-7406.

Frank R., Stollberg G. (2004). Conceptualizing Hybridisation. On the Diffusion of Asian Medical Knowledge to Germany, *International Sociology*, vol. 19, n° 1, pp. 71-88.

Garnier C., Levy J.J. éds (2007). *La chaîne des médicaments. Perspectives pluridisciplinaires*, coll. Santé et Société, CA : PUQ.

Gzil F. (2009). A philosophical analysis of the place of acupuncture in the French health care system, in C. Glymour, Wei Wang, D. Westerstahl, eds. Logic, Methodology and Philosophy of Sciences (LMPS). Proceedings of the 13th International Congress on, Beijing, 2007, August 8-15, London, King's College Publications, pp. 645-649.

Hoizey D., Hoizey M.J. (1988). *Histoire de la médecine chinoise: des origines à nos jours*, Paris : Payot.

Hrobjartsson A., Brorson S. (2002). Interpreting results from randomised clinical trials of complementary/alternative interventions: The role of trial quality and pre-trial beliefs, in D. Callaghan (ed.) *The role of complementary and alternative medicine*, Washington DC: Georgetown University Press, pp. 107-121.

Hsu E. (1999). *The Transmission of Chinese Medicine*, Cambridge UK: Cambridge University Press, Cambridge Studies in Medical Anthropology.

Hsu E. ed. (2001) *Chinese Medicine*: *Innovation*, *Convention and Controversy*? Cambridge: Cambridge University Press.

Hsu E. (2007). La médecine chinoise traditionnelle en République populaire de Chine, dans A. Cheng (dir.) *La pensée en Chine aujourd'hui*, Paris : Gallimard, pp. 214-238.

Ioannidis J.PA (2005). Why most published research findings are false, *PLoS Medecine* 2(8): e124, pp. 696-701.

Jia, Hepeng (2006). Tradition under microscope. Excluding TCM from the medical system still riles heated debate, *China Daily*, Nov. 22, p. 14.

Kerridge I., Lowe M., Henry D. (1998). Ethics and evidence based medicine, *British Medical Journal*, vol. 316, pp. 1151-1153.

Kleinman A. et al. eds (1976). *Medicine in Chinese Cultures: Comparative Studies of Health Care in Chinese and other Societies*, Washington D.C.: US Government Printing Office for Fogarty International Center.

Kleinman A. (1980). Patients and Healers in the Context of Culture. An Exploration of the Borderland between *Anthropology, Medicine, and Psychiatry*, Berkeley, University of California Press.

Lei, Ruipeng (2009) Is Traditional Chinese Medicine a Pseudo-Science? Debates on TCM in China in C. Glymour, Wei Wang, D. Westerstahl, eds. *Logic, Methodology and Philosophy of Sciences (LMPS). Proceedings of the 13th International Congress on, Beijing*, 2007, August 8-15, London, King's College Publications, pp. 627-638.

Leslie, C. (1976). *Asian Medical Systems: A Comparative Study*, Berkeley, University of California Press.

Leslie C. and Young A. (1992) *Paths to Asian Medical Knowledge*, Berkeley, University of California Press.

Li, Xing (2006). Science not a weapon to kill TCM, *China Daily*, Nov. 2, p. 4.

Liu, Yuanli & Kaufman, Joan (2006). Controlling HIV/AIDS in China: Health system challenges, in Joan Kaufman, Arthur Kleinman & Tony Saich (eds) *AIDS and Social Policy in China*, Cambridge, Mass: Harvard University Asia Center, pp. 75-95.

Liu F., Liu Y. (1980). *Zhongyi mingci huibian* (Chinese Medical Terminology), Hong Kong, The Commercial Press, bilingual edition.

Liu, Li (2006). Support to minority medicines stepped up, *China Daily*, Dec. 9-10, p. 2.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - - - 59.108.106.146 - 14/05/2011 03h58. © S.A.C.

MacPherson H. (2004). Pragmatic Clinical Trials, *Complementary Therapies in Medicine*, n° 12, pp. 136-140.

