

Évaluer le potentiel des thérapies énergétiques, proposition d'un guide

Eric Forgues, PhD

Chercheur

Institut canadien de recherche sur les minorités linguistiques

Université de Moncton

Moncton (N.-B.)

E1A 3E9

Tél. (506) 858-4668

Adresse électronique : forguee@umoncton.ca

Résumé

L'intérêt de la population pour les approches alternatives et complémentaires en santé (AACS) pose la question de l'intégration de ces approches dans le système de soins de santé. Les AACS devront d'abord démontrer leur potentiel et leur efficacité thérapeutique de façon scientifique avant d'intégrer plus avant le système de soins de santé. Si des méta-analyses semblent démontrer un potentiel pour certaines AACS, comme les thérapies énergétiques (TE), plusieurs d'entre elles montrent certaines faiblesses méthodologiques dans la conduite des recherches portant sur les AACS ou dans la présentation de leurs résultats. La qualité de la présentation des résultats de recherche est essentielle pour évaluer la valeur méthodologique de la recherche et ses résultats. Il importe de remédier à ces lacunes pour pouvoir évaluer en toute rigueur le potentiel thérapeutique des AACS. Les AACS qui nous intéressent dans cet article sont les TE. Certains considèrent que l'administration des traitements dans le cadre des TE comporte des spécificités qui remettent en question l'approche biomédicale en recherche. Avant de conduire des recherches sur le potentiel des TE, il s'avère donc nécessaire de procéder à une réflexion méthodologique sur la façon de conduire ces recherches pour mieux tenir compte des spécificités des TE. C'est à cette réflexion que nous voulons contribuer dans cet article en proposant un guide pour évaluer le potentiel des TE en regard de la qualité méthodologique de la recherche et de sa présentation. Ce guide pourra servir lors de la réalisation de méta-analyses dans le but d'évaluer le potentiel des TE.

DISCUSSION DES APPROCHES MÉTHODOLOGIQUES DES RECHERCHES SUR LES THÉRAPIES ÉNERGÉTIQUES ¹

Introduction

Les attentes de la population à l'égard des soins de santé se transforment et tendent à favoriser de plus en plus des approches alternatives et complémentaires en santé (AACS). Plusieurs études montrent que les attentes de la population en matière de santé ont évolué ces dernières années au Canada et dans plusieurs pays, comme les États-Unis, la Grande-Bretagne, l'Australie, la Finlande, Israël (voir Harris et Rees, 2000). En effet, la population du Canada tend à recourir davantage à des AACS, qui semblent ainsi répondre à des besoins en santé de la population. Les données de Statistiques Canada montrent que le recours aux AACS est en hausse au sein de la population canadienne : en 2003, 20% de la population a consulté un praticien de santé non traditionnel, comparativement à 15% en 1993 (Statistique Canada, 2005). Une partie de cette tendance s'explique par le rejet du modèle biomédical de la santé qui repose sur une approche curative, fortement médicalisée et intrusive (Casey et Picherack, 2003). Ce modèle démontre ses limites à l'égard de certaines maladies ou malaises physiques et de la relation entre le professionnel de la santé et le patient. Parce que la médecine conventionnelle ne rencontre pas tous les besoins de la population, la population se tourne de plus en plus vers des AACS (Sharples et al., 2003). Les besoins de la population en matière de santé favorisent davantage des approches intégrées où la qualité de la relation entre le professionnel de la santé et le patient est valorisée dans le traitement.

