

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 ⁽¹⁾

EVELYNE MICOLLIER

Dans le contexte d'une réponse sociale et médicale des autorités chinoises face au SIDA, la politique d'extension du traitement à tous les patients qui en ont besoin à terme, révèle des « caractéristiques chinoises » qui rejoignent des préoccupations internationales en matière d'usage des médecines alternatives et complémentaires. L'une d'entre elles concerne l'utilisation de la médecine chinoise traditionnelle (MCT) principalement en traitement combiné (biomédecine et médecine chinoise) dans un système de santé publique où elle tient une place relativement importante comparée aux autres modèles de systèmes de santé qui existent dans le monde. Mon article porte sur l'intégration de la MCT dans les thérapies et les recherches sur le VIH/SIDA.

La médecine chinoise traditionnelle (MCT *zhongyi*⁽²⁾) est la médecine chinoise promue par le gouvernement chinois depuis les années 1950 et n'inclut évidemment pas tous les recours qui peuvent être désignés sous l'expression « médecine chinoise » au sens large⁽³⁾. Elle peut être définie comme une médecine néo-traditionnelle dans la mesure où des éléments de biologie et de médecine modernes occupent une place significative dans la transmission et la pratique. Dans les années 1990, le processus de biomédicalisation croissante de la médecine « traditionnelle » se produit à partir d'une double impulsion : celle, d'une part, de la politique étatique de long terme d'intégration des médecines chinoise et occidentale et de modernisation et normalisation de la médecine chinoise⁽⁴⁾ ; et celle, d'autre part, de forces relevant de la globalisation culturelle et économique. Ces dernières se concrétisent par une circulation des idées et des pratiques à la fois scientifiques et traditionnelles ainsi que par les enjeux économiques de la santé dans le cadre d'un marché mondial.

Dans les années 2000, la pharmacopée traditionnelle (*zhongyao*) sous sa forme porteuse et soutenue par la politique étatique tend à devenir une pharmacothérapie (*zhongyiyao*), voire une pharmacologie de médecine traditionnelle (*zhongyiyao xue*).

À partir du constat que les traitements et la recherche en médecine chinoise traditionnelle font partie intégrante du schéma d'intervention publique de traitement et de prise en charge du VIH/SIDA progressivement mis en œuvre depuis 2004, je me suis intéressée aux modalités d'utilisation et d'intégration de ce *corpus* de savoirs et de pratiques,

1. Cette recherche a été menée dans le cadre du Projet IRD-PUMC/CAMS (Peking Union Medical College/Chinese Academy of Medical Sciences), Programme en sciences sociales, avec le soutien financier du CEFC de Hong Kong. Le projet avait été sélectionné dans le cadre de l'appel à projets de recherche en 2006.
2. Les termes *xiyi* litt. « médecine occidentale » et *zhongyi* litt. « médecine chinoise » sont employés par les patients, les thérapeutes et dans la terminologie officielle. J'ai choisi l'usage du terme MCT (médecine chinoise traditionnelle), traduction française de TCM (Traditional Chinese Medicine), traduction anglaise officielle en Chine de *zhongyi* : je n'utiliserai donc pas la traduction la plus courante en France « Médecine Traditionnelle Chinoise » parce que je me place du point de vue local (c'est-à-dire ici, officiel chinois), un positionnement en cohérence avec une perspective anthropologique.
3. Par exemple des traitements de médecine locale, populaire ou familiale (*minjian yiliao, difang yiliao/liaofa, etc.*) qui ne sont pas forcément insérés dans le *corpus* de pratiques et de traitements MCT.
4. Sur le projet initial de médecine intégrée dans le cadre de la construction d'une société socialiste, voir Kim Taylor, *Chinese Medicine in Early Communist China, 1945-1963. A Medicine of Revolution*, Londres, Routledge, 2005. Sur la modernisation et la normalisation de la médecine chinoise, voir Judith Farquhar, *Knowing Practice. The Clinical Encounter of Chinese Medicine*, Boulder, Westview Press, 1994. Sur la construction d'une forme standardisée parmi d'autres, cf. Elisabeth Hsu, *The Transmission of Chinese Medicine*, Cambridge UK, Cambridge University Press, Cambridge Studies in Medical Anthropology, 1999, p. 88-127.

sur lequel j'ai travaillé dans le cadre de recherches antérieures sur la pluralité thérapeutique en Chine, dans la gestion du SIDA. Mon article est articulé en deux parties : la première s'attache à contextualiser l'objet dans le cadre des grandes lignes de la reformulation des politiques sanitaires en 2004. La deuxième partie porte sur l'intégration de la MCT dans les thérapies et les recherches sur le VIH. Ce processus, par ses modalités conceptuelles et opératoires, montre concrètement la « biomédicalisation » de la MCT qui s'est accélérée dans les années 1990. Dans l'adaptation des traitements existants et recommandés à un niveau international, des traitements combinés en biomédecine et en MCT font l'objet de pratiques et de recherche cliniques. Il s'agit principalement, en biomédecine, des ARV (anti-rétroviraux) dans le cas du SIDA et aussi d'autres médicaments préconisés dans le traitement des maladies opportunistes du SIDA, et en MCT, du traitement des maladies opportunistes ou d'une prise en charge complémentaire aux ARV pour tenter de réduire les effets secondaires associés à leur consommation, ainsi que stimuler le système immunitaire, soulager la douleur et œuvrer pour un mieux-être ou un mieux-vivre des PvVIH (personnes vivant avec le VIH). Ces recherches visent à développer des traitements connus qui doivent être adaptés ou des traitements innovants conceptualisés dans les protocoles comme des substituts possibles aux ARV. À partir de l'analyse d'un certain nombre de publications et d'observations dans la mesure du possible, je donnerai des exemples d'essais cliniques visant à la validation scientifique de traitements du SIDA dans le contexte plus large de la recherche-développement (R&D) en MCT. Précisons que les mesures de politique publique prises par la Chine et la volonté politique de long terme pour promouvoir la médecine traditionnelle rencontrent les préoccupations des États et d'acteurs civiques et économiques à une échelle internationale ainsi que les recommandations de l'OMS visant à intégrer des médecines traditionnelles dans les systèmes de santé publique, recommandations promulguées il y a 30 ans à la Conférence internationale sur les soins de santé primaire d'Alma-Ata (1978). Le système chinois était alors apparu comme un modèle à imiter pour les autres États en particulier ceux dont les ressources médicales étaient très limitées avec à l'horizon un objectif de « santé pour tous en l'an 2000 ». La déclaration de Pékin adoptée à l'issue du premier congrès mondial de l'OMS sur la médecine traditionnelle qui s'est tenu du 7 au 9 novembre 2008⁽⁵⁾ s'inscrit dans cette continuité et appelle à une application plus généralisée des grandes lignes de politique publique et des stratégies de l'OMS pour la médecine tradi-

tionnelle (2002-2005) qui avaient été initiées à partir de 1978 : « reconnaissant les progrès accomplis par de nombreux gouvernements à ce jour pour intégrer la médecine traditionnelle dans leurs systèmes de santé nationaux, nous appelons ceux qui ne l'ont pas encore fait à prendre des mesures ». Ajoutons que la définition des « médecines traditionnelles » est très large, embrassant un éventail de thérapies, de pratiques et de savoirs très divers selon les pays et les localités. Elles peuvent être labellisées « médecines alternatives » ou « médecines complémentaires⁽⁶⁾ ».

Reformulation des politiques sanitaires et intégration de la MCT dans le schéma national de prévention, de traitement et de recherche

À partir de 2004, avec l'aide d'un nouveau comité en charge du contrôle du SIDA au niveau du Conseil des affaires de l'État, grâce à des outils de mesure plus performants, la compréhension des dynamiques épidémiques et les réponses adoptées ont été améliorées. En conséquence, la connaissance et le contrôle de l'épidémie ont nettement progressé, bien que de nombreux défis et obstacles restent encore à surmonter. Le traitement et la prise en charge du VIH/SIDA sont progressivement étendus selon les normes internationales recommandées par l'OMS pour les pays à ressources limitées. Pour les autorités centrales, le défi aujourd'hui est bien sûr de mettre en œuvre de manière relativement homogène ces nouvelles politiques au niveau local. Il n'est pas approprié pour autant de surestimer la responsabilité des gouvernements provinciaux et des autorités situées plus bas dans la stratification administrative. En effet, ceux-ci ne disposent pas toujours des ressources humaines et financières pour appliquer correctement ces nouvelles mesures⁽⁷⁾. Les disparités régionales, les différentes échelles administratives et les modes d'intervention des institutions chinoises d'efficacité inégale, ainsi qu'un processus de stigmatisation généralisée vis-à-vis de l'épidémie et des personnes infectées ou

5. Accessible en ligne http://www.who.int/medicines/areas/traditional/TRM_Beijing_DeclarationFR.pdf.
6. Le concept de « CAM » (Complementary and Alternative Medicines) est largement utilisé en sciences médicales, en santé publique et aussi en sciences humaines et sociales de la santé incluant toutes les thérapies qui ne relèvent pas à l'origine de la médecine moderne standardisée à un niveau international ou biomédecine. Une telle définition très englobante implique qu'elle est généralement discutée en contexte pour être opératoire et ne pas être réduite à un outil théorique.
7. Source : enquêtes de terrain menées par l'équipe de recherche IRD-PUMC/CAMS sur les sites dans les provinces de Hainan et du Henan.

affectées par le VIH⁽⁸⁾, constituent des obstacles majeurs à l'application effective des nouvelles politiques publiques.