Marks H. (1999). *La médecine des preuves. Histoire et anthropologie des essais cliniques (1900-1990*), Paris : Synthélabo/PUF, traduit de l'anglais par F. Bouillot.

Marié E. (2005). Mutations et enjeux d'un système médical traditionnel confronté à la modernité, *Monde chinois*, n° 5, pp. 101-124.

Meng, Qingyun (1999). *Zhongguo zhonyiyao fazhan wushi nian* (50 ans de développement de médecine et pharmacologie chinoise traditionnelle en Chine (1949-99), Zhengzhou : Henan Yixue daxue chubanshe (Presses de l'Université médicale du Henan).

Micollier E. (1995). *Un aspect de la pluralité thérapeutique en Chine populaire : les pratiques de qigong. Dimension thérapeutique, dimension sociale*, Thèse de doctorat NR en Anthropologie, Université de Provence, Aix-en-Provence,

Micollier E. (1996) Entre science et religion, entre modernité et tradition : le discours pluriel des pratiquants de *qigong*, dans J. Benoist (dir.) *Soigner au pluriel. Essais sur le pluralisme médical*, Paris : Karthala, pp. 205-223.

Micollier E. (2004). Le *qigong* chinois : enjeux économiques et transnationalisation des réseaux, pratiques et croyances, *Journal des Anthropologues* n° 98-99, pp. 107-146.

Micollier E. (2007a). Facettes de la recherche médicale et de la gestion du VIH-sida dans le système de santé chinois : un autre exemple d'adaptation locale de la biomédecine, *Sciences Sociales et Santé,* vol. 25, n° 3, pp. 31-39.

Micollier E. (2007b). AIDS medical research in China, an exploratory enquiry, poster 535, session 26.4, AIDSimpact International Conference, Marseilles, July 1-4.

Micollier E. (2007c). Neo-traditional treatments for AIDS in China: national AIDS treatment policy and local use of TCM (Traditional Chinese Medicine), abstract 345, session 8.5, AIDSimpact International Conference, Marseilles, July 1-4.

Micollier E. (2009a). Gestion de l'épidémie et usages de la médecine chinoise. Traitements et recherche en médecine chinoise traditionnelle dans le contexte de l'extension du traitement médical et social du sida en Chine, dans Micollier, E. éd. Société chinoise face au sida, *Perspectives chinoises* n° 106, pp. 75-87.

Micollier E. (2009b). Experimenting on scientific versus traditional treatments: the case of AIDS medical research in China, in C. Glymour, Wei Wang, D. Westerstahl, eds. *Logic, Methodology and Philosophy of Sciences (LMPS). Proceedings of the 13th International Congress on, Beijing*, 2007, August 8-15, London, King's College Publications, pp. 639-644.

OMS (2001). Bureau régional du Pacifique occidental, Comité régional, 52e session, Brunei-Darussalam, 10-14 sept.

OMS (2002). Fact Sheet 271: Traditional and Alternative Medicine.

OMS (2007). La Chine et l'Inde intègrent le Système OMS d'enregistrement international des essais cliniques, Communiqué 25 juillet<//www.who.int/mediacentre/news/releases/2007/pr41/fr/index.htlm>

OMS (2008). Déclaration de Beijing, Congrès de l'OMS sur la médecine traditionnelle, Beijing (Chine), 8 novembre, <//www.who.int/medicines/areas/traditional/TRM_BeijingDeclarationFR.pdf>

Pan Z, Trikalinos TA, Kavvoura FK, Lau J, Ioannidis J.PA (2005). Local literature bias in genetic epidemiology: An empirical evaluation of the Chinese literature, *PLoS Medecine* 2(12): e334, pp. 1309-1317.

*The Pharmacopoeia of the PRC*, 2008, OMS.

Pignarre P. (2004). *Le grand secret de l'industrie pharmaceutique*, Paris : La Découverte.

