

L'évaluation des soins holistiques
The evaluation of holistic care
La evaluación de los cuidados holísticos

Odile Sévigny, Anne Quéniart, Abby Lippman, Salinda Hess et Patrick Chabot

Numéro 24 (64), automne 1990

Médecines douces. Quêtes, trajectoires, contrôles

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/1033943ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/1033943ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Lien social et Politiques

ISSN

0707-9699 (imprimé)

2369-6400 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Sévigny, O., Quéniart, A., Lippman, A., Hess, S. & Chabot, P. (1990). L'évaluation des soins holistiques. *International Review of Community Development / Revue internationale d'action communautaire*, (24), 109–114.
<https://doi.org/10.7202/1033943ar>

Résumé de l'article

L'intégration des médecines alternatives au système officiel de soins représente un enjeu important. L'un des facteurs considérés par les autorités québécoises compétentes au moment de prendre une décision à cet égard sera sans aucun doute l'efficacité des médecines alternatives, c'est-à-dire leur capacité d'améliorer et de maintenir la santé de façon sûre. Ce texte décrit les étapes d'une recherche qui consistait à évaluer des articles sur l'efficacité de certains soins alternatifs, articles publiés en anglais ou en français depuis 1975. La sélection des articles et le choix et l'utilisation de la grille d'évaluation sont présentés de manière détaillée. En dernier lieu, la question de la fiabilité et de la validité des articles, qui est au cœur du débat sur l'efficacité thérapeutique des médecines alternatives, est analysée.

L'évaluation des soins holistiques

Odile Sévigny, Anne Quéniart, Abby Lippman, Salinda Hess et Patrick Chabot

Depuis les années 1960, les efforts fournis dans les pays occidentaux pour développer des technologies biomédicales de pointe ont donné aux êtres humains une illusion d'immortalité en repoussant de plus en plus loin l'échéance de la mort (Lasch, 1984). Cependant, ces progrès technologiques fort coûteux et souvent utilisés exclusivement pour le traitement de maladies aiguës n'ont pas permis de faire face aux nouvelles réalités socio-sanitaires (maladies chroniques et dégénératives) ni de rendre compte des dimensions sociales de la maladie.

Ce constat a forcé les décideurs politiques, certains professionnels de la santé et les consommateurs à remettre en question le monopole du modèle biomédical dans le traitement des maladies. Ainsi, au Québec, le ministre de la Santé et des Services sociaux a récemment fait part de l'intention de son gouvernement d'intégrer certaines théra-

pies alternatives au système de soins officiel¹. Pour le ministre, la question est aujourd'hui de décider à quelles médecines alternatives le gouvernement ouvrira la porte et comment se fera leur intégration au système sanitaire. Plusieurs facteurs seront probablement considérés dans cette décision, entre autres les coûts des soins alternatifs, le contrôle de la formation et de la pratique des thérapeutes, les droits acquis des divers groupes et des corporations professionnelles, et l'efficacité des médecines alternatives, c'est-à-dire leur capacité d'améliorer et de maintenir la santé de façon sûre.

C'est dans ce contexte sociopolitique particulier que nous avons entrepris une recherche visant à évaluer les articles publiés en anglais et en français dans les revues biomédicales et de sciences sociales entre 1975 et 1989, sur l'efficacité thérapeutique de certains soins alternatifs². Notre objectif était de déterminer si les articles étaient de qualité suffi-

sante pour établir l'efficacité de ces médecines alternatives dans le traitement de certaines maladies. Par efficacité, il faut entendre le fait de produire les effets bénéfiques recherchés (Battista et Guibert, 1986 : 705), et ce en situation expérimentale (efficacité potentielle) ou en contexte réel (efficacité réelle).

Cinq pratiques alternatives ont été retenues dans ce projet. Elles s'inscrivent toutes dans ce que Battista et Guibert (1986) appellent le type biologique et relèvent du modèle holistique de la santé. Il s'agit de l'homéopathie, de l'ostéopathie, de la phytothérapie, de la naturopathie et de l'acupuncture³.

