

***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***

Commentaire

*Évelyne Micollier**

Comment l'épidémie de VIH-sida, enjeu majeur de santé publique à une échelle globale, est appréhendée et gérée dans le système de soins chinois ? L'adaptation locale « contextualisée » de savoirs médicaux et de modèles internationaux de politiques sanitaires est approchée avec les outils de l'anthropologue dans l'article de Gobatto et Lafaye. Ce commentaire décrit brièvement le système chinois et donne des clés pour comprendre l'hybridation des modèles médicaux chinois et ses implications dans le cadre de la recherche et de la prise en charge du VIH/sida.

L'étude du pluralisme médical a mobilisé les anthropologues, particulièrement les spécialistes des sociétés asiatiques, qui ont observé les interfaces, les interactions et les tentatives d'intégration entre les savoirs

* *Évelyne Micollier, anthropologue, UMR 145, IRD/Montpellier 1, Centre IRD, 911, avenue Agropolis, BP 5045, 34032 Montpellier Cedex 01, France ;
Evelyne.Micollier@ird.fr*

et les pratiques traditionnels et biomédicaux dans différents contextes (Croizier, 1968, 1976 ; Kleinman 1980 ; Kleinman et al., 1976 ; Kleinman et Kunstadter, 1978 ; Kunstadter, 1976 ; Leslie, 1976 ; Leslie et Young, 1992 ; Lock 1980 ; Unschuld, 1975).

Mes travaux (Micollier, 1996, 2007), produits au départ dans la dynamique créée autour de ceux de J. Benoist (1993), s'inscrivent en cohérence avec les travaux récents sur l'hybridation des savoirs et des pratiques médicales dans la société chinoise contemporaine, qui a été conceptualisée comme synthétique (Scheid, 2002) plutôt que syncrétique, éclectique ou systémique. La pluralité thérapeutique ne relève pas d'un « système » et ces tendances s'inscrivent en contraste avec une approche plus « systémique » que « dynamique » des composantes et des modalités de fonctionnement d'un système de soins. Kleinman (1980) avait conduit une recherche pionnière sur le système médical taïwanais, et s'était appuyé au niveau théorique sur le travail de Geertz (1973), en considérant les traditions médicales comme des « systèmes culturels » (1). En estimant les catégories de Kleinman (1980) comme méthodologiquement opératoires, le pluralisme médical contemporain en Chine populaire peut être décomposé sommairement de la manière suivante : la biomédecine (historiquement, médecine occidentale ou médecine moderne) et la médecine traditionnelle chinoise sont pratiquées dans le cadre institutionnel et relèvent du secteur professionnel. La médecine traditionnelle liée à l'usage d'une pharmacopée ou à des pratiques religieuses locales (secteur traditionnel) et la médecine populaire familiale (secteur populaire) s'exercent hors du champ institutionnel. En outre, la médecine professionnelle est plurielle intégrant la biomédecine, la médecine traditionnelle chinoise et, éventuellement, des médecines locales pratiquées dans le cadre d'unités sanitaires communes : le système chinois montre donc une différence structurelle fondamentale comparé à ceux de la plupart des pays en développement, étant simultanément révélateur et opérateur d'un processus d'hybridation des savoirs et des pratiques encouragé par une volonté politique nationale.

Depuis la fondation de la République populaire de Chine (1949), l'État chinois a valorisé d'autres traditions médicales que la médecine moderne occidentale (xiyi), notamment la médecine traditionnelle chi-

(1) Précisons que la notion de culture définie par Geertz dans le cadre théorique d'un renouvellement des idées de l'anthropologie des systèmes symboliques n'a rien à voir avec celle qu'Ackerknecht (1942) utilisait pour l'appliquer au système médical qui posait problème dans le contexte de sociétés complexes telles que la Chine ou l'Inde comme l'avait démontré Unschuld (1985 : 3) : ils font tous deux référence à la notion de « système culturel » en leur donnant des acceptions très différentes.

noise (zhongyi) (2) en l'intégrant dans le système de santé publique. Sa promotion officielle et ses voies de légitimation ont donné naissance à une médecine traditionnelle chinoise modernisée (xiandaihua), normalisée (guifanhua), systématisée (xitonghua), sécularisée, c'est-à-dire vidée de ses aspects religieux, et « scientisée » (kexuehua) (Croizier, 1968 ; Farquhar, 1994 ; Hsu, 1999). Simultanément, objet d'enjeux socio-politiques significatifs dans le contexte de la quête de légitimation politique d'un nouveau régime, cette médecine devenait « un icône paradoxal » (critical icon) de l'identité nationale dans le « discours et les représentations » (narrative) de la modernité de la République populaire de Chine (Whyte, 2001).