Les attentes de la population, qui se tourne de plus en plus vers les AACS, exercent une pression pour développer les TE, qui doivent donc faire la démonstration scientifique de leur potentiel thérapeutique (Kelner et al., 2002). Ces approches souffrent pour l'instant d'une faible légitimité, en raison notamment d'un manque d'appui scientifique. Nous savons que la légitimité, la reconnaissance et l'intégration de ces approches dans le système de santé passent par la recherche scientifique². De plus en plus de travaux de recherche se réalisent d'ailleurs pour démontrer l'efficacité éventuelle des AACS, mais peu de chercheurs au Canada mènent des études sur l'efficacité des thérapies alternatives dans leur ensemble (Low, 2004 : 124). Or, certaines des techniques alternatives et complémentaires soulèvent des questions quant à l'approche méthodologique qui doit être adoptée pour mener les recherches. Comme nous le verrons, certains chercheurs croient que les thérapies énergétiques (TE), par exemple, se prêtent mal à la recherche scientifique dans le cadre du paradigme biomédical. D'autres chercheurs cependant, ne pensent pas qu'il y ait matière à débat, et que ces thérapies devront faire leur preuve dans le cadre méthodologique de la recherche biomédicale. Plusieurs travaux se font d'ailleurs sur les TE en adoptant cette approche méthodologique. À l'heure où la question de l'intégration d'approches alternatives et complémentaires dans le système de soins de santé se pose de plus en plus, il nous apparaît pertinent et opportun de contribuer à ce débat méthodologique qui reçoit encore peu d'écho du côté de la littérature francophone. Dans cet article, nous voulons stimuler le débat en proposant certaines pistes de réflexion et nous souhaitons formuler des questions qui méritent l'attention des chercheurs en ce domaine. Enfin, nous proposons une grille méthodologique spécifique à la recherche portant sur les TE pouvant servir non seulement à l'élaboration de protocoles de recherche mais également à la réalisation de méta-analyses de recherches sur les TE.

¹ L'auteur souhaite remercier Jennifer Cogan de l'Institut de cardiologie de Montréal pour ses précieux commentaires qui ont servi à préciser certaines parties de cet article.

² Ce n'est pas l'objet de cet article, mais outre l'étape de la validation scientifique, nous savons que l'intégration des AACS dans le système de soins de santé comporte également une dimension socio-politique (voir à ce sujet Fries, 2005; Jonas, 2002; Coburn, 1993).

Les thérapies énergétiques

Plusieurs types de traitement sont couverts par l'appellation AACS. Si on reprend la typologie de Tataryn et Verhoef (2004), les AACS couvrent les traitements qui se fondent sur le corps (massothérapie, chiropratique, aromathérapie, phytothérapie, produits de santé naturels, etc.), sur le corps et la conscience (imagerie, méditation, psychothérapie, etc.), sur le corps et l'énergie (Reiki, acupuncture, médecine chinoise, Healing Touch, Qigong, Toucher Thérapeutique) et sur le corps et l'esprit (prière, guérison par la foi, chamanisme, imposition des mains, etc.).

Les AACS auquel nous nous intéressons plus particulièrement sont les TE, tels que le Reiki, le Toucher Thérapeutique, le Healing Touch et le Qigong. Notre intérêt pour les TE se motive par plusieurs raisons. D'abord, elles répondent au besoin de la population de recourir à des approches douces et naturelles en santé, lorsque c'est approprié, qui se fondent sur une relation de qualité entre le patient et le praticien. En outre, certaines données indiquent que les TE offrent un potentiel tant sur le plan économique (Santa Ana et Madison, 2001) que celui de la prestation des soins de santé.

Ces techniques interviennent dans le système énergétique du patient et visent à restaurer son équilibre. Elles se pratiquent par l'imposition ou le mouvement des mains sur et autour du corps du patient (Brill et Kashurba, 2001). La pratique de ces techniques intègre l'intention de guérison chez le praticien et le patient (Scales, 2001). Elles reposent sur la croyance en l'existence d'une énergie universelle que mobilise le praticien dans ces traitements. Selon les traditions dont se réclament les TE, l'énergie dont il est question renvoie à une « énergie subtile fondamentale en tant que condition intrinsèque et nécessaire à la vie » (Tataryn dans Achilles, 2003). Cette énergie prend différentes appellations selon les traditions : le chi en Chine, le ki au Japon, le prana en Inde et le souffle vital voire l'Esprit-saint en Occident. Les TE reposent notamment sur une intention chez le praticien et/ou le patient qui sert à mobiliser l'énergie. Voici quelques approches qui utilisent l'énergie dans leurs traitements.