Ce choix se justifie par le fait que ce sont là les thérapies alternatives les plus utilisées dans la plupart des pays occidentaux (Renaud et autres, 1987 ; Cahiers du GERM, 1987) et qu'elles recouvrent les trois types possibles de principes thérapeutiques alternatifs, soit le recours aux manipula-

tions manuelles (ostéopathie), le recours à la stimulation « électrique » — aux aiguilles — (acupuncture) et le recours à des remèdes (homéopathie, naturopathie et phytothérapie).

Notre propos ici est de présenter les principaux problèmes opérationnels de type méthodologique et épistémologique rencontrés concrètement au cours des différentes étapes de notre recherche. C'est donc dire qu'on ne trouvera pas ici une discussion générale sur l'évaluation, l'efficacité ou la mesure dans le cadre spécifique du modèle holistique, ces aspects ayant déjà été largement traités dans la littérature (Aulas, 1985; Battista et Guibert, 1986; Paccard, 1986; Schwartz, 1986; Jing Feng, 1987; Patel, 1987; Ben-said, 1988; Pascual, 1989).

La sélection des articles

Le premier problème à résoudre a été de déterminer les critères de sélection des articles. Devions-nous intégrer au corpus les articles répertoriés dans les banques de données médicales et de sciences sociales (par exemple Medline et Sociological Abstracts)⁴, ou bien retenir également les articles provenant d'autres sources (associations, écoles de médecines alternatives, syndicats ou instituts de recherche)?

Nous nous sommes concentrés sur les articles répertoriés

dans les banques informatiques, pour deux raisons principales: d'abord, l'univers des lieux et des types de publications disponibles dans le milieu alternatif nous était inconnu. Il nous était donc impossible de recenser les articles de façon systématique dans un délai raisonnable. Ensuite, par souci de crédibilité auprès de la communauté médicale et des décideurs politiques, il nous semblait préférable d'amorcer la démarche évaluative en sélectionnant d'abord les références « normatives ». Ce mode de sélection a eu pour conséquence de nous donner accès à des articles s'inscrivant clairement dans le paradigme de la science traditionnelle et (ou) biomédicale.

Pour repérer les articles publiés dans les revues scientifiques sur l'efficacité thérapeutique des soins alternatifs, nous avons choisi une série de mots clefs que nous avons croisés avec les thérapies retenues⁵. Parce qu'il est reconnu que les banques informatiques ne sont pas exhaustives, nous avons complété cette recension en prenant connaissance 1) des bibliographies adjointes aux articles retenus, 2) des index canadiens et québécois de sciences sociales (Point de repère et Canadian Periodic Index) et 3) des revues spécialisées en homéopathie et en ostéopathie disponibles au Canada⁶.

Après avoir examiné plus de 250 articles, nous en avons retenu 52, couvrant les domaines suivants: l'acupuncture (41), l'homéopathie (9) et l'ostéopathie (2)⁷. Notre corpus d'articles est surtout composé d'études expérimentales (essais cliniques randomisés), mais il comprend également des études descriptives et des enquêtes diversifiées. Pour rejeter un article, nous nous sommes basés sur les critères de sélection et d'exclusion déjà défi-

nis (voir la note 3). Pour la plupart, les articles non retenus sont écrits dans des langues autres que l'anglais ou le français, traitent d'un dérivé des thérapies étudiées ou mesurent l'effet d'une thérapie sur une habitude de vie (par exemple le tabagisme). Le nombre relativement peu élevé d'articles à étudier s'explique par le fait que la mesure de l'efficacité des thérapies alternatives, à l'exception de l'acupuncture, n'est pas un sujet courant pour la littérature biomédicale et de sciences sociales.

La grille d'évaluation

Une grille d'évaluation est un instrument qui permet d'avoir une ligne de conduite relativement constante tout en laissant place au jugement des chercheurs. Nous en avons choisi une qui découle de la nature même des articles sélectionnés. Il nous semblait important de les analyser en nous basant sur les paramètres classiques qui permettent habituellement de juger de la qualité des publications scientifiques dans la littérature biomédicale. Il était également important, encore là pour des questions de crédibilité, de sélectionner une grille qui, tout en encadrant l'évaluation des articles, serait acceptable aux yeux de la communauté médicale. Après avoir examiné plusieurs grilles (Thomson et autres, 1984; Young, 1985; Spitzer, 1986; Chalmers et autres, 1989; Grant, 1989), nous avons décidé d'adapter celle de Reisch et autres (1989), car elle mettait spécifiquement l'accent sur les caractéristiques du devis des études, critère le plus important à nos yeux.