Mentionnons qu'en décembre 2003, avant la mise en œuvre du programme national HAART (Highly Active Anti-Retroviral Treatment)⁽⁹⁾ qui était en cours d'élaboration, MSF avait initié un programme de traitement et de prise en charge confidentielle et gratuite des patients infectés par le VIH à Nanning, capitale du Guangxi, en collaboration avec le CDC provincial (*fangyi ju*) et le bureau régional de santé publique (*weisheng ju*). Ce projet était alors pilote en Chine et a été au fil du temps considéré comme un modèle à reproduire dans des structures sanitaires officielles spécialisées dans le traitement et la prise en charge du SIDA telles que l'hôpital n° 8 à Guangzhou⁽¹⁰⁾.

En avril 2004, le ministère de la Santé, en coopération avec le ministère des Finances et le Bureau de l'administration nationale de la médecine chinoise traditionnelle (SATCM, State Administration of TCM, *guojia zhongyiyao guanli ju*⁽¹¹⁾) ont promulgué un ensemble de recommandations visant à la standardisation des traitements anti-rétroviraux. L'ensemble de mesures dénommé « Quatre gratuits et une prise en charge » (*simian yi guanhuai*) inclut la gratuité des anti-rétroviraux pour tous les patients résidant en milieu rural et pour les patients résidant en milieu urbain confrontés à des difficultés financières, la gratuité des services de dépistage et de conseil dans les zones à prévalence élevée, la gratuité de la scolarité pour les enfants orphelins à cause du SIDA, la gratuité des services de dépistage, de conseil et de prévention de la transmission mère-enfant pour les femmes enceintes, enfin une aide financière pour les patients séropositifs qui ont des ressources économiques trop limitées⁽¹²⁾.

À partir de la fin de l'année 2003, cinq ARV (AZT, d4T, ddI, NVP, IDV⁽¹³⁾) sont produits par des groupes pharmaceutiques basés en Chine et trois autres (3TC, EFV⁽¹⁴⁾) sont importés. Ces régimes ARV de première ligne prescrits en Chine dans le cadre du programme national correspondent aux normes recommandées par l'OMS pour les pays à ressources médicales limitées. Un manuel détaillé a été élaboré pour faciliter la mise en œuvre de la nouvelle politique en matière de traitement et d'expansion du traitement⁽¹⁵⁾. Simultanément, le gouvernement a renforcé l'investissement et le développement de la recherche sur le vaccin préventif, les ARV, l'adaptation des ARV dans la pratique clinique et les produits de MCT⁽¹⁶⁾. Un programme d'intervention et de recherche à grande échelle encourage un certain nombre de provinces à tester des produits de médecine traditionnelle pour le traitement et la prise en charge du SIDA.

Même si les estimations du nombre total de patients bénéficiant du traitement HAART dans le cadre du programme national varient selon les sources et n'incluent pas toujours les patients qui suivent un traitement de MCT, selon l'Onusida et des publications médicales de niveau international, environ 20 450 patients auraient reçu un traitement HAART à la fin de l'année 2005, 24 400 à la fin 2006⁽¹⁷⁾ et 32 000 à la fin 2007⁽¹⁸⁾. À la fin 2006, parmi eux, plus de 6 000 patients bénéficiaient d'un traitement de MCT.

8. Sur les situations vécues de discrimination des PvVIH en relation avec les représentations du SIDA, voir Zhou Rachel Yunqiu, « "If you get AIDS... You have to endure it alone": Understanding the social constructions of HIV/AIDS in China », *Social Science and Medicine*, 2007, vol. 65, p. 284-295. Sur les rumeurs discriminatoires, les représentations du SIDA et la criminalisation des personnes séropositives dans les médias, voir Jing Jun « The Social Origin of AIDS Panic in China », in Joan Kaufman *et al.* (éd.), *AIDS and Social Policy in China*, Cambridge, MA, Harvard University Asia Center, 2006, p. 152-169. Sur le phénomène de stigmatisation au début de la décennie, voir Evelyne Micollier, « Phénomènes de stigmatisation dans un monde chinois confronté au VIH-SIDA : vers une collaboration entre réponses officielles et société civile », in Alice Desclaux (éd.), *L'approche culturelle de la prévention et du traitement du VIH-SIDA : stigmatisation et discrimination*, Paris, UNESCO, Etude n° 20, 2003, p. 39-54. Sur les représentations du SIDA dans des contextes de culture chinoise dans les années 1990, voir Evelyne Micollier « L'Autre : porteur originel et/ou vecteur privilégié du VIH/SIDA (Chine populaire-Taiwan) », in Claude Fay (éd.), « Le SIDA des autres : constructions locales et internationales de la maladie », *Autrepart*, 1999, n° 12, p. 73-86.
9. HAART : réfère à des régimes médicamenteux, combinaison d'anti-rétroviraux pour obtenir une efficacité optimale, cf. DHHS/Henry J.Kaiser Family Foundation Panel on Clinical Practices for the Treatment of HIV infection. Guidelines for the use of antiretroviral agents in HIV-infected adults and adolescents, octobre 2004 revision, //aidsinfo.nih.gov/guidelines/adult/AA_040705.pdf
10. Source : enquêtes conduites auprès de l'équipe soignante, des cliniciens et des chercheurs en janvier 2008 et auprès de membres d'ONG locales en janvier 2005 telles que AIDS Care, basée à Guangzhou, reconnue pour son action exemplaire dans les années 2000. Cette organisation avait été fondée en 2002 par Thomas Cai, un activiste qui avait eu le courage de rendre public son statut de personne séropositive et qui s'est bâti une très bonne réputation auprès d'acteurs divers locaux, nationaux et internationaux engagés dans l'intervention SIDA en Chine. Thomas Cai avait contribué à l'ouvrage de référence paru en 2006 sur le SIDA et la politique sociale en Chine, édité par Joan Kaufman *et al.*, *AIDS and Social Policy in China*, *op.cit.*, chap. 8, p. 170-174.
11. Le SATCM est un organisme intégré au ministère de la Santé (*weisheng bu*) : son directeur général, Wang Guoqiang, est aussi vice-ministre de la Santé.
12. Jennifer Pan, *China National Free Antiretroviral Therapy Program*, Pékin, Chinese Center for Disease Control and Prevention, National Center for AIDS/STD Prevention and Control, juin 2005.
13. Respectivement Zidovudine, Stavudine, Didanosine, Nevirapine, Indinavir
14. Respectivement Lamivudine, Efavirenz
15. *China Free ART Manual*, Chinese Center for Disease Control and Prevention (CDC), janvier 2005. Notons qu'une édition révisée beaucoup plus précise et plus complète s'appuyant sur des données actualisées, est parue en 2008, 212 p.
16. Sur la recherche et la gestion du SIDA sous l'angle de l'adaptation du modèle biomédical plutôt que de celle du modèle traditionnel, cf. Evelyne Micollier, « 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*, 2007, vol. 25, n° 3, p. 31-39.
17. Bates Gill, Susan Okie « China and HIV—A Window of Opportunity », *New England Journal of Medicine*, 2007, vol. 356, n° 18, p. 1801-1805.
18. Données actualisées du rapport 2007, Key Data, Onusida, <http://www.unaids.org.cn/en/index/page.asp?classname=Key+Data&id=178&class=2>, page consultée le 15 janvier 2009 ; dont 6 000 au Yunnan, l'une des régions les plus affectées par l'épidémie depuis son émergence, cf. Wang Jiang, Wang Yan « 6 000 AIDS patients in Yunnan receive free treatment », *Xinhua*, 2007, 30 novembre.

Ces données doivent être considérées avec précaution dans la mesure où les chiffres diffèrent selon les documents pris comme référence. Tandis que le taux officiel du nombre de patients qui ont abandonné le traitement HAART s'élevait à 8 % et celui de patients décédés à environ 10 %⁽¹⁹⁾, des sources non officielles indiquent que, selon les localités et les populations concernées, le taux cumulé d'abandon du traitement et de décès pourrait atteindre 50 %. À ce propos, nos données de terrain montrent des situations contrastées selon les sites et le mode de transmission dominant chez les patients : par exemple, à l'hôpital n° 8 à Guangzhou, spécialisé dans le traitement et la recherche sur les maladies infectieuses et comprenant un service de traitement et un centre de recherche sur le SIDA, le taux cumulé de perdus de vue parmi les patients sous ARV, une population majoritairement en phase symptomatique avancée (90 %⁽²⁰⁾) et composée d'usagers de drogue par voie intraveineuse (70 %), s'élevait en 2007 à environ 10 % avec 6 % de décès et 4 % d'abandon du traitement⁽²¹⁾. Selon nos données de terrain, le comportement d'abandon est perçu comme très répandu : certains patients affirment volontiers que le tiers ou la moitié d'entre eux décident de « sortir » du programme des régimes médicamenteux prescrits.