Le Qi Jong est une technique millénaire de stimulation et d'équilibre du *chi* qui provient de Chine (Edde, 1988). Le Reiki est une technique semblable qui a été enseignée au XX^e siècle par Mikao Usui au Japon et qui s'est transmise en Occident par Hawayo Takata (Brill et Kashurba, 2001). Le Toucher thérapeutique a été développé dans les années 1970 par Dora Kunz et Dolores Krieger et consiste en une technique d'imposition des mains sur les chakras (centres d'énergie) afin de stimuler et équilibrer la circulation de l'énergie (Krieger (1992). C'est après avoir participé à des travaux de recherche sur la capacité de guérison de certaines personnes qui utilisaient l'imposition des mains et la prière que Kunz et Krieger développent le programme de Toucher Thérapeutique (Scales, 2001 et Gerber, 2001). Quant au *Healing Touch*, il a été développé plus récemment, dans les années 1980, par Janet Mentgen, une étudiante de Dolores Krieger, en s'appuyant sur les mêmes principes mais en intégrant d'autres techniques (Hover-Kramer, 2002). Ces techniques établissent un lien entre l'intention et l'énergie³. Elles reposent sur une conception selon laquelle le corps de la personne comprend une dimension énergétique et spirituelle qui doit être pris en compte dans le processus de guérison (Scales, 2001).

La diffusion des TE en Occident est un phénomène récent. Ce développement se fait en dehors des institutions d'enseignement publiques et de soins de santé. Or, un des critères qui doit être considéré lors de l'intégration de nouvelles pratiques de santé dans les hôpitaux consiste à déterminer si ces dernières répondent aux besoins de la population (Santa Ana et Madison, 2001). De fait, des études montrent que les centres hospitaliers intègrent de plus en plus les TE (Miles et True, 2003). Aux

³ Il existe d'autres approches, comme la polarité ou le Quantum touch, qui présentent certaines variations autour des mêmes principes thérapeutiques en énergie. En fait, le domaine des TE est témoin d'une créativité qui reflète une appropriation personnelle des TE.

États-Unis, on évalue à plus de 30 000 infirmières qui utilisent le *Healing Touch* et le Toucher Thérapeutique dans ce même pays (Engebretson et Wind, 2002). Dans les années 1990, le Toucher Thérapeutique était intégré dans plus de 80 programmes de formation infirmière dans 68 pays (Scales, 2001).

Au Canada, certains hôpitaux intègrent des TE, comme le Reiki, le Toucher thérapeutique et le Healing touch dans leurs services de prestations de soins. À Vancouver, par exemple, le Healing Centre, qui est une composante du Vancouver Richmond Health Board et du Vancouver General Hospital, offre des soins de thérapies énergétiques depuis 1995. Au Mount Sinai Hospital à Toronto, des soins de thérapies énergétiques sont également offerts. Cela nous amène à penser que les TE participent d'une institutionnalisation croissante des AACCS, ce qui ne va pas sans susciter certaines résistances de la part du corps médical en santé (Kelner et *al.*, 2004 ; Schneirov et Geczik, 2002). Considérant ces faits, il est à penser que les TE seront appelées à jouer un rôle de plus en plus grand dans le système de soins de santé au Canada et dans les pays occidentaux.