Cette grille d'évaluation de type biomédical comprend douze rubriques (tableau 1) comptant plusieurs éléments. Par exemple, en ce qui concerne la rubrique « objet de l'étude », nous devions examiner si les auteurs discutaient

de l'hypothèse, de l'objectif de l'étude, et s'ils décrivaient les variables et les résultats ainsi que les différences attendues entre les divers traitements. Dans cette grille, tous les éléments se présentent sous la forme d'une question qui ne demande qu'une seule réponse, à savoir : oui, non, inconnu ou non applicable.

Tableau 1
Les douze rubriques de la grille d'évaluation

- 1) L'objet de l'étude
- 2) Le devis expérimental
- 3) La détermination de la taille de l'échantillon
- 4) La description des sujets
- 5) La randomisation et la stratification
- 6) L'utilisation d'un groupe comparatif
- 7) Les procédures du traitement
- 8) La conduite à l'aveugle
- 9) L'attrition de sujets
- 10) L'évaluation des sujets et du traitement
- 11) La présentation des analyses
- 12) La conclusion et les recommandations

L'analyse s'est faite en deux étapes. Dans un premier temps, à l'aide de la grille, deux personnes ont procédé séparément à l'évaluation des articles. Par la suite, une seule de ces deux personnes a attribué, à partir des deux évaluations et d'une pondération que nous avons préalablement établie pour chacun des éléments, une valeur globale à tous les articles. Cette dernière procédure s'accompagnait d'une comparaison et d'une discussion des analyses des évaluateurs. Elle a permis de réduire les biais causés par l'interprétation, laquelle comporte inévitablement une part d'arbitraire.

Le problème particulier rencontré dans l'utilisation de la grille : la description du traitement

Même si le choix de la grille a été fait de manière à suivre les règles du jeu des auteurs de notre corpus d'articles, nous nous attendions à rencontrer certains problèmes dans son utilisation. Le paradigme holistique auquel renvoient les thérapeutiques étudiées est, en effet, opposé au modèle biomédical duquel découle la grille d'évaluation. Or, en analysant les articles, nous avons trouvé assez facile de répondre à la majorité des questions relatives à 11 des 12 rubriques de la grille. La seule rubrique problématique est celle de la description du traitement (rubrique 7), en raison particulièrement des éléments d et e (tableau 2).

Selon le modèle holistique, l'intervention thérapeutique a pour objet d'enrayer la maladie, laquelle est le reflet d'un déséquilibre, d'une rupture d'harmonie, d'un dérèglement par rapport à une norme individuelle de la santé. Le déséquilibre énergétique se manifeste par un ensemble de signes ou de symptômes propres à chaque personne sur les plans mental-spirituel, émotif-psychique ou physique.

Dans ce modèle, la guérison est perçue non seulement comme

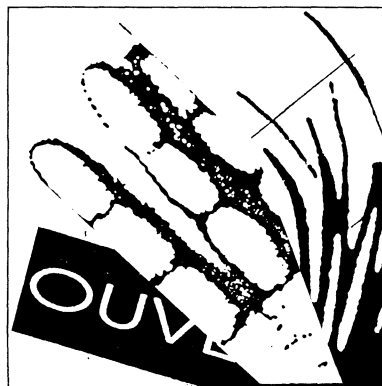


Tableau 2
Rubrique 7 : les procédures du traitement

- a) Consentement obtenu auprès des sujets
- b) Spécifications
 1. Dosage
 2. Heure de la journée pour le traitement
 3. Fréquence du traitement
 4. Durée du traitement
 5. Route (IV, IM, etc.)
 6. Présentation (comprimés, sirop, etc.)
 7. Points de contact (ex. méridiens)
 8. Source des médicaments
 9. Indications pour :
 - Commencer le traitement
 - Modifier le traitement
 - Arrêter le traitement
- c) Sujets des différents groupes semblent avoir reçu les mêmes traitements complémentaires à ceux étudiés
- d) Traitement décrit adéquatement
- e) Traitement raisonnable et approprié pour répondre aux questions posées par les chercheurs

111

une démarche d'équipe entre le patient et son thérapeute, mais également comme un cheminement vers l'auto-santé du patient. De ce fait, la réponse au traitement dépend, en partie du moins, des démarches et des attitudes personnelles du sujet à l'égard de sa santé et de sa guérison (Capra, 1983 ; Vithoulkas, 1984).