L'observance et l'adhésion au traitement anti-rétroviral sont cruciales à la fois pour l'efficacité et pour la réduction des résistances⁽²²⁾. Ce problème posé par l'observance est souligné par les épidémiologistes et spécialistes de santé publique⁽²³⁾. Selon eux, les patients ressentent le besoin d'être mieux informés et des stratégies spécifiques devraient être développées pour ceux qui ont un niveau d'éducation très faible. L'administration ou l'utilisation des traitements des médecines traditionnelles pour le traitement du VIH ou du SIDA n'ont pas posé de problème significatif⁽²⁴⁾, ces traitements étant généralement mieux acceptés par les patients. Enfin, dans le cadre des nouvelles politiques, de nouvelles configurations institutionnelles associant structures de recherche, hôpitaux et instituts de formation universitaire, pilotées et soutenues par la SATCM, voient le jour. Sont par exemple créés la section recherche sur le SIDA au sein de l'Association nationale de MCT à Zhengzhou et l'Institut de recherche sur le SIDA intégré à l'université de MCT du Henan. À Pékin, la configuration organisationnelle avait été repensée antérieurement : les structures de médecine traditionnelle spécialisées dans le traitement et la prise en charge du SIDA comprennent des centres de traitement du SIDA (*aizhibing liaofa zhongxin*) tels que celui de l'hôpital Guang'anmen (GAMH AIDS Clinical Center), l'un des hôpitaux de l'Académie nationale de sciences médicales chi-

noises qui travaillent en collaboration avec des structures de recherche telles que le département SIDA de la même Académie. En 2000, un département de recherche clinique, un centre de traitement du SIDA, des laboratoires pour le dépistage, le diagnostic, et l'analyse de la charge virale, sont créés au sein de l'hôpital Guang'anmen.

Extension du traitement et intégration de la MCT dans le schéma national : perspective diachronique et situation actuelle

Le gouvernement chinois a manifesté dès les années 1980 une volonté politique de valoriser et explorer l'apport potentiel de la MCT à la prévention, au traitement et à la prise en charge du SIDA. Cette volonté s'est encore renforcée depuis le réalignement des politiques publiques en 2004 : selon Wen Jiabao⁽²⁵⁾, « l'objectif est de développer des méthodes de médecine chinoise et occidentale intégrées visant à traiter le SIDA et, à cet effet, les ressources de la MCT doivent être complètement exploitées ». Wu Yi, vice-Premier ministre, a également souligné l'importance de la MCT lors de la réunion de travail nationale sur la prévention et le traitement du SIDA (National Working Meeting of Prevention and Treatment of AIDS) qui s'est tenue la même année. Remarquons que la nécessité de développer des traitements intégrés grâce aux apports de la MCT est déjà indiquée dans les documents officiels portant sur le

19. National Center for STD/AIDS Prevention and Control, unpublished report on ARV Treatment Situation, juin 2005.
20. La plupart des patients ont suivi un traitement préalable de maladies opportunistes telles que la tuberculose.
21. Enquête de terrain conduite en janvier 2008 sur le site de l'hôpital auprès de l'équipe médicale ; contexte de recueil des données : réunion de travail où les problèmes de pratique clinique, de traitement et de prise en charge étaient discutés ; des membres de la direction de l'hôpital, de l'équipe soignante et de recherche locale, des étudiants en formation médicale spécialisée et deux chercheurs-experts étrangers spécialistes du VIH/SIDA, l'un épidémiologiste et l'autre immuno-virologue, alors en mission de mon laboratoire IRD, UMR 145 « VIH et maladies associées » y participaient.
22. L'observance réfère au suivi du traitement dans les faits, de manière objective ; l'adhésion renvoie plutôt aux perceptions et aux représentations du patient concernant son traitement et son efficacité dans leur sens commun divergent ou convergent avec le sens médical ou biologique. Par ailleurs, indiquons que, depuis 2006, un système de suivi et de contrôle des résistances a été établi, cf. Onusida, *A Joint Assessment of HIV/AIDS Prevention, Treatment and Care in China (2007)*, State Council AIDS Working Committee Office, UN Theme Group on AIDS in China, 1er décembre 2007, 38 p., p. ii.
23. Voir Zhang Konglai *et al.*, « China HIV/AIDS epidemic : continuing challenges », *The Lancet*, 2008, 20 octobre, 2 p., publication en ligne www.thelancet.com; Wang Xiaojing, Wu Zunyou « Factors associated with adherence to antiretroviral therapy among HIV/AIDS patients in rural China », *AIDS*, 2007 n° 21, Suppl. 8, p. S149-156.
24. Zhang Konglai *et al.*, « China HIV/AIDS epidemic : continuing challenges », *art.cit.*
25. Discours du 9 juillet 2004, texte intitulé « La société entière doit se mobiliser pour prévenir et contrôler efficacement le SIDA ».

contrôle de l'épidémie de SIDA dès la fin des années 1990 et au début des années 2000⁽²⁶⁾. Concrètement, le groupe organisateur et coordinateur sur la prévention et le traitement du SIDA est formé plus tardivement en 2004 par la SATCM. Il formule le premier projet de développement de la MCT pour le traitement du SIDA (Project of AIDS Prevention and Treatment with TCM of SATCM, 2004-2005). Un ensemble de mesures de politique publique et de réglementations promulguées par le SATCM et le ministère de la Santé ont alors vu le jour⁽²⁷⁾.

En ce qui concerne la recherche, avant la découverte et la mise sur le marché des ARV à partir de 1998, le ministère de la Science et de la technologie (*keji bu*) avait identifié, dès les années 1980, le développement de traitements du SIDA par la MCT comme un projet majeur de la recherche publique chinoise en sciences biologiques et médicales. En effet, des essais cliniques de traitement du SIDA en MCT ont été conduits en Tanzanie dès 1987 : un groupe de chercheurs de l'Institut national de recherche de MCT, institution académique aujourd'hui érigée au rang d'académie et rebaptisée Académie nationale de MCT à Pékin, dirigé alors par Lu Weibo, directeur du département SIDA de l'institut, a été envoyé en Tanzanie, où la médecine chinoise était déjà largement répandue et appréciée⁽²⁸⁾, pour conduire des recherches exploratoires. L'explication officielle de la délocalisation de ces recherches avance le fait que le *pool* de patients recensés en Chine était trop réduit pour satisfaire aux critères d'inclusion dans un essai. Ces études sont menées jusqu'en 1995 et les résultats sont rapportés dans un certain nombre de publications⁽²⁹⁾. De manière consensuelle, les chercheurs reconnaissent aujourd'hui les faiblesses des méthodologies qui ont pu générer des biais et conduire à des résultats très discutables tels que les cas de « séroconversion négative⁽³⁰⁾ ».

Trois étapes dans le développement des recherches en cours depuis une vingtaine d'années et leur application dans la pratique clinique des traitements du VIH peuvent être mises en évidence selon le discours officiel sur le sujet. L'étape exploratoire conduite en Tanzanie (1987-1995) a consisté à acquérir des connaissances générales et à accumuler des expériences cliniques. L'étape de la recherche préliminaire (1995-2003) a été caractérisée par des observations rendues possibles par la mise sous traitement de MCT de patients dans des zones où l'épidémie s'était développée en Chine. Simultanément, des plantes médicinales ont été testées en laboratoire et sélectionnées pour leur action anti-VIH. Enfin, depuis 2003, la troisième étape est centrée sur la standardisation des produits identifiés et leur développement jusqu'à une éventuelle mise sur le marché⁽³¹⁾.

Notons tout de même que les problèmes éthiques soulevés par ces recherches sont rarement, voire pas du tout, abordés jusqu'à aujourd'hui. Cette situation est préoccupante dans la mesure où les deux premières étapes, l'une délocalisée en Afrique et l'autre relocalisée en Chine, apparemment prolongées en attendant l'introduction du programme national dans certaines régions et localités, supposent la mise sous traitement de patients naïfs d'abord à la monothérapie par AZT utilisée pour le traitement du VIH depuis 1994 et ensuite aux multi-thérapies introduites en 1996. En effet, l'accès aux ARV était limité aux patients qui en avaient les moyens car aucune prise en charge n'était prévue avant le lancement du programme national.