En contraste avec les réserves terminologiques émises par Gobatto et Lafaye sur le choix difficile et peu satisfaisant entre « tradimédecines, médecines traditionnelles, néo-traditionnelles, etc. », la médecine traditionnelle chinoise est une médecine que l'on peut qualifier sans tergiverser de néo-traditionnelle car elle contient des éléments de biologie et de médecine modernes dans la transmission et dans la pratique, éléments introduits selon une rationalité précise et consciemment recherchée à partir de la transformation d'un savoir traditionnel savant aux ramifications populaires.

Dans le cadre de la recherche biomédicale sur le sida, le cancer et les maladies rares, une tendance globale de la recherche médicale vers une validation des traitements par la « médecine des preuves » (evidence-based medicine) conduit à la valorisation d'une médecine « régulatoire » plutôt que « clinique » (Cambrosio, 2005), donc à une rationalisation des pratiques médicales, instrumentalisée et révélatrice d'enjeux socio-politiques (Castel et Dalgalarondo, 2005 ; Dalgalarondo, 2004a, 2004b). La gestion et la prise en charge du sida et du cancer, maladies chroniques difficiles à traiter pour la biomédecine, offrent une application paradigmatique où cette tendance s'affirme dans la recherche de traitements innovants en biomédecine et en médecine complémentaire à un niveau international.

En Chine, le développement de la médecine des preuves est observable en biomédecine et en médecine traditionnelle chinoise comme voie de légitimation dominante et de normalisation des pratiques médicales : se précisent alors les risques de collusion d'intérêts entre acteurs écono-

(2) Les termes xiyi — litt. « médecine occidentale » — et zhongyi — litt. « médecine chinoise » — sont employés par les patients, les thérapeutes et dans la terminologie officielle. Dans la suite de l'article, les termes chinois ou anglais qui restent mentionnés permettent d'éviter les risques de distorsion de sens inhérents à toute traduction.

miques, politiques et scientifiques ainsi que les enjeux de prestige national liés à la recherche. La concurrence pour la découverte et pour la validation de traitements est de ce fait exacerbée. Dans ce contexte de compétition internationale pour la recherche de traitements innovants, les essais cliniques se multiplient dans les pays en développement. Ainsi, la médecine traditionnelle chinoise, une médecine néo-traditionnelle qui s'insère selon une terminologie globale dans la catégorie des « médecines alternatives et complémentaires » (CAM pour complementary and alternative medicine) (3) subit la pression, en outre dans son pays d'origine, des nouvelles tendances de la recherche internationale avec la rationalisation accrue des pratiques de la biomédecine tandis que, durant cette même période, sa globalisation s'accélère. La question des essais cliniques dans les pays en développement et des enjeux autour de ces essais se pose dans le secteur des traitements traditionnels ou néo-traditionnels. En outre, les essais en médecines traditionnelles sont aujourd'hui encouragés par une volonté politique locale (notion de culture d'origine) et internationale.

En Chine, des essais cliniques en biomédecine et en médecine traditionnelle chinoise sont conduits au moins depuis le lancement des réformes économiques (1979, période post-maoïste) : documenter les expérimentations qui furent menées pendant la période maoïste (1949-1979) s'avère difficile compte tenu des discours de propagande systématique diffusés, d'une part, par le gouvernement chinois, d'autre part, par les puissances occidentales (période de la guerre froide).

Une politique de médecine « intégrée » ou « intégrative » visant à l'insertion de traitements de CAM dans le schème de traitements biomédicaux lourds des maladies chroniques comme le cancer et le sida, qui produisent inévitablement des effets secondaires, se développe dans un certain nombre de pays développés en particulier en Amérique du Nord et en Grande-Bretagne (Barry, 2005). Barry propose une approche anthropologique de l'évidence (4) en élargissant le sens du concept : dans son

(3) Je n'ajouterai pas le terme de « médecines non-conventionnelles » couramment employé aussi pour catégoriser ces médecines, notamment pour marquer la distinction avec la médecine conventionnelle (la biomédecine) car la médecine traditionnelle chinoise peut être considérée comme conventionnelle du moins dans son pays d'origine.