Ainsi, la démarche thérapeutique, parce qu'elle est interactive et personnalisée, varie dans le temps selon les réponses du patient. Il est donc peu fréquent, même si cela demeure possible, que l'intervention se résume à un traitement, qu'elle reste identique tout au long des rencontres ou que deux personnes reçoivent exactement le même traitement⁸.

Ces conceptions holistiques de la maladie, de la guérison et du traitement n'empêchent en rien, selon nous, l'élaboration d'une étude sur l'efficacité d'une inter-

Les problèmes mis au jour par l'analyse des articles

Comme nous l'avons dit, la plupart des recherches répertoriées sont des essais cliniques randomisés qui comparent, à l'aide d'un groupe expérimental et d'un groupe témoin, deux traitements différents. Cette procédure permet d'isoler certains facteurs de manière à mesurer leur effet particulier. Le principe est valable dans une étude qui met en jeu une thérapie alternative. Il faut cependant porter attention aux traitements donnés à chacun des deux groupes et à la façon dont les résultats sont interprétés.

Les traitements

Les chercheurs peuvent mesurer l'effet total du traitement alternatif en ne donnant aux sujets du groupe témoin aucun soin particulier, ou ils peuvent évaluer l'effet relatif du traitement expérimental en donnant aux sujets du groupe témoin des soins qui ne sont pas de même nature que ceux du groupe expérimental (exemples : acupuncture contre chiropractie, homéopathie contre médecine traditionnelle, ostéopathie contre placebo).

Le choix de soins placebo pour le groupe témoin comme traitement distinct de celui du groupe expérimental est judicieux si le placebo est bien utilisé. Selon le modèle biomédical, le placebo désigne :

Tout procédé, symbole d'intention thérapeutique dépourvu d'action spécifique sur la condition visée, qui est suivi, chez le sujet à qui on l'applique, d'effets souhaitables ou indésirables, le procédé étant ou semblant en être la cause (Corporation des médecins du Québec, 1989 : 8).

Ce procédé est approprié pour distinguer l'effet de suggestion des autres effets possibles d'un traitement alternatif (et ce même si, dans le modèle holistique, l'effet de suggestion est une

dimension importante de l'effet thérapeutique total). Par exemple, si les réponses des personnes du groupe expérimental sont plus élevées que celles du groupe témoin qui reçoit un placebo, cela signifie que l'effet thérapeutique alternatif s'ajoute à l'effet du traitement placebo.

L'intégration d'un placebo dans les études ne fait pas problème si les chercheurs prennent quelques précautions quant à la présentation des interventions (expérimentale et placebo). Le traitement expérimental doit correspondre au modèle holistique et le traitement placebo doit être perçu comme similaire au traitement expérimental, sinon, la comparaison traitement-placebo ne peut pas être soutenue. Ces critères sont difficiles sinon impossibles à satisfaire pour quelques médecines alternatives, en particulier pour celles qui nécessitent des manipulations des mains ou d'aiguilles de la part du thérapeute¹⁰.

L'analyse de notre corpus d'articles montre que l'emploi d'un placebo est courant. Cependant, les auteurs n'ont pas toujours conscience des pièges que cache l'utilisation de cet instrument. Certains auteurs semblent très consciencieux (utilisation d'aiguilles hors méridiens, manipulation légère sur le site de la douleur) alors que d'autres paraissent plus désinvoltes (pincements de la peau sur les méridiens, manipulation sur un site farfelu).