Mise sous traitement combiné/complémentaire : quelques données fragmentaires mais significatives

On constate donc un décalage entre une volonté politique affirmée depuis deux décennies et les avancées de la recherche jusqu'à la généralisation d'un produit dans la pratique clinique courante. Selon les sites, on se retrouve donc soit en situation de pratique pilote, soit en situation de pra-

26. « Program on Middle and Long Term Prevention and Controlling of AIDS in China (1998-2010) » et « Action Program on Prevention and Treatment of AIDS in China (2001-2005) ». Rappelons que c'est aussi la période d'introduction des traitements anti-rétroviraux et de leur généralisation au niveau de la pratique clinique à un niveau global.
27. « Clinical Technical Project of AIDS Treatment with TCM » ; « Management Project of Trial Items in AIDS Treatment by TCM » ; « Details of Clinical Technical Project on AIDS Treatment by TCM in Five Provinces (Henan, Hebei, Anhui, Hubei, Guangdong) » ; « Recommendation on Guidelines of Diagnosis and Treatment of AIDS » ; « Clinical Technical Project on AIDS Treatment with TCM », cf. Wu Gang, « Status and Prospect in Preventing and Treating HIV/AIDS with Traditional Chinese Medicine », *Chinese Journal of Integrative Medicine (Zhongguo jiehe yixue zazhi)*, 2006, vol. 12, n° 2, p. 81-84, édition anglaise.
28. Rappelons que la médecine chinoise a été introduite dans les années 1970 en Tanzanie grâce aux liens étroits tissés entre les gouvernements chinois et tanzanien. Des équipes médicales chinoises avaient été envoyées par les autorités centrale et provinciales pour travailler dans les hôpitaux de district du pays, cf. Elisabeth Hsu, « 'The medicine from China has rapid effects' : Chinese medicine patients in Tanzania », *Anthropology & Medicine*, 2002, vol. 9, n°3, p. 291-313.
29. Un état des lieux des protocoles, des hypothèses et des résultats (non exhaustif) de la recherche conduite dans les années 1990 est offert dans Lu Weibo, *Traitement du SIDA par la médecine et la pharmacopée traditionnelles chinoises. Huit cas de conversion séronégative*, traduit du chinois par Mo Xuqiang, Paris, Quimétao, 1998. Lu évoque aussi les recherches conduites en Chine et leurs résultats publiés dans des revues chinoises telles que *zhongyi zazhi* (Journal de MCT), *zhongyi xueyuan xuebao* (Revue de l'Institut de MCT), *zhongyiyao xuebao* (Revue de pharmacothérapie de MCT), *zhongguo zhongxiyi jiehe zazhi* (Journal chinois de médecine traditionnelle et occidentale intégrées) ; d'autres informations et expériences cliniques sont rapportées dans Zhong Dajin, Wang Xua, Zhao Shuzhen, Fu Lining (compilateurs), *Aizibing de zhongyi zhiliao* (Treatment of AIDS with TCM), Pékin, *Zhongguo Shandong kexue jishu chubanshe* (Shandong Science and Technology Press), 1992, 127 p.
30. Titre du livre de Lu Weibo, *Traitement du SIDA par la médecine et la pharmacopée traditionnelles chinoises. Huit cas de conversion séronégative*, op.cit.
31. Wu Gang, « Status and Prospect in Preventing and Treating HIV/AIDS with Traditional Chinese Medicine », art.cit., p. 83.

tique courante en ce qui concerne l'introduction de la tablette herbale Tang pourtant approuvée pour le traitement de l'infection par le VIH en 2006 par la SFDA⁽³²⁾ et aujourd'hui recommandée au niveau national en traitement complémentaire. Cette recommandation ne fait pas l'unanimité parmi les soignants et les cadres administratifs de la santé. Par exemple, à l'hôpital n°4 de Nanning, où la tablette Tang est prescrite conformément à la recommandation, des membres du service « SIDA, maladies infectieuses et hépatites » et des cadres de l'hôpital sont peu convaincus par ses effets : ils estiment qu'un certain temps était nécessaire pour en confirmer l'efficacité. Pour eux et d'autres membres du personnel soignant, les produits de MCT n'étaient pas validables par des essais cliniques comme en biomédecine mais seulement par l'expérience clinique « à l'ancienne » selon laquelle l'efficacité peut seulement être confirmée sur une longue période temporelle qui traverse les générations. Du côté de la clinique MSF de Nanning qui collabore avec cet hôpital, des membres du personnel soignant pensent que le produit ne peut pas faire de mal : son usage n'était pas promu, car les produits de MCT représentent un certain coût, et l'association ne pouvait pas financer un médicament non agréé à un niveau international⁽³³⁾. À Guangzhou, à l'hôpital n°8 qui intègre un service SIDA, la collaboration entre personnel médical et de recherche de MCT et de biomédecine est plus serrée dans la mesure où un dispensaire de MCT fonctionne au sein du service alliant pratique clinique courante et recherche conduite en relation avec l'université de médecine traditionnelle. Une dizaine de lits sont réservés à des patients volontaires pour suivre un traitement conjoint. Par ailleurs, un essai était conduit à l'université de médecine traditionnelle et le recrutement était effectué auprès de patients traités à l'hôpital n°8. Un aspect intéressant mais fortement préoccupant de cet essai en cours est le nombre de perdus de vue⁽³⁴⁾ qui s'élevait à 30 % de manière récurrente puisque d'autres patients étaient nouvellement inclus à hauteur de ceux qui « sortaient » du protocole de recherche⁽³⁵⁾.

On constate donc qu'au delà des discours politiquement corrects tenus dans certaines réunions, la place de la MCT est limitée dans les projets CIPRA-Chine (China Comprehensive Integrated Programs for Research on AIDS) et dans les publications de ces programmes⁽³⁶⁾. Par ailleurs, pour la première fois en 2007, la MCT apparaît citée dans un rapport de l'Onusida et insérée dans la section portant sur le traitement des maladies opportunistes : « le projet de mise sous traitement a été étendu à 15 provinces où plus de 6 000 patients le reçoivent. Sous traitement, la

condition des patients s'est améliorée et certains ont pu reprendre leur activité professionnelle⁽³⁷⁾ ». Le projet pilote national sur l'usage de la MCT pour le traitement du VIH/SIDA mis en œuvre à partir de 2005 au Guangxi et au Yunnan, offre des résultats encourageants avec une réduction des symptômes cliniques, une meilleure qualité de vie et aucun effet secondaire ou réaction défavorable rapportés dans la presse locale⁽³⁸⁾. Par ailleurs, on rapporte l'usage en 2008 de la pharmacopée pour prévenir la transmission du VIH par le partage de seringues contaminées chez les usagers de drogues injectables, celle-ci restant un mode de transmission courant après avoir été jusqu'en 2005 le mode de transmission dominant. La composition testée peut aider à cesser l'usage de drogue : « elle a des propriétés particulières telles que combattre l'addiction psychologique et l'anxiété, et empêcher la rechute⁽³⁹⁾ ».

Recherches en médecine traditionnelle et traitements du VIH/SIDA

Dans une première section, j'aborderai les usages sociaux et économiques incluant des aspects de l'économie et de la philosophie de la connaissance ; la deuxième section portera plus spécifiquement sur la méthodologie de l'essai clinique ainsi que sur les traitements et la recherche sur le SIDA.

32. Mentionnons tout de même qu'en 2006, cet organisme national fut impliqué dans une série de scandales graves concernant la sécurité sanitaire des produits alimentaires et médicamenteux, des faits largement rapportés dans la presse officielle chinoise par *Xinhua*, *China Daily*, etc., et internationale par Reuters par exemple. Ces scandales ont porté atteinte à son autorité et ont abouti à des sanctions pénales sévères dont l'exécution de l'ex-responsable de l'organisme en juillet 2007.
33. Entretiens et observations conduits lors d'une enquête de terrain en janvier 2008 : visites à l'hôpital n°4 et à la clinique MSF de Nanning.
34. Dans le cadre du programme HAART-MCT : certains patients ré-intégraient le programme HAART non combiné.
35. *Ibid.* : visites dans les services et les laboratoires de recherche à l'hôpital n°8 et à l'université de médecine traditionnelle.
36. voir China CIPRA Reference book, *China CIPRA Overview*, 2007 et *China CIPRA's Publications Book*, 2007, publiés par China CIPRA www.ciprancaids.org.cn. Les programmes CIPRA mis en œuvre à un niveau global, une initiative soutenue par les NIH (National Institutes of Health) des États-Unis, font partie de l'agenda de recherche mondial du NIAID (National Institute of Allergy and Infectious Diseases) élaboré en réponse à l'épidémie globale de VIH/SIDA.
37. *A Joint Assessment of HIV/AIDS Prevention, Treatment and Care in China (2007)*, State Council AIDS Working Committee Office, UN Theme Group on AIDS in China, 1er décembre 2007, 38 p., p. 25.
38. Chen Yihua *et al.*, « Many benefits to treating HIV/AIDS with Traditional Chinese Medicine », *Nanning Evening News*, 2007, 18 décembre ; Cai Xiangrong, « 1 658 AIDS patients in Yunnan receive free treatment with Chinese Medicine », *Xinhua*, 2007, 28 septembre.
39. « Specialized Chinese medicine shows quick results for quitting drugs », 2 janvier 2008, <http://nb.qianlong/html/news/20081/73379.htm>, document posté sur le site de l'ONG www.china-aids.org, consulté le 15 janvier 2009.

Enfin, recentrée sur le monde chinois après un détour par la recherche internationale, la dernière section s'attachera à informer sur les essais de traitement du SIDA en Chine.