Reynolds Whyte S., Van der Geest S., Hardon A. (2002). *Social Lives of Medicine*, Cambridge U.K.: Cambridge University Press.

Scheid V. (2002). *Chinese Medicine in Contemporary China. Plurality and Synthesis*, Durham-London: Duke University Press.

Science (2008). TCM under the microscope: Researchers hope the project will lead to better quality control, 12 February.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - - - 59.108.106.146 - 14/05/2011 03h58. © S.A.C.

Shore, C. (2008). Audit culture and Illiberal governance. Universities and the politics of accountability, *Anthropological Theory*, Vol. 8, No. 3, pp. 278-298.

Strathern, M. (2000). *Audit Cultures: Anthropological Studies in Accountability, Ethics and the Academy*, London: Routledge.

Sun Suhua (chief ed). (2008). *Zhongyi lingchuan yanjiu shishi fangan. Sheji yu youhua (Design and optimisation of clinical research implementation program in TCM),* Beijing: Zhongguo zhongyao chubanshe.

Taylor K. (2005). *Chinese Medicine in Early Communist China, 1945-1963. A Medicine of Revolution*, London: Routledge.

Unschuld P.U. (1979). *Medical Ethics in Imperial China: A Study in Historical Anthropology*, Berkeley-L.A: University of California Press.

Unschuld P.U. (1992). Epistemological Issues and Changing Legitimation: Traditional Chinese Medicine in the Twentieth Century, in Leslie C. and Young A. eds *Paths to Asian Medical Knowledge*, Berkeley: University of California Press, pp. 44-61.

Unschuld P.U. (1985). *Medicine in China: a History of Ideas,* Berkeley-L.A, London: University of California Press.

Van der Geest S., Reynolds Whyte S. (1988). *The context of Medicines in Developing Countries. Studies in pharmaceutical anthropology*, Amsterdam: Het Spinhuis Publishers.

Van der Geest S., Reynolds Whyte S., Hardon A. (1996). The Anthropology of Pharmaceuticals. A Biographical Approach, *Annual Review of Anthropology,* n° 25, pp. 153-178.

Vickers A., Goyal N., Harland R., Rees R. (1998). Do certain countries produce only positive results – A systematic review of controlled trials, *Controlled Clinical Trial,* n° 19, pp. 159-166.

White House Commission on Complementary and Alternative Medicine Policy (2002). *Final Report*, Washington D.C.

Whyte S.D. (2001). Medicines and Modernities in Socialist China: Medical Pluralism, the State, and Naxi Identities in the Lijiang Basin, In: Connor L.H., Samuels G., eds, *Healing Powers and Modernity. Traditional Medicine, Shamanism and Science in Asian Societies*, Westport, Bergin-Garley, pp. 171-194.

Zhang, Gongyao (2006a) Gaobie zhongyi zhongyao (Farewell to Traditional Chinese Medicine and Remedies), *Yixue yu zhexue. Renwen shihuixue ban (Medicine and Philosophy. Humanistic&Social Medicine edition),* vol. 27, n° 4, pp. 14-17.

Zhang, Gongyao (2006b) Zhongyi zhi 'youshi' bianxi (Differentiation and Analysis about Superiorities of TCM), *Yixue yu zhexue. Renwen shihuixue ban*, vol. 27 n°12 *(Medicine and Philosophy. Humanistic&Social Medicine edition),* pp. 16-18.

Résultats publiés d'essais cliniques : sélection utilisée pour l'analyse

Burack J.H., Cohen M.R., Hahn J.A., Abrams D.I. (1996). Pilot Randomized Controlled Trial of Chinese Herbal Treatment for HIV-Associated Symptoms, *Journal of AIDS,* vol. 12, n° 4, pp. 386-393.

Huang Shijing, Wei Jian'an, Cao Huiyun, Sun Limin, et al. (2004). Zhongyi bianzheng zhiliao aizibing 729 li lingchuang guancha (Clinical study on 729 HIV+ people under TCM (bianzheng) treatment), *Zhongyi zazhi* (Journal of TCM), vol. 45, n° 9, pp. 680-682.