(4) Le concept d'évidence relève d'un mouvement culturel (phénomène de société ?) global orienté vers la « culture de l'audit » ; appliqué à la biomédecine depuis le début des années quatre-vingt-dix, il implique une valorisation accrue de la méthode expérimentale et l'adoption d'une posture agnostique et objectiviste quand la preuve n'a pas encore été apportée dans le cadre d'un protocole de recherche, ce qui conduit à une quête « quasi-obsessionnelle » de cette preuve.

analyse, elle met en contraste différents types d'évidence au lieu d'envisager un type d'évidence unique, en l'occurrence l'évidence scientifique biomédicale, qui exclut les autres types de rationalisation, celles qui ne relèvent pas du paradigme scientifique mais d'autres modèles épistémologiques. Par exemple, élargir l'évidence « à ce qui marche » (what works?) permettrait d'introduire la pertinence anthropologique du point de vue emic qui n'exclurait pas dans ce contexte le point de vue etic. En faisant référence à d'autres savoirs médicaux, le processus revient à « indigéniser » le type d'évidence.

Sujets de publication dans la presse et dans les revues académiques chinoises et éventuellement internationales, des essais cliniques de traitements du sida en médecine traditionnelle sont menés depuis une vingtaine d'années aux États-Unis, en Chine et en Afrique dans le cadre de protocoles de médecine traditionnelle chinoise (5). Par ailleurs, le premier essai randomisé en double aveugle d'un traitement par la pharmacopée chinoise des symptômes associés au VIH a donné lieu à une publication internationale (Burack et al., 1996). Cependant, remarquons qu'en Chine, une seule composition de médecine traditionnelle chinoise (tablettes de Tangcao) a obtenu une licence de l'Administration des médicaments et des aliments (SFDA pour State Food and Drug Administration) pour traiter le sida (AFP, Beijing, juillet 2003). Des résultats récents d'essais réussis sont rapportés dans la revue Chinese Journal of Integrative Medicine: la nouvelle préparation de pharmacopée testée CATCM-4 (Zhongyan-4), du nom de l'institution qui l'expérimente (China Academy of Traditional Chinese Medicine), aurait une fonction immunitaire de protection et/ou de réhabilitation chez les patients VIH+ à un stade précoce et intermédiaire, et des effets thérapeutiques tels que la réduction de la charge virale, le gain de poids et l'amélioration des symptômes à un certain degré (Wang et al., 2006).

À la suite d'entretiens avec des membres du personnel (techniciens, étudiants, chercheurs et cliniciens d'un centre de recherche sur le sida), il me semble intéressant de rendre compte de leur point de vue sur la recherche, sur le traitement, sur la dynamique épidémique et leurs repré-

(5) Rappel : 1985, première personne recensée séropositive en Chine ; 1985, essais cliniques testant des traitements de pharmacopée et d'acupuncture conduits au Quan Yin Healing Arts Center par l'équipe de Cohen, Abrams, et Burack à San-Francisco ; 1989, premiers essais cliniques de traitements du sida par médecine traditionnelle chinoise conduits en Tanzanie par le docteur Lu Weibo (1998), directeur du département sida, Institut national de recherche de la médecine traditionnelle (aujourd'hui Académie nationale de médecine traditionnelle chinoise) à Beijing.