L'interprétation des résultats

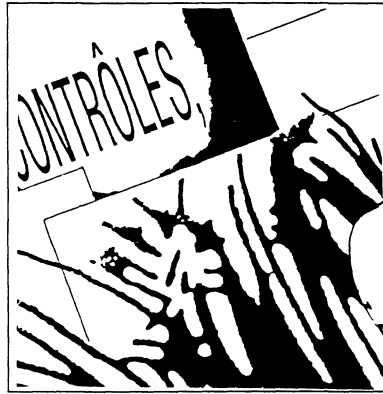
Lorsque les devis des études proposent la comparaison de deux traitements ou plus, que le traitement du groupe témoin soit ou non un placebo, l'interprétation des résultats soulève certaines questions. Les essais cliniques randomisés sont basés sur la formulation d'une hypothèse nulle qui ne

vention thérapeutique alternative. Toutefois, pour être utile dans ce domaine, une grille doit saisir si les conceptions holistiques du traitement ont été respectées. Or, les grilles d'analyse construites dans le modèle biomédical (par exemple la grille de Reisch et autres ou celles que nous avons examinées) mettent l'accent sur les mesures quantitatives et ne permettent pas de cerner les multiples dimensions qualitatives et globales du traitement holistique (l'individualisation du traitement, le degré d'implication du patient dans le traitement et face à ses problèmes de santé, le travail d'équipe thérapeute-patient dans le processus thérapeutique, etc.).

Dans la grille de Reisch, ce n'est donc que de manière arbitraire que nous avons jugé comment le traitement a été décrit. Ce faisant, nous avons souvent été obligés de répondre « non » ou « inconnu » pour les points d et e de la rubrique 7, et de leur attribuer une valeur identique selon la pondération préétablie⁹. Cette uniformisation nous empêche d'utiliser les deux éléments de cette rubrique pour distinguer les articles entre eux ou juger de la pertinence des articles pour ce qui est de démontrer ou d'infirmier l'efficacité d'une thérapie alternative.

suppose aucune différence entre les groupes. Lorsque les auteurs ne peuvent rejeter l'hypothèse nulle, cela signifie que les effets des deux traitements sont statistiquement semblables. Il est toutefois impossible de connaître les raisons véritables de cette similitude. Les effets respectifs de chacun des traitements peuvent être réellement identiques ou ils peuvent être tributaires de la taille de l'échantillon de l'étude. Si l'échantillon est trop petit, les légères variations entre les interventions thérapeutiques ne ressortiront pas nécessairement.

Pour rejeter l'hypothèse nulle, les chercheurs doivent réussir à détecter des différences concluantes entre les traitements et être en mesure d'isoler l'effet thérapeutique qui les distingue. Lorsque cette situation se présente, l'interprétation des chercheurs se fait généralement dans la stricte optique du modèle biomédical. Les résultats qui montrent de manière concluante l'efficacité d'un traitement alternatif sont souvent interprétés comme étant les conséquences d'un effet placebo, décrit comme « la conséquence réelle ou apparente d'un procédé non spécifique de l'objectif et qui symbolise l'intention curative ou préventive du thérapeute » (Corporation des médecins du Québec, 1989 : 8). Si les résultats ne sont pas interprétés comme un simple effet placebo, les auteurs s'inspirent des théories physiologiques propres au modèle biomédical pour les expliquer sans mentionner l'existence des cadres théoriques auxquels se rattachent les thérapies alternatives. Cette procédure relève d'un choix paradigmatique et, de ce fait, est inattaquable du point de vue logique. Toutefois, cela reflète une vision partielle et partielle que les tenants du modèle holistique peuvent difficilement reprendre.



Conclusion

Les auteurs des études sélectionnées, en adoptant les critères scientifiques valorisés dans le modèle biomédical sans intégrer les paramètres du modèle holistique en ce qui a trait principalement à la conception du traitement, limitent la validité de leurs études (Patel, 1987 ; Boyer, 1989). Dans la plupart des cas, des études jugées adéquates sur le plan de la rigueur scientifique selon la grille d'évaluation ne mesurent pas ce qu'elles prétendent mesurer car les conceptions biomédicales des traitements d'acupuncture, d'ostéopathie ou d'homéopathie mises de l'avant par les auteurs n'ont que peu de points en commun avec les conceptions holistiques de ces traitements.