Leung K.S.Y., Bian Z.X., Moher D. et al. (2006). Tigao zhong caoyao suiji dui zhao shiyan de zhiliang III: zhong caoyao de zhiliang gongzhi (Improving the quality of randomised controlled trials in Chinese herbal medicine, part III: quality control of Chinese herbal medicine used in randomised controlled trials), *Zhong xi yi jiehe xuebao* (Journal of Chinese Integrative Medicine), vol. 4, n° 3, pp. 225-232.

Liu Ying (2005). Zhongyi yao zhiliao aizibing lingchuang yanjiu jinzhan (Development of clinical research in TCM drugs treatment for AIDS), *Zhongguo yiyao bao* (*Journal of Chinese pharmacology*), February 17, A7.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - - - 59.108.106.146 - 14/05/2011 03h58. © S.A.C.

Ma Boyan, Fu Linchun, Cai Weiping, et al. (2007). Aikeqing jiaonang dui kang bingdu shun chuan lu liaofa de zeng xiao jian du zuoyong (Clinical Effect Analysis of Aikeqing Capsule Combined with HAART on Cure for HIV/AIDS), *Zhongguo shiyan fangji xue zazhi* (Chinese Journal of Experimental Traditional Medical Formulae), vol. 13, n° 8, pp. 60-63.

Song Chunxin, Wei Jian'an, Jing Yan, Sun Limin (2006). Zhongyi dui huodexing mianyi quexian zonghe zheng de renshi ji zhiliao gaikuan (General situation on TCM AIDS treatment and knowledge), *Liaoning Zhongyi xueyuan xuebao* (Journal of Liaoning College of TCM) vol. 8, n° 1, pp. 32-33.

Tian Shengzhi, Huang Haiying (2006). Zhongyao fufang aizibing de huigu fenxi (Retrospective analysis of prescription of TCM drugs used against AIDS), *Zhong cheng yao* (Chinese Traditional Patent Medicine), vol. 28, n° 6, pp. 868-871.

Wang Jian et al. (2006). Randomized Double-blinded and Controlled Clinical Trial on Treatment of HIV/AIDS by Zhongyan-4, *Zhongguo jiehe yixue zazhi* (Chinese Journal of Integrative Medicine), vol. 12, n° 1, pp. 6-11.

Wang Jian, Zou Wen (2007). A General Introduction of HIV/AIDS Treatment with Traditional Chinese Medicine in China, *Virologica Sinica*, vol. 22, n° 6, pp. 471-475.

Wei Jian'an, Sun Limin, Wang Jian (2005). Zhongyi yao zhiliao aizibing lingchuang jishu fang'an (Clinical technology programme for TCM drugs used in AIDS treatment), *Zhongguo yiyao bao* (*Journal of Chinese pharmacology*), February 17, A7.

Wu H., Zhang F.J., Yao C. et al. (2004). Tangcao pian zhiliao aizibing lingchuang yanjiu (Clinical study of Tangcao Tablet in Treating HIV/AIDS), *Compilation of Theses of Treatment and Research on AIDS*, Sino-US AIDS Conference, n° 3, pp. 95-103.

Xie Shiping, Pan Wanqi, Liang Muhua (2006). Aizibing zhongyi jiben zhengxing de xiangguan wenxian fenxi (Analysis of Documents on TCM Basic Types of Syndromes of AIDS), *Henan zhongyi xueyuan xuebao* (Henan University Journal of Chinese Medicine), vol. 21, n° 122, pp. 6-8.

Zhou Bing, Cai Guangxian, Yu Zhengke (2001). Zhongyi yao zhiliao aizibing gaikuang (General situation on TCM AIDS treatments), *Hunan Zhongyi zazhi* (Hunan Journal of TCM), vol. 17, n° 6, pp. 54-55.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - - - 59.108.106.146 - 14/05/2011 03h58. © S.A.C.