Des usages sociaux, économiques et scientifiques de la MCT en Chine

J'évoquerai brièvement le contexte socio-culturel et économique de l'usage de la MCT aujourd'hui en Chine. La médecine chinoise est une des icônes de l'identité chinoise : elle est d'hier à aujourd'hui largement mobilisée par les autorités dans le contexte d'une revitalisation plus générale de certains aspects de la culture chinoise, comme l'attestent la revalorisation du patrimoine architectural ou artistique ou l'éducation fondée sur des valeurs « confucéennes » dispensée par les instituts Confucius⁽⁴⁰⁾. Ces phénomènes de patrimonialisation et de revitalisation d'éléments du répertoire culturel sont identifiés dans de nombreuses sociétés et toujours associés au changement social. On peut parler dans ce cadre d'une tendance à la patrimonialisation du savoir médical – le problème est de savoir lequel – qui s'exprime de manière diffuse ou affirmée dans la société chinoise aujourd'hui. L'attachement à la « tradition médicale » s'est manifesté par le souhait de certaines catégories de population, témoins de cette tendance à la « biomédicalisation » de la médecine chinoise notamment dans les méthodes de recherche, d'extraire la MCT du système de santé publique chinois et de remettre en question l'idée d'intégration (*jiehe yixue, yiliao*) et de synthèse (*zonghe yixue, yiliao*) des médecines entre elles. Rappelons pourtant que les pratiques et les savoirs « intégrés » ou « hybridés » se sont développés depuis les années 1950, en particulier depuis la période de la Révolution culturelle (1966-1976), soutenus par une forte volonté politique qui a façonné une hybridation formulée consciemment et un syncrétisme « du haut vers le bas⁽⁴¹⁾ ». En s'élargissant à d'autres contextes socio-culturels et à d'autres savoirs médicaux, ces savoirs hybrides se développent à un niveau international, comme l'attestent les recommandations et déclarations de l'OMS favorables à l'insertion des médecines traditionnelles dans les systèmes de santé nationaux depuis les années 1980.

Cet attachement à la médecine chinoise reflété par le discours public, populaire plutôt qu'officiel est bien illustré par la controverse qui a suivi fin 2006 la publication en ligne de l'article du professeur Zhang Kongyao, philosophe des sciences à l'université de Changsha, capitale de la province du Hunan. Zhang visait à remettre en question l'insertion de la médecine chinoise dans le système de santé publique. La

question qui était au cœur du débat s'avère beaucoup plus subtile que celle *a priori* manichéenne du « pour ou contre » la MCT dans l'institution médicale publique. Zhang ne s'opposait pas radicalement à la médecine chinoise, mais il mettait en cause le processus d'institutionnalisation de cette médecine dans le cadre d'écoles, d'instituts et d'universités qui l'enseignent (*zhongyi xuexiao, xueyuan, daxue*⁽⁴²⁾). Selon lui, elle ne peut pas devenir une discipline du système académique car elle se caractérise par sa dimension holistique et ses liens historiques, philosophiques et philologiques avec la littérature, la poésie et la peinture, comme l'atteste le fait que certaines prescriptions étaient des poèmes calligraphiés⁽⁴³⁾. Zhang suggérait un retour de la MCT dans le secteur des « traitements populaires » (*minjian yiliao*) : la revalorisation passe par les voies de la transmission familiale héréditaire ou spirituelle⁽⁴⁴⁾ et de pratiques exercées dans le cadre d'organisations sociales « populaires » (*minjian hui/pai*), un moyen d'éclairer l'inanité du questionnement sur la modernisation et la construction de l'évidence selon les normes des sciences biomédicales⁽⁴⁵⁾.

Par ailleurs, en ces temps de globalisation économique et culturelle, les remèdes chinois séduisent la nouvelle classe moyenne en Chine et constituent déjà une part importante du marché global des médecines complémentaires et alternatives⁽⁴⁶⁾. Ainsi, la médecine traditionnelle dans son acception large apparaît-elle par hypothèse comme le répertoire des recours thérapeutiques le plus utilisé à l'échelle planétaire parmi les médecines autres que biomédicale.

Dans le domaine économique, la recherche et le développement en MCT, par son potentiel de mise sur le marché de

40. Pour une analyse des références au confucianisme et à la « tradition culturelle » dans le discours officiel dans les années 2000, voir Sébastien Billioud, « Confucianism, Cultural Tradition, and Official Discourse in China at the Start of the New Century », *China Perspectives*, 2007, n° 3, p. 50-65.
41. Cf. Sydney D. Whyte, « Deciphering "integrated Chinese and Western Medicine" in the rural Lijiang basin: state policy and local practice(s) in socialist China », *Social Sciences and Medicine*, 1999, n° 49, p. 1333-1347.
42. Sur les écoles, les cursus universitaires de MCT, l'organisation administrative des études et le contenu des enseignements, voir Elisabeth Hsu, *op. cit.*, 1999 ; Eric Marié, « Mutations et enjeux d'un système médical traditionnel confronté à la modernité », *Monde chinois*, 2005, n° 5, p. 101-124.
43. Joseph S. Wu, « Understanding Chinese Medicine: A Philosophical and Cultural Approach », *Asian Thought and Society*, 1998, vol. 23, n° 68, p. 125.
44. De maître à disciple, formation par un *lao zhongyishi*, médecin traditionnel respecté parce que reconnu comme compétent.
45. Voir Evelyne Micollier, « Transformations de la médecine chinoise en Chine : recherche et développement, circulation des savoirs et des pratiques », session « Les médecines d'Asie aujourd'hui. Trans-nationalisation des pratiques et relocalisation des savoirs », congrès du réseau Asie (Rasiem), texte de communication, 2007, 26-28 sept., Paris, 10 p., accessible en ligne www.reseau-asie.com
46. Elisabeth Hsu « La médecine chinoise traditionnelle en République populaire de Chine », dans Anne Cheng dir. *La pensée en Chine aujourd'hui*, Paris, Gallimard, 2007, 478 p., p. 214-238, p. 237-238.

produits de pharmacothérapie (*zhongyiyao*) et la pharmacologie traditionnelle (*zhongyiyaoxue*), s'insèrent dans le cadre du marché mondial de la santé. Ces produits pourraient devenir une niche de marché bienvenue pour l'industrie pharmaceutique chinoise⁽⁴⁷⁾ à un moment où, suite aux contraintes liées à l'entrée de la Chine dans l'OMC⁽⁴⁸⁾, ces entreprises ne peuvent plus fabriquer systématiquement les génériques de produits biomédicaux brevetés dans les pays développés qui constituaient 97 % de leur production. Le développement de la pharmacologie MCT montre une orientation vers la marchandisation à l'œuvre dans les sociétés de consommation en s'inscrivant dans le processus de la globalisation des méthodes de promotion des médecines traditionnelles. Les méthodes de marketing et le conditionnement de produits MCT se rapprochent de ceux qui sont utilisés pour la catégorie des compléments alimentaires (vitamines, anti-oxydants, etc.) à l'origine aux États-Unis, par la suite diffusés dans le monde et incluent un certain nombre de produits et de préparations disponibles sans prescription (*over the counter* : OTC⁽⁴⁹⁾). Elisabeth Hsu s'est intéressée aux motivations qui ont poussé les populations et les gouvernements africains, depuis l'exemple de la Tanzanie, à adopter et adapter localement la médecine chinoise dans les années 1990 : elle a bien souligné que le facteur économique ne pouvait être sous-estimé même si d'autres facteurs tels que l'orientation socialiste de l'idéologie politique, la mobilité sociale des patients vers le haut, les stratégies de soin des acteurs attirés par curiosité ou en dernier recours vers cette médecine, jouent aussi un rôle dans la diffusion de la MCT⁽⁵⁰⁾.

Les négociations pour le développement de recherches internationales en médecine chinoise montrent que la stratégie de l'industrie et des autorités chinoises - l'industrie étant majoritairement contrôlée par l'État - était d'obtenir l'autorisation de mise sur le marché (AMM) dans les pays développés par un enregistrement des compositions de la pharmacopée dans la catégorie « médicaments » plutôt que dans celle de « compléments alimentaires », alors que le cadre juridique et de validation scientifique est beaucoup plus contraignant en ce qu'il implique le recours au modèle EBM⁽⁵¹⁾ et la conduite d'essais cliniques concluants⁽⁵²⁾. À l'objectif de valorisation et de reconnaissance d'une « tradition médicale » par le processus de légitimation « scientifique » de la médecine chinoise s'ajouterait donc un but avant tout lucratif.

Parmi les nombreux projets de recherche en cours ou futurs, le projet Herbalome, de grande envergure et sur un long terme (15 ans), devrait être lancé sous peu. Son objectif est le criblage des produits de MCT. Les méthodes utilisées

incluent le criblage de haut niveau, les tests de toxicité et les essais cliniques pour identifier les substances actives et les substances toxiques dans les compositions de MCT déclinables en 400 000 combinaisons de 10 000 extraits végétaux et animaux⁽⁵³⁾. Par ailleurs, la « MCT/médecine chinoise » apparaît dans un appel à projets lancé par l'ANR (Agence nationale de la recherche) pour la première fois cette année faisant suite à des accords franco-chinois de recherche en partenariat dans les sciences biologiques et médicales dans le programme biotechnologies pour la santé⁽⁵⁴⁾ :

Le programme BiotechS s'ouvre en 2009 à l'international avec la participation possible de partenaires chinois dans des projets portant sur l'étude des médecines traditionnelles chinoises. Ces projets internationaux seront évalués selon les mêmes procédures et par les mêmes comités que les projets français.