Un besoin de recherche

Si les AACCS, incluant les TE, sont appelées à jouer un rôle accru dans le système de soins de santé, elles doivent démontrer leur efficacité et leur action sur le plan de la santé et du mieux-être à l'aide de travaux de recherche. La reconnaissance et l'intégration des AACCS dans les services publics de santé passent par de la recherche scientifique qui démontre leur efficacité (Santa Ana et Madison, 2001; Low, 2004). Des travaux se font d'ailleurs plus nombreux pour vérifier le potentiel et l'efficacité des TE (Long et *al.*, 2001; Scales, 2001; Oschman, 2002b, Winstead-Fry, 1999, Abbot, 2000, Jonas et Crawford, 2003). Plusieurs recherches montrent des résultats prometteurs pour ces thérapies. Cependant, ces recherches demeurent encore marginales comparativement à la recherche biomédicale et elles souffrent parfois de problèmes méthodologiques (Ernst, 2003; *Research Council for Complementary Medicine*, 2000). La littérature montre que les chercheurs dans le domaine des AACCS manquent de directives en matière de méthodologie pour mener des recherches sur les AACCS (Broom et *al.*, 2004).

Il demeure cependant que plusieurs méta-analyses portant sur l'efficacité des TE tendent à montrer qu'un potentiel existe pour ce type de thérapie. Par exemple, Jonas et Crawford (2003) ont fait une méta-analyse de 130 études épidémiologiques jugées de qualité méthodologique raisonnable et qui montrent des effets significatifs dans 78% des cas pour les pratiques religieuses et spirituelles sur la santé. Sur 13 essais randomisés, dont la méthodologie est jugée acceptable (« fair » en anglais), 46% montrent des effets statistiquement significatifs pour la prière de guérison. Sur 19 essais contrôlés et randomisés portant sur les TE, 58% démontrent des effets statistiquement significatifs (18 essais évaluaient le toucher thérapeutique). Sur 58 études portant sur le Qigong, dont toutefois la qualité méthodologique est jugée pauvre, presque toutes démontrent une efficacité. Sur 24 études employant la mesure de l'activité électrodermique, dont la méthodologie est jugée acceptable ou bonne, 37,5% démontrent des résultats significatifs pour une interaction mentale sur le système vivant.

Abbot (2000) montre que, sur 22 essais cliniques recensés de diverses AACCS, dix démontrent des effets significatifs. L'auteur a examiné la qualité méthodologique et a conclu que huit essais seulement sont adéquats méthodologiquement. Sur ces huit méthodes, cinq démontrent des effets positifs pour les AACCS. Astin et *al.* (2000) ont recensé 23 études sur la guérison par la prière et d'autres techniques de TE à distance (comme le toucher thérapeutique), dont un peu plus de la moitié démontrent une efficacité.

Wind Wardell et Weymouth (2004) ont fait l'analyse de 30 recherches portant sur le *Healing Touch* qui montrent qu'un potentiel existe pour cette approche. Cependant, faute d'informations suffisantes, il était souvent difficile d'évaluer la démarche méthodologique des recherches. Les auteurs concluent que de nouvelles recherches devraient être menées pour pousser plus loin les analyses et que des paramètres devraient être définis pour la conduite de la recherche sur le *Healing Touch*.

Winstead-Fry et Kijek (1999) ont analysé 29 études cherchant à démontrer l'efficacité du Toucher Thérapeutique : 19 d'entre elles démontrent une efficacité, mais le manque d'informations sur la méthodologie rend difficile l'évaluation de la valeur de ces études.

Peters (1999) a analysé neuf études sur le toucher thérapeutique qui démontrent un effet positif de cette technique sur des variables physiologiques et psychologiques. Schlitz et Braud (1997) ont analysé 19 expériences qui tentent de mesurer l'influence de l'activité électrodermique à distance qui montrent des effets significatifs. En 1989, ces auteurs avaient fait une autre étude pour évaluer la capacité des praticiens d'influencer l'activité électrodermique. Une efficacité s'est avérée dans 6 études sur 15 études (Braud et Schlitz, 1989).