Le principal indice de cette interprétation biomédicale du traitement est la réduction de l'intervention thérapeutique à une seule rencontre entre le sujet et le thérapeute, cette intervention se résumant à une manipulation unique et identique pour l'ensemble des sujets. Même si dans certains cas les traitements étudiés sont échelonnés sur plusieurs séances, ils varient rarement selon les réponses individuelles des sujets.

Les auteurs ont ainsi dénaturé l'essence même de la thérapie alternative pour être en mesure

d'afficher le caractère scientifique de leur recherche. Ils ne se sont préoccupés que des aspects liés à la fiabilité de la mesure, laissant totalement de côté le problème fondamental de la validité de la mesure de l'efficacité des traitements alternatifs.

Dans le contexte politique actuel, il importe de ce fait d'être prudents et très critiques à l'égard de ce type d'études et de ce qu'elles démontrent. Même s'il n'est pas question ici de rejeter les méthodes biomédicales, il est nécessaire d'en diminuer la portée dans le contexte particulier des études dont il a été question ici. Si l'efficacité des thérapies alternatives demeure une dimension importante dans la prise de décision gouvernementale à leur égard, des efforts doivent être entrepris pour développer des protocoles de recherche valides et fiables permettant d'évaluer adéquatement l'efficacité de ces autres médecines. Pour l'instant, le nombre d'études, leur qualité et leur manque de correspondance avec le modèle alternatif holistique limitent sérieusement toute appréciation de leur efficacité.

Odile Sévigny*
Anne Quéniart*
Abby Lippman**
Salinda Hess**
Patrick Chabot**

Université du Québec à
Montréal (*)
et Université McGill (**)

Bibliographie

- AULAS, Jean-Jacques. 1985. « L'évaluation clinique contemporaine de l'homéopathie », *Prescrire*, 46 : 45-37.
- BATTISTA, Renaldo et Rémi GUIBERT. 1986. « L'évaluation des médecines douces : problématique et paradigme », *Union médicale du Canada*, 115, 1 : 704-706.