Les mots-clefs du programme incluent les biomarqueurs, les biomatériaux, le criblage, les essais cliniques, l'immuno-

47. Celle-ci relève encore largement du secteur public, même si elle connaît un processus de privatisation progressive.
48. Décembre 2001
49. Pour des exemples de traitements alternatifs du SIDA en Afrique et en Asie, voir Anita Hardon *et al.*, « Alternative medicines for AIDS in resource-poor settings: insights from exploratory anthropological studies in Asia and Africa », *Journal of Ethnobiology and Ethnomedicine*, 2008, n° 4 ; Elisabeth Hsu, « Medicine as Business: Chinese Medicine in Tanzania », in Chris Alden *et al.*(éd.), *China returns to Africa: a Rising Power and a Continent Embrace*, Londres, Hurst, 2008, p. 221-235.
50. Elisabeth Hsu, *op.cit.*, 2002, p. 310. Pour un éclairage du point de vue des relations internationales sur la mondialisation Sud-Sud de la médecine chinoise, avec l'étude de cas de la Tanzanie, voir Michael Jennings, « Chinese Medicine and Medical Pluralism in Dar es Salaam : Globalisation or Glocalisation ? », *International Relations*, 2005, vol.19, n°4, p. 457-473.
51. EBM « Evidence Based Medicine » ou « médecine basée sur les preuves », cf. note suivante; ajoutons que ce modèle de validation scientifique tend vers une rationalisation accrue des pratiques médicales et produit une médecine régulatoire au détriment d'une médecine clinique, cf. Alberto Cambrosio, « Rationalisation et médecine des preuves en oncologie : quelques remarques à propos de la régulation des pratiques biomédicales », *Sciences Sociales et Santé*, 2005, vol.23, n° 4, p. 41-48.
52. 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 règles strictes de la « science clinique ». De cette science clinique vont naître les essais randomisés modernes. Voir Philippe Pignarre, *Le grand secret de l'industrie pharmaceutique*, Paris, La Découverte, 2004, p. 58 ; pour une histoire et une analyse anthropologique des essais cliniques, cf. Harry Marks, *La médecine des preuves. Histoire et anthropologie des essais cliniques (1900-1990)*, Paris, Synthélabo/PUF, 1999 traduit de l'anglais par Françoise Bouillot.
53. *Science*, « TCM under the microscope: Researchers hope the project will lead to better quality control », 2008, 12 février.
54. <http://www.agence-nationale-recherche.fr/AAPProjetsOuverts?NodId=17&lngAAPId=227>, page consultée le 15 janvier 2009, pdf programme, p. 83.

thérapie, l'imagerie non médicale, l'innovation thérapeutique, etc... En bref, ils se réfèrent à des biotechnologies qui sont fondées sur des concepts scientifiques innovants et qui exploitent des technologies de pointe en biologie et médecine.

Essais cliniques et traitements du SIDA

De manière consensuelle au niveau des concepts et de la pratique, les essais cliniques sont conduits idéalement en quatre phases. Pendant la phase 1, on teste la dose provoquant les premiers effets pharmacologiques attendus et effets indésirables, le plus souvent sur des sujets sains (au plus 20 patients). Pendant la phase 2, on évalue l'efficacité pharmacologique ainsi que la dose optimale et la posologie efficace. L'index thérapeutique définit le rapport entre la dose prescrite et la dose toxique. Cette phase pose encore des problèmes non résolus par les chercheurs, et la difficulté est variable selon les pathologies. La phase 3 consiste à appliquer une méthodologie particulière basée sur la comparaison entre deux groupes homogènes de malades, l'un recevant le produit, l'autre un produit de référence ou un placebo. Pour que les deux groupes de patients soient identiques, on effectue un tirage au sort appelé randomisation. Pour prévenir tout phénomène d'induction, l'essai est conduit en « double aveugle » : aucun acteur concerné ne connaît le résultat de la randomisation. Les critères d'inclusion des patients, dont le nombre varie de 100 à plusieurs milliers, sont très précis et sélectifs. Cette méthodologie définit l'essai clinique randomisé en double aveugle. La phase 4 dite de « pharmacovigilance » consiste à tester l'efficacité et la tolérance au produit en condition usuelle de prescription et dans la pratique clinique ordinaire.

L'examen de la méthodologie complète d'un essai « normalisé » considéré comme valable par la communauté scientifique et par l'industrie pharmaceutique, condition préalable pour l'obtention d'une AMM d'un médicament par un laboratoire, montre la complexité des procédures dans la recherche et le développement d'un médicament ou d'une biotechnologie à usage thérapeutique, entre la phase d'identification d'une substance, d'une composition, d'une molécule jusqu'à la commercialisation du produit final. La difficulté d'application en biomédecine est accrue dans le contexte de l'expérimentation de produits ou de techniques médicales complémentaires et alternatives.

La recherche médicale qui tend idéalement à être « normalisée » selon le modèle EBM sur les traitements du VIH/SIDA par des produits naturels montre des potentialités mais pas d'avancée réellement significative. À l'issue

d'une décennie de recherche extensive visant à la découverte d'agents naturels anti-VIH, des progrès ont été réalisés : un certain nombre de produits naturels ont été sélectionnés pour leurs actions spécifiques et leur faible toxicité. La plupart d'entre eux ont la potentialité d'interférer avec des cibles anti-virales successives pouvant produire des mécanismes d'action complémentaires à ceux des médicaments antiviraux disponibles. Cependant, l'autre facette du problème concerne les interactions entre les produits naturels anti-VIH et les traitements biomédicaux qui, dans certains cas, peuvent conduire à rendre les traitements inefficaces ou nocifs, risque d'autant plus préoccupant que de telles interactions sont encore peu explorées⁽⁵⁵⁾.

En 2005, bien qu'aucun médicament à base de plante ne soit utilisé dans la pratique clinique pour traiter le SIDA, un certain nombre de produits naturels et de préparations à base de plantes ont été identifiés comme potentiellement anti-viraux et sont testés dans le cadre d'essais cliniques⁽⁵⁶⁾. En 2000, une revue de la littérature sur les résultats de recherche du traitement du VIH/SIDA par la médecine chinoise - acupuncture et pharmacopée - conclut qu'en dépit d'indications prometteuses de réduction de certains symptômes, les résultats publiés ne sont pas convaincants et montrent des faiblesses méthodologiques⁽⁵⁷⁾. Il est alors possible d'identifier deux types d'études : les unes se focalisent sur le soulagement symptomatique, par exemple de la diarrhée et de la neuropathie, les autres explorent l'usage de la médecine chinoise en combinaison avec les traitements anti-rétroviraux pour alléger les effets secondaires et optimiser le traitement effectif. Des essais cliniques contrôlés attestant l'efficacité de la médecine chinoise à partir des marqueurs biomédicaux de l'infection par le VIH⁽⁵⁸⁾ devront être conduits dans le cadre de futures recherches⁽⁵⁹⁾. En effet, au niveau méthodologique, l'objectif va être de normaliser les essais cliniques en médecine traditionnelle selon les standards internationaux de la biomédecine.

55. Voir Edward Mills *et al.*, « Natural health product-HIV drug interactions : a systematic review », *International Journal of STD and AIDS*, 2005, n° 16, p. 181-186.
56. Voir l'état des lieux de la situation incluant une revue des publications par Inder Pal Singh *et al.*, « Anti-HIV natural products », *Current Science*, 2005, vol. 89, n° 2, p. 269-290.
57. Acupuncture Research Resource Center (éd.), « HIV Infection and Traditional Chinese Medicine. The evidence for effectiveness », Briefing Paper n° 6, British Acupuncture Council Publ., février 2000.
58. Tels que la charge virale et le comptage des CD4 : l'infection par le VIH provoque la diminution chronique des lymphocytes T et compromet la fonction normale du système immunitaire des personnes contaminées. Un CD4 (Cluster de différenciation 4), une glycoprotéine à la surface des lymphocytes (cellule T), des monocytes, macrophages, et cellules dendritiques, est un récepteur primaire utilisé par le VIH comme voie d'entrée dans les cellules hôtes T.
59. Acupuncture Research Resource Center (éd.), « HIV Infection and Traditional Chinese Medicine. The evidence for effectiveness », *art.cit.*

Essais cliniques de traitements du SIDA en Chine

Depuis les années 2000, suivant une tendance observée dans les pays émergents et en développement, les essais cliniques en Chine connaissent un développement inégalé. Depuis une décennie, rappelons que le pays connaît une période d'insertion accélérée sur la voie de la globalisation économique et culturelle y compris sur celle du marché mondial de la santé. Relevons que la Chine a très récemment intégré le système de l'OMS pour l'enregistrement des essais cliniques⁽⁶⁰⁾ et que, grâce à cet outil, les données chinoises peuvent être soumises au portail de l'OMS de recherche sur Internet : le Registre chinois des essais cliniques avait été initié en 2005 et, en moins de deux ans, est reconnu comme conforme aux normes. Selon Margaret Chan, directrice générale de l'OMS, les efforts des gouvernements chinois et indien visant à cette intégration renforcent le mouvement international pour la transparence et la diffusion d'informations des milieux de la recherche en direction du public.