**Évelyne Micollier** est chargée de recherche en anthropologie à l'IRD (Institut de Recherche pour le Développement), UMR 145 « VIH et maladies associées », IRD-Université de Montpellier I, Montpellier, membre correspondante pour la Chine de l'IRSEA (Institut de Recherche sur le Sud-Est Asiatique), UMR 6571 CNRS-Université de Provence, Marseille. Depuis 2006, elle coordonne un programme de recherche franco-chinois en sciences sociales à Beijing (IRD-PUMC / Peking Union Medical College-CAMS/Chinese Academy of Medical Sciences-Tsinghua University). Spécialisée en anthropologie sociale de la santé et en études chinoises, ses recherches actuelles portent sur la recherche médicale en biomédecine et en médecine traditionnelle et la santé « globalisée », ainsi que sur les questions éthiques et sociales associées à la prise en charge du VIH/sida en Chine.

Adresse : IRD-PUMC (Peking Union Medical College)/
CAMS (Chinese Academy of Medical Sciences)/
Tsinghua University – Social Sciences Programme
9 Dongdan San Tiao
100005 Beijing, Chine
Courriel : evelyne.micollier@ird.fr

**Abstract: An hybridised and mobile therapeutic knowledge: aspects of medical research in Chinese medicine in China today**

The issue of innovations in TCM (*zhongyi*) – the Chinese medicine integrated in the public health system promoted by the post-1949 Chinese government, is approached through the case-study of the ongoing biomedicalisation of TCM research and the use of 'evidence-based medicine' (EBM) through clinical trials. Three points will be discussed: the first introduces a 'plural' medical context and a recent debate in China on the issue of pulling-out TCM from the public health-care system involving official actors, population at large and the academics. The second focuses on aspects of research and development through the case-study of AIDS-related TCM research in China today. The last point discusses the biomedicalisation of research in TCM and its conceptualisation as CAM in a context of TCM fast-track globalisation. Therefore, such discussion raises the broad issue of the interfaces and cultural politics of knowledge.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - - - 59.108.106.146 - 14/05/2011 03h58. © S.A.C.

**Keywords:** AIDS, Biomedicalisation, CAM (Complementary and Alternative Medicine), Clinical Trials, EBM (Evidence-Based Medicine), Knowledge hybridisation, Medical Research, TCM (Traditional Chinese Medicine)

**Resumen: Un saber terapeutico hibrido y movil: aspectos de la investigacion medica actual en la medicina china en China**

La introducción de innovaciones en la Medicina China Tradicional (zhongyi, MCT) y la influencia de la medicina de pruebas (evidence-based medicine, EBM) como modelo de validación científica y de legitimación con recurso a las pruebas clínicas sistematicas, revelan un proceso de biomedicalización de la investigacion científica en esta área. La MCT es un forma estandard de medicina china integrada en el sistema de salud publica promocionado por el gobierno de China desde los anos 1950. Tres aspectos se discuten en el presente artículo: el primero es la introducción en el contexto medico plural actual de un debate sobre la integración de la MCT en el sistema de salud pública. Este debate ha mobilizado actores oficiales, intelectuales, y la población en general. El segundo punto es dar una perspectiva sobre la investigación y desarrollo en MCT con el caso de la investigación medica sobre el SIDA. El último punto trata de la biomedicalización de la MCT y su conceptualización como CAM en un proceso de globalización muy rápido de la MCT. Se tratan así temas más generales como son el rol de los interfaces de los conocimientos terapéuticos híbridos y de la construcción de espacios terapéuticos globalizados.

**Palabras claves:** Biomedicalizacion, investigación medica, Medicinas alternativas y complementarias, (CAM - Complementary and Alternative Medicine), Medicina China Tradicional (MCT), Medicina de pruebas (EBM), Pruebas clinicas, Saber hibrido, Sida

Document téléchargé depuis www.cairn.info - - - 59.108.106.146 - 14/05/2011 03h58. © S.A.C.