- BENSAID, Norbert. 1988. *Le Sommeil de la raison. Une mode : les médecines douces*. Paris, Seuil.
- BOYER, Boris. 1989. *Coexistence structurée de systèmes médicaux : le cas de la médecine et de l'acupuncture au Québec*. Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures, Département de sciences politiques.
- CAPRA, Fritjof. 1983. *Le Temps du changement*. Éd. du Rocher.
- CHALMERS, Iain et autres. 1989. « Materials and Methods Used in Synthesizing Evidence to Evaluate the Effects of Care During Pregnancy and Childbirth », dans CHALMERS, ENKIN et KEIRSE, éd. *Effective Care in Pregnancy and Childbirth*. Oxford, Oxford University Press, vol. 1 : 39-65.
- CORPORATION PROFESSIONNELLE DES MÉDECINS DU QUÉBEC. *Rapport du groupe de travail sur les médecines dites douces* (document d'information). Montréal, 32 p.
- GRANT, Adrian. 1989. « Reporting Controlled », *British Journal of Obstetric and Gynecology*, 96 : 397-400.
- JING FENG CAI. 1987. « Toward a Comprehensive Evaluation of Alternative Medicine », *Social Science and Medicine*, 25, 6 : 659-667.
- LASCH, Christopher. 1984. *The Minimal Self*. Norton.
- LES CAHIERS DU GERM. 1987. *Comprendre les médecines parallèles*, no 202, octobre.
- PACCAUD, F. 1986. « L'évaluation systématique des procédures médicales à propos de l'efficacité des « médecines parallèles », *Revue de la Suisse romande*, 106 : 141-147.
- PATEL, Mahesh S. 1987a. « Evaluation of Holistic Medicine », *Social Science and Medicine*, 24, 2 : 169-175.
- PATEL, Mahesh S. 1987b. « Problems in the Evaluation of Alternative Medicine », *Social Science and Medicine*, 25, 6 : 669-678.
- REISCH, J., J. TYSON et S. G. MIZE. 1989. « Aid to the Evaluation of Therapeutic Studies », *Pediatrics*, 84, 5 : 815-827.
- RENAUD, M., S. JUTRAS et P. BOUCHARD. 1987. *Les Solutions qu'apportent les Québécois à leurs problèmes sociaux et sanitaires*. Rapport de recherche, Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, Les Publications du Québec, août.
- SCHWARTZ, Daniel. 1986. « Peut-on évaluer les médecines douces ? », *Sciences sociales et santé*, IV, 2 : 75-88.
- SPITZER, Walter O. 1986. *Rapport du groupe de travail québécois sur les aspects cliniques des affections vertébrales chez les travailleurs*. Montréal, IRSST.
- THOMSON, M. E. et M. S. KRAMER. 1984. « Methodologic Standards for Controlled Trials of Early Contact and Maternal Infant Behavior », *Pediatrics*, 73 : 294-300.
- VITHOULKAS, Georges. 1984. *La Science de l'homéopathie*. Monaco, Éd. du Rocher.
- YOUNG, Larry D. 1985. « Holistic Medicine's Use of Biofeedback », dans STALKER et GLYMOUR, éd. *Examining Holistic Medicine*. Buffalo, Prometheus Books.
- Dernière précision : en raison de contraintes de temps, nous avons choisi de nous concentrer sur les thérapies en émergence qui ne possèdent pas encore de mécanismes de contrôle autonomes. De ce fait, nous avons exclu la chiropractie qui, à l'origine, devait faire partie des thérapies étudiées.
- ⁴ Les banques de données sont : Medline, Sociological Abstracts, Psychological Abstracts, ERIC, PASCAL, Social Research, Dissertation Abstracts.
- ⁵ Les mots clefs sont : alternative medicine, acupuncture, homeopathy, osteopathy, naturopathy, phytotherapy, medicine, Chinese traditional, efficiency, effectiveness, efficacy, placebo, evaluation. Bien sûr, ces termes ont été traduits pour la recherche de titres français.
- ⁶ Ces revues sont : *Homéopathie, l'Homéopathie française, les Annales homéopathiques françaises, Holistic Medicine* et *Journal of the American Osteopathy Association*.
- ⁷ Au moment de la rédaction de ce texte, le recensement des articles n'est pas totalement complété. Le chiffre avancé de 52 peut donc varier légèrement.
- ⁸ Notons par ailleurs que, contrairement au modèle biomédical, qui conçoit le traitement séparément du suivi, c'est-à-dire séparément du comportement du patient pour ce qui est de suivre ou non la prescription du traitement, le modèle holistique considère la participation du patient comme partie intégrante du traitement.
- ⁹ De plus, le point B (spécification du traitement) s'applique mieux aux études pharmacologiques et, par conséquent, il a été jugé non applicable dans les études qui nous occupent.
- ¹⁰ L'utilisation d'un traitement comparatif dans le groupe témoin est habituellement liée à la conduite à l'aveugle ou en double aveugle (si le sujet et le thérapeute ne connaissent pas la nature réelle du traitement). Lorsque le traitement comparatif est un placebo, le devis de l'étude doit, pour éviter les biais, prévoir une conduite en simple aveugle. Par ailleurs, la conduite en double aveugle n'est réaliste que dans les cas où le traitement nécessite la prescription de remèdes, comme c'est le cas en homéopathie. Lorsque le traitement consiste en manipulations des mains ou d'aiguilles, comme dans le cas de l'ostéopathie et de l'acupuncture, seuls les sujets peuvent ne pas connaître la nature de leur traitement. Cependant, quelle que soit la thérapie, il est possible de laisser l'évaluateur dans l'ignorance des traitements.

Notes

- ¹ Propos recueillis dans *La Presse*, Montréal, 12 avril 1990.
- ² Cette recherche a été rendue possible par une subvention du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (Direction de l'évaluation).
- ³ Notre étude évacue les thérapies dont le but exclusif est l'amélioration du bien-être mental, affectif et social (type psychosocial) ou qui visent l'amélioration du bien-être spirituel (type « conscience »). De plus, nous n'avons pas conservé les articles qui portaient 1) sur l'efficacité d'un dérivé d'une des médecines alternatives retenues (ex. l'électroacupuncture sans aiguille, la réflexologie, etc.), 2) sur la mesure de l'effet physiologique d'une thérapie alternative (ex. l'effet sur la pression sanguine) ou 3) sur la mesure de l'effet analgésique d'une médecine alternative en vue d'une chirurgie.