Dans ce contexte, des traitements du SIDA parfois innovants sont testés en médecine traditionnelle et en biomédecine⁽⁶¹⁾. Ainsi, les voies de légitimation de MCT passent par une validation fondée sur l'évidence apportée par l'expérimentation biomédicale : la preuve de l'efficacité biologique de la composition ou de la technique testée et de leur innocuité doit être apportée selon des critères d'évaluation relevant de la « médecine des preuves » pour que ces traitements de « CAM » (Complementary Alternative Medicine) soient validés par la communauté scientifique internationale et autorisés à être mis sur le marché⁽⁶²⁾.

C'est en 1985 qu'une première personne fut recensée séropositive en Chine et que les premiers essais cliniques de traitements du VIH par la pharmacopée et l'acupuncture furent menés dans le cadre du Quan Yin Center à San Francisco par l'équipe du docteur Misha Cohen. Cette équipe va d'ailleurs conduire le premier essai randomisé en double aveugle avec groupe de contrôle par placebo d'un traitement par la pharmacopée chinoise des symptômes associés au VIH dont les résultats vont être publiés dans une revue internationale⁽⁶³⁾.

Selon les résultats rapportés dans un certain nombre de publications académiques chinoises sur les essais cliniques de traitement du SIDA, la recherche en MCT révèle des avancées dans l'identification des plantes, dans l'extraction des substances les plus actives et dans l'expérimentation des compositions médicinales. Sur un millier d'espèces de plantes communément utilisées dans la pharmacopée, plus d'une centaine auraient une action anti-virale et plusieurs

dizaines inhiberaient la réplication du VIH⁽⁶⁴⁾. Ces publications confirment que les extraits végétaux, minéraux ou animaux, peuvent être conceptualisés et donc finalement catégorisés comme des produits médicamenteux appartenant au modèle biomédical sans référence explicite à la théorie et à la pratique de la MCT.

Les compositions de CATCM-II (*Zhongyan-2*) et de CATCM-IV (*Zhongyan-4*), des traitements innovants en MCT testés par des essais cliniques, portent le nom de l'institution qui l'expérimente (*Zhongguo zhongyi yanjiuyuan* : China Academy of TCM, ancienne dénomination de CACMS *zhongguo zhongyi kexueyuan*). Des phases de l'expérimentation ont été conduites dans le cadre du projet de traitements du VIH/SIDA par la MCT qui a été mis en œuvre avec la collaboration de 50 chercheurs chinois et celle du centre médical Muhimbili de Tanzanie pendant une période de 17 années. Ce projet a produit quelques résultats tels que l'accumulation d'expériences cliniques et la publication de plus d'une centaine d'articles. Concernant les médicaments existants en développement, la tablette herbale *Tang a* a été approuvée par la SFDA et peut être mise sur le marché chinois. Des essais qui visent à tester la capsule *Qiankunng*, la capsule *Keaite*, l'injection *Chuankezhi*, la granule *Aining*, la composition *Sanhuang* sont en cours ou terminés⁽⁶⁵⁾. Les fonctions de la SFDA concernent princi-

60. « La Chine et l'Inde intègrent le Système OMS d'enregistrement international des essais cliniques », Communiqué, 25 juillet 2007, <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2007/pr41/fr/index.html>, page consultée le 6 Août 2007.
61. Pour des exemples de recherche en biomédecine dans le cadre du développement de la recherche vaccinale préventive ou thérapeutique, voir Evelyne Micollier « AIDS medical research, an exploratory Inquiry », poster 535, session 26.4, AIDSimpact International Conference, Marseille, 1-4 juillet 2007 ; pour un panorama des projets de recherche biomédicale en cours (en épidémiologie, virologie, immunologie, le traitement clinique, et le développement vaccinal) dans le cadre des programmes CIPRA-Chine, voir China CIPRA Reference book, *op.cit.*, 2007, p. 30-93 ; Shao Yiming, « HIV/AIDS research in China : arising up from skyline », *Chinese Medical Journal*, 2006, vol. 119, n° 23, p. 1939-1940.
62. Sur les politiques publiques portant sur l'usage des CAM et leur validation, voir OMS, Fact Sheet 271: Traditional and Alternative Medicine, 2002, et « Stratégies de l'OMS pour la médecine traditionnelle (2002-2005) » ; White House Commission on Complementary and Alternative Medicine Policy, Final Report, Washington D.C., 2002. Sur les concepts d'évidence et de CAM, cf. Evelyne Micollier, « Experimenting on scientific versus traditional treatments: the case of AIDS medical research in China », Proceedings of the International Congress on Logic, Methodology and Philosophy of Sciences (LMPS), Pékin, 8-15 août 2007, London, King's College Press, 2009, (sous presse) ; Christine Ann Barry, « The role of evidence in alternative medicine : contrasting biomedical and anthropological approaches », *Social Science and Medicine*, 2005, n° 62, p. 2646-2657.
63. Jeffrey H. Burack *et al.*, « Pilot Randomized Controlled Trial of Chinese Herbal Treatment for HIV-Associated Symptoms », *Journal of AIDS*, 1996, vol. 12, n° 4, p. 386-393.
64. Cf. Wu Gang, « Status and Prospect in Preventing and Treating HIV/AIDS with Traditional Chinese Medicine », *art.cit.*, p. 83.
65. Voir *Ibid.* p. 81-82; Evelyne Micollier « Neo-traditional treatments for AIDS in China : national AIDS treatment policy and local use of TCM (Traditional Chinese Medicine) », abstract 345, session 8.5, paper presented at the AIDSimpact International Conference, Marseille, 1-4 juillet 2007.

pablement la sécurité sanitaire des produits alimentaires et des produits de santé mais incluent aussi la supervision des protocoles de recherche et des essais cliniques soumis à une approbation préalable par l'organisme.

Prenons l'exemple de la publication de Ma *et al.* ⁽⁶⁶⁾, résultat d'un essai clinique visant à tester l'efficacité de la capsule *Aikeqing* en traitement combiné avec les ARV pour éclairer le problème de l'évaluation des résultats. Le protocole décrit une expérience clinique qui, quel que soit son résultat, sera sans validité scientifique car en incluant seulement huit patients et sans groupe de contrôle, il ne correspond 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 recherche clinique pourrait être validé dans une certaine mesure dans un cadre pré-EBM (médecine basée sur les preuves, voir notes 50 et 51). En effet, il ne s'agit pas seulement d'une expérience clinique dépendant de la seule subjectivité d'un praticien. Ainsi, la toxicité des produits de MCT était traditionnellement documentée par l'expérience clinique tandis que les données de toxicité les plus modernes sont fondées sur l'expérimentation animale dans le cadre d'essais pré-cliniques ⁽⁶⁷⁾.

Les premiers résultats de la recherche documentaire ⁽⁶⁸⁾ montrent que les traitements les plus utilisés sont très communs, souvent d'usage courant dans la vie quotidienne des personnes et des familles et destinés à l'entretien de la santé, la stimulation du système immunitaire voire de l'immunité globale du corps. Un nombre très réduit de traitements testés relèvent d'innovations en TCM comme par exemple les compositions de *Zhongyan-1* à *Zhongyan-4*.

Pour donner une idée de ces traitements innovants testés selon une méthodologie d'essai randomisé en double aveugle avec groupe de contrôle sous placebo, je donnerai quelques indications sur la composition *Zhongyan-4* tirées des résultats publiés dans Wang *et al.* ⁽⁶⁹⁾. Le produit testé, préparé par l'entreprise pharmaceutique Tianjiang basée au Jiangu, inclut des extraits de « racine de Ginseng, racine d'Astragalus (*Radix Astragali*), *Fructus lycii*, *Radix Fricosanthis*, *Radix Scutelleriae*, *Herba Vilae*, 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 ⁽⁷⁰⁾. Les deux premiers composants cités, la racine de Ginseng et la racine d'Astragalus sont connus depuis longtemps dans le *corpus* de la pharmacopée : ils sont indiqués pour la déficience immunitaire et ont pour fonction principale de stimuler le système

immunitaire. Des constituants du second composant font l'objet de recherches au niveau international qui ont commencé à produire des résultats encourageants rapportés dans une revue internationale d'immunologie ⁽⁷¹⁾. Par ailleurs, le Curcumin, constituant important des curcuminoids naturels, extraits de plantes, aurait une action anti-VIH selon une autre publication très récente ⁽⁷²⁾.

Notons que les traitements testés dans le cadre d'essais cliniques sont en général des compositions et des prescriptions de pharmacopée (*zhongyao*) éventuellement accompagnées d'un traitement complémentaire (*zhenjiu*, *qigong*) bien que des traitements d'acupuncture-moxibustion et de *qigong* soient décrits par exemple dans Song *et al.* ⁽⁷³⁾. En outre, ma curiosité avait été attirée par l'intérêt qu'avait manifesté l'un de mes interlocuteurs D., vice-directeur de l'institut de recherche concerné, pour les traitements par *qigong* dont l'usage dans le cadre institutionnel a toujours été plus ou moins discuté selon les périodes par les professionnels de santé et les autorités sanitaires. D. estimait que son niveau était encore trop bas pour traiter ou initier des recherches sur les traitements du SIDA par *qigong* ⁽⁷⁴⁾.