sentations du virus et de son origine, bien que cette recherche débutée en 2006 soit encore exploratoire et les résultats partiels. La validation par la médecine des preuves, une méthode défendue à partir de l'argument d'objectivité scientifique pour la construction d'une médecine « rationnelle, objective » (keguan) quelle que soit la médecine en question, biomédecine ou médecines autres, relevait de l'évidence. Mes interlocuteurs étaient curieux de savoir si une telle méthode était aussi valorisée et incontournable en France. Les personnes interrogées préconisaient toujours un usage combiné de biomédecine et de médecine traditionnelle chinoise pour le bien-être de la personne vivant avec le VIH, stimuler son système immunitaire et réduire les effets secondaires générés par les traitements antirétroviraux. Leur point de vue sur la dynamique épidémique reflétait un optimisme relatif avec un pronostic d'explosion épidémique dans les prochaines années mais une stabilisation par la suite suivant l'exemple de la Thaïlande ou des pays développés occidentaux. Le discours de plusieurs interlocuteurs témoignait d'une représentation « animée » (anima), voire religieuse, de la maladie et de son origine. Par exemple, « le ciel (tian) envoie le virus (bingtu) du sida aux humains, notamment parce qu'ils ne respectent plus la nature ». Pourtant, le terme « virus » renvoie à une catégorie étiologique biomédicale et le « ciel » à une catégorie de la pensée chinoise. Un tel processus de synthèse conceptuelle est la norme plus que l'exception quand l'individu est confronté à plusieurs modèles médicaux en interaction, surtout dans une société où l'ampleur des changements en une période si courte est peut-être unique au monde. Dans un souci de mise en perspective avec la section « Dieu dans les pratiques professionnelles » de l'article de Gobatto et Lafaye, ici « Dieu » est inscrit en creux pour référer à une inscription culturelle locale dans les discours évoqués du personnel de santé et de recherche. En outre, l'allusion à la dégradation rapide de l'environnement perçue comme un facteur pathogène et résultant d'un développement économique rapide devient un lieu commun aujourd'hui où l'impact de la pollution sur la santé est expérimenté tous les jours par la population d'un certain nombre de villes chinoises.

En Chine, la médecine traditionnelle est exercée dans un cadre idéal pour jouer un rôle de médecine complémentaire qui risque cependant de l'éloigner un peu plus de ses origines de savoir médical complet et savant. Selon les données officielles (Xinhua, décembre. 2006), en deux ans, 71 % des patients qui en ont besoin selon les recommandations OMS destinées aux pays aux ressources limitées, ont intégré le programme national HAART (Highly Active Anti-Retroviral Treatment), soit environ 30 000 patients à la fin 2006, et plus de 6 000 bénéficient d'un traitement traditionnel complémentaire ou substitutif. Des compositions de médecine

traditionnelle chinoise sont testées et, par la suite, prescrites comme stimulateur immunitaire, agent antiviral ou pour réduire les effets secondaires des médicaments biomédicaux. Remarquons que la politique de traitement combiné lancée par la province du Henan intervient en octobre 2004, dix mois après la décision nationale de développer un programme d'accès gratuit aux antirétroviraux (ARV) en faveur des villageois ex-vendeurs de sang infectés par le VIH, bénéficiaires prioritaires. Le traitement combiné est préconisé suite au taux important d'inobservance et à l'accès limité aux ARV de première ligne qui provoquent des effets secondaires sévères contrairement aux ARV de seconde ligne qui, jusqu'à aujourd'hui, ne sont pas disponibles dans le cadre du programme national (6). Cette politique a été développée dans une deuxième province, au Yunnan (Chinanews, 2006, 2 décembre).

Le soutien prioritaire à la recherche portant sur les traitements VIH/sida en biomédecine et en médecine traditionnelle, et la politique de traitement et de recherche adoptée par les deux provinces les plus affectées par l'infection au VIH (Henan et Yunnan) pour tester la thérapie par médecine traditionnelle chinoise en médecine complémentaire et/ou substitutive, montre par ailleurs l'engagement de l'État en faveur de politiques innovantes en matière de traitement et de prise en charge. Rappelons enfin que l'ensemble de ces changements identifiés dans les domaines scientifique et socio-sanitaire doit être appréhendé dans le cadre plus général des transformations sociales structurelles et conjoncturelles qui se produisent aujourd'hui en Chine après vingt-cinq ans de réformes, de développement économique et d'adaptation à un modèle global.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Ackerknercht E.H., 1942, Primitive medicine and culture pattern, Bulletin of the History of Medicine, 12, 545-574.

Barry C.A., 2005, The role of evidence in alternative medicine: contrasting biomedical and anthropological approaches, Social Science and Medicine, 62, 2646-2657.

(6) Sur les carences du programme HAART chinois, voir Kaufman et al. (2006, chap. 5, 6 et 9) et les documents de MSF (2006) ; sur l'économie du VIH/sida au Henan et dans les autres provinces centrales dans une perspective anthropologique, et une analyse des carences du programme national fondée sur des données de terrain, voir l'excellent article de Shao (2006).