66. Ma Boyan *et al.*. « 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, 2007, p. 60-63.

67. Voir Albert Y. Leung, « Traditional Toxicity Documentation of Materia Medica—An Overview », *Toxicologic Pathology*, 2006, n° 34, p. 319-326.

68. Ces résultats d'essais cliniques sont communément publiés dans un certain nombre de revues médicales chinoises nationales ou provinciales, spécialisées en MCT (par exemple, *Zhongyi zazhi* Journal of TCM), en médecine intégrée (*Zhongxiyi jiehe xuebao* Journal of Integrative Medicine), ou en sciences (biomédicales sans référence en chinois à une typologie des savoirs (*Zhongguo yiyao xuebao* Chinese Journal of Pharmacology), etc., et très rarement dans une revue médicale internationale (*Journal of AIDS*, cf. Joseph H. Burack *et al.*, « Pilot Randomized Controlled Trial of Chinese Herbal Treatment for HIV-Associated Symptoms », *art.cit.*).

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

70. *Ibid.*

71. Steven Russell Fauci *et al.*, « Telomerase-Based Pharmacologic Enhancement of Antiviral Function of Human CD8+ T Lymphocytes », *The Journal of Immunology*, 2008, n° 181, p. 7400-7406; pour un commentaire visant à la vulgarisation de cette publication mais qui 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.

72. Hideji Itokawa *et al.*, « Recent Advances in the investigation of curcuminoids », *Chinese Medicine*, n° 3, 2008, 13 p., accessible en ligne <http://www.cmjournal.org/content/3/1/11>

73. Song Chunxin *et al.* « 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), 2006, vol. 8, n° 1, p. 32-33.

74. J'avais déjà observé une méthode de *qigong* médical visant à soigner les cancers et le SIDA au début des années 1990 à Canton, décrite dans Evelyne Micollier « Le qigong chinois : enjeux économiques et transnationalisation des réseaux, pratiques et croyances », *Journal des anthropologues*, 2004, n° 98-99, p. 107-146.

Ainsi, de nombreux obstacles jalonnent encore le chemin de la mise sur le marché de produits et de pratiques traditionnelles.

Conclusion

Les résultats d'essais cliniques de traitements du SIDA en MCT ne révèlent pas d'avancée significative reconnue dans la communauté scientifique internationale, même si quelques publications de niveau international rapportent des résultats encourageants. En Chine, un seul produit, la tablette herbale *Tang* a été autorisée à être mise sur le marché et son usage est aujourd'hui recommandé dans la pratique clinique de traitements combinés. Comme l'affirme Cao Yunzhen, immunologiste et investigatrice en chef de l'axe qui concerne la recherche clinique sur le SIDA en MCT du programme CIPRA-Chine, aucune catégorie spécifique de médicaments qui pourrait inhiber la répllication du virus et reconstruire l'immunité du patient, n'a été identifiée⁽⁷⁵⁾. Ceci dit, l'usage de la MCT en matière de traitements, de prise en charge et de recherche occupe une place importante dans les politiques chinoises de santé publique. Le rôle attribué à la MCT contemporaine, renforcé par sa place de savoir érigé en icône de l'identité nationale, est sous-tendu par la valorisation et la légitimation d'une double rationalité scientifique et traditionnelle : comme j'ai tenté de le démontrer dans cet article, cette légitimation tend à être fondée sur le modèle de la « médecine des preuves », prolongeant une tendance dominante dans la recherche biomédicale, et sur un modèle inventé ou ré-inventé de connaissances puisant à la source de l'héritage culturel chinois.

Dans ce contexte, l'usage de la MCT pour les traitements du SIDA est promu dans le cadre national de gestion de l'épidémie. Ce rôle peut être expliqué par des facteurs plus pragmatiques : les problèmes non résolus affectant l'extension de traitement et de la prise en charge, dont l'accès encore très limité aux régimes anti-rétroviraux de seconde ligne, ainsi que, le besoin urgent d'innovation pour survivre face à la compétition internationale dans le secteur de l'industrie pharmaceutique chinoise. Depuis 2004, les régimes de traitements anti-rétroviraux fournis gratuitement dans le cadre du programme national sont l'objet de discussions et de critiques acerbes reflétant les conflits d'intérêts entre différentes catégories d'acteurs, nationaux/globaux, économiques et politiques⁽⁷⁶⁾. En effet, aujourd'hui en Chine, l'accès aux traitements de seconde ligne est encore limité au cadre de schèmes pilotes et, si les traitements de première ligne restent plus économiques, ils n'offrent pas les

meilleures combinaisons, notamment parce qu'ils génèrent des résistances du virus et des effets secondaires particulièrement lourds, ce qui tend à favoriser les abandons de traitement et les comportements d'inobservance. Ces inconvénients ou ces déficiences inhérents aux régimes médicamenteux prescrits peuvent faciliter l'acceptation de la médecine traditionnelle par les patients en traitement intégré voire en traitement alternatif.

Dans une communication au congrès de l'OMS sur les médecines traditionnelles (7-9 novembre 2008), le vice-ministre de la Santé et directeur général de la SATCM, Wang Guoqiang, a évoqué l'usage de la MCT uniquement en traitement complémentaire/ combiné avec le programme HAART, et ré-affirmé le principe selon lequel il faut prescrire la MCT de manière « intégrée » avec les traitements biomédicaux comme une richesse disponible dans la culture nationale.

Néanmoins, étant donné que les traitements et la recherche en MCT ne sont pas encore standardisés et que les interactions entre médicaments biomédicaux et traditionnels ne sont pas suffisamment documentées, l'usage de la MCT en traitements combinés génère de fortes controverses dans le milieu de la pratique et de la recherche clinique, de la santé publique et parmi les administrateurs de la santé. Du côté des patients, la perception populaire peut diverger de celle des professionnels de la santé et s'éloigner de cette rationalité d'ordre scientifique, qui valorise la seule validation par la preuve expérimentale ignorant l'existence d'autres rationalités. Pour rester dans le monde chinois mais dans un territoire qui bénéficie d'un statut spécial en Chine populaire, à Hong Kong, où plus de 95 % de la population est chinoise, les médicaments de médecine occidentale et la prise en charge par la médecine chinoise sont généralement considérés comme complémentaires⁽⁷⁷⁾. Selon une étude récente, l'usage de cette dernière ne semble pas avoir d'influence significative sur les régimes HAART dans la population concernée⁽⁷⁸⁾. La majorité des patients consomme les produits traditionnels après un intervalle de temps raisonnable

75. Cao Yunzhen, « HIV Treatment by Chinese Medicine : Exploration and Expectation », paper presented at the Fifth China CIPRA Annual Meeting, Beijing, 16-18 avril 2007.

76. Sur les problèmes posés par le programme national HAART, voir Joan Kaufman *et al.*, *AIDS and Social Policy in China*, *op.cit.*, chap. 5, 6, 9 ; documents de MSF-Beijing, 2006, en particulier « A Report by MSF. Antiretroviral Therapy in China: Outcomes and Lessons Learned after Two-years' Experience of the MSF Nanning Program », MSF French Section, août 2006, édition bilingue anglais-chinois, 32 p.

77. Cf. Ralph P. Lee, « Problems of primary health care in a newly developed society: reflections on the Hong Kong experience », *Social Science and Medicine*, n° 17, p. 1433-1439.

78. Kurtland Ma *et al.*, « Popular Use of Traditional Chinese Medicine in HIV patients in HAART era », *AIDS Behavior*, 2008, n° 12, p. 637-642.

suivant la prise d'ARV pour ne pas en affecter l'efficacité. La discussion concernant l'usage de la médecine traditionnelle en Chine dans la réponse face au SIDA doit être élargie à celle de son usage global hors de Chine dans les schèmes de traitement du VIH/SIDA et d'autres maladies chroniques telles que les cancers, notamment dans le soulagement de la douleur et dans les soins palliatifs. Dans un contexte de globalisation culturelle, alors que certains éléments tendent à devenir plus homogènes, se produit un processus d'hybridation d'ordre structurel et/ou conjoncturel ⁽⁷⁹⁾. •

Glossaire

guojia shipin yaopin jiandu guanliju	國家食品藥品監督管理局
guojia zhongyiyao guanliju	國家中醫藥管理局
simian yi guanhuai	四免一關懷
zhongyi	中醫
xiyi	西醫
zonghe yiliao	綜合醫療
jiehe yixue	結合醫學
zhenjiu	針灸
qigong	氣功
zhongyao	中藥
Zhongyan-4	中研-4號
Qiankunning	乾坤寧
Aining	艾寧
Keaite	克艾特
Chuankezhi	喘可治
Aikeqing	艾可清
Tangcao	唐草
Sanhuang	三黃
minjian yiliao	民間醫療
minjian hui/pai	民間會/派
aizibing liaofa zhongxin	艾滋病療法中心
Zhongguo zhongyi yanjiuyuan	中國中醫研究院
Zhongguo zhongyi kexueyuan	中國中醫科學院
Zhongguo jiehe yixue zazhi	中國結合醫學雜誌
fangyi ju	防疫局
weisheng ju	衛生局

79. Robert Frank, Gunnar Stollberg, « Conceptualizing Hybridization. On the Diffusion of Asian Medical Knowledge to Germany », *International Sociology*, 2004, vol.19, n° 1, p. 85.