- Benoist J., 1993, Anthropologie médicale en société créole, Paris, PUF.*
- 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, 12, 4, 386-393.*
- Cambrosio A., 2005, Rationalisation et médecine des preuves en oncologie : quelques remarques à propos de la régulation des pratiques biomédicales, Sciences Sociales et Santé, 23, 4, 41-48.*
- Castel P., Dalgarrondo S., 2005, Les dimensions politiques de la rationalisation des pratiques médicales, Sciences Sociales et Santé, 23, 4, 5-40.*
- Croizier R.C., 1968, Traditional medicine in modern China: science, nationalism, and the tensions of cultural change, Cambridge, Mass., Harvard University Press.*
- Croizier R.C., 1976, An ideology of medical revivalism in modern China, In : Leslie C., ed., Asian medical systems, Berkeley, University of California Press, 341-355.*
- Dalgarrondo S., 2004a, Sida : la course aux molécules, Paris, Éditions de l'EHESS.*
- Dalgarrondo S., 2004b, Recherche clinique : quelle place pour les patients et leurs représentants ? Une comparaison sida, cancer et maladies rares, Paris, Rapport pour l'Agence Nationale de Recherches sur le Sida.*
- Farquhar J., 1994, Knowing Practice. The clinical encounter of Chinese medicine, Boulder, Westview Press.*
- Geertz C., 1973, The interpretation of cultures, New-York, Basic Books.*
- Hsu E., 1999, The transmission of Chinese medicine, Cambridge, Cambridge University Press, Cambridge Studies in Medical Anthropology.*
- Hsu E., 2001, Chinese medicine: innovation, convention and controversy? Cambridge, Cambridge University Press.*
- Kaufman J., Kleinman A., Saich T., 2006, AIDS and social policy in China, Harvard University Asia Center, Cambridge, Mass.*
- Kleinman A., 1980, Patients and healers in the context of culture, Berkeley, University of California Press.*
- Kleinman A., et al., 1976, Medicine in Chinese cultures: comparative studies of health care in Chinese and other societies, Washington DC, US Government Printing Office for Fogarty International Center.*
- Kleinman A., Kunstadter P., 1978, Culture and healing in Asian societies. Anthropological, psychiatric, and public health studies, Boston, Transaction.*

Kunstadter P., 1976, The comparative medical anthropological study of medical systems in society, In : Kleinman A., et al., eds, Medicine in Chinese cultures: comparative studies of health care in Chinese and other societies, Washington DC, US Government Printing Office for Fogarty International Center, 683-696.

Leslie C., 1976, Asian medical systems: a comparative study, Berkeley, University of California Press.

Leslie C., Young A., 1992, Paths to Asian medical knowledge, Berkeley, University of California Press.

Lock M.M., 1980, East Asian medicine in urban Japan. Varieties in medical experience, Berkeley and London, University of California Press.

Lu Weibo, 1998, Traitement du sida par la médecine et la pharmacopée traditionnelles chinoises. Huit cas de conversion séronégative, Paris, Quimétao, trad. Mo Xuqiang.

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

Micollier E., 2007, Therapeutic plurality in post-socialist China: Qigong, science, and religion, Cambridge Needham Research Institute, London, Routledge, forthcoming.

MSF reports, 2006, 1. Antiretroviral therapy in China, 2. The cost of AIDS care in China. Are free antiretroviral drugs enough?, 3. Access to essential HIV/AIDS medicines in China.

Scheid V., 2002, Chinese medicine in contemporary China. Plurality and synthesis, Durham-London, Duke University Press.

Shao Jing, 2006, Fluid labor and blood money: the economy of HIV/AIDS in rural central China, Cultural Anthropology, 21, 4, 535-569.

Unschuld P.U., 1975, Medico-cultural conflicts in Asian settings: an explanatory theory, Social Science and Medicine, 3, 303-312.

Unschuld P.U., 1985, Medicine in China: a history of ideas, Berkeley, London, University of California Press.

Wang Jian, Yang Fengzhen, Zhang Yongxiang, Liu Ying, et al., 2006, Randomized double-blinded and controlled clinical trial on treatment of HIV/AIDS by Zhongyan-4, Chinese Journal of Integrative Medicine (Zhongguo jiehe yixue zazhi), 12, 1, 6-11.

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, 171-194.