Si ces méta-analyses montrent un certain potentiel pour les TE, et encouragent la poursuite de la recherche en ce sens, elles montrent également la faiblesse méthodologique et le manque d'information à l'égard des méthodes qui ont été suivies au sein de ces recherches⁴. Il est alors difficile d'évaluer la qualité méthodologique de la recherche. En outre, les méta-analyses jugent les méthodes à partir des normes en vigueur en recherche biomédicale, sans se demander si la spécificité des TE devrait être prise en compte par la méthode de recherche. Lorsque les méta-analyses évaluent la qualité méthodologique de la recherche effectuée, ce jugement est établi dans le cadre du paradigme biomédical, prenant pour acquis que les méthodes qui en découlent sont adéquates pour évaluer l'efficacité des TE. Ainsi, ces méta-analyses ne nous renseignent guère sur l'orientation méthodologique que devrait suivre la recherche sur les TE.

Or, les questions que soulèvent les choix méthodologiques qui sous-tendent les recherches sur les TE sont nombreuses et sont encore en attente d'une analyse et d'une réflexion sérieuses. Ces questions méritent d'être prises en compte dans l'analyse méthodologique des recherches en cours sur le sujet, car les TE comportent des caractéristiques qui devraient être prises en compte par les travaux de recherche à leur sujet. En d'autres mots, au moment où le besoin de la recherche pour évaluer le potentiel de ces thérapies se fait davantage sentir, il devient nécessaire de s'interroger sur l'approche méthodologique qui sous-tend cette recherche et sur les normes de recherche qui devraient être suivies pour mesurer l'efficacité de ces TE.

Les méthodologies de recherche sur les thérapies énergétiques

Les méthodes à suivre pour réaliser ces recherches soulèvent des questions qui méritent qu'on s'y arrête à ce stade du développement de la recherche sur les TE. En effet, les promoteurs des TE se réclament d'un paradigme scientifique qui comporterait des particularités comparativement au paradigme de la recherche médicale, alors que d'autres affirment que les TE doivent suivre les méthodes de recherche de la science médicale (Ernst, 2003). Certains parlent de contradictions entre les paradigmes scientifiques (voir dans Low, 2004 : 111-125). Par exemple, les TE postulent une relation entre la conscience, l'énergie et le corps et mettent l'accent sur la qualité de la relation entre

⁴ Giodano et al. (2005) suggèrent que cette faiblesse méthodologique renvoie au manque d'expérience en recherche de plusieurs chercheurs dans le domaine des AACs et au faible intérêt que suscitent ces approches auprès des chercheurs biomédicaux expérimentés.

le patient et le praticien. La subjectivité du patient et du professionnel de santé jouerait un rôle dans l'efficacité du traitement (Murphy, 2000). Or, si l'intention intervient dans l'efficacité des TE, comment peut-on l'évaluer ? Est-ce qu'on observe une variation quant à l'efficacité des TE si on modifie l'intention ? Certains chercheurs tentent d'ailleurs de développer des instruments de mesure pour prendre en compte l'intention de guérison ou ce qu'on appelle la « qualité de présence » du praticien dans la recherche (Jonas et Crawford, 2004; Crawford et al., 2003). Une échelle pour évaluer la validité méthodologique de la recherche sur les AACS a été développée en ce sens (Crawford et al., 2003; Jonas, Linde et al., 1999). L'échelle LOVE (Likelihood of Validity Evaluation) vise à vérifier la valeur méthodologique d'une recherche en réconciliant les exigences de la recherche biomédicale et la spécificité de la recherche sur les AACS. Cette échelle évalue la validité interne, la validité externe, la validité du modèle et la qualité du rapport de recherche.

1) La validité interne de la recherche vise à établir si les résultats observés sont causés par le traitement faisant l'objet de l'étude. La validité interne prend en compte les indicateurs suivants : la participation est aléatoire, présence d'un groupe contrôle, prise en compte des facteurs de comparabilité (âge, sexe et les facteurs de pronostics), description de l'intervention, information méthodologique claire pour reproduire la recherche (reproductibilité de la recherche), si les patients, les praticiens et les évaluateurs savaient qui recevaient des traitements, l'objectivité et le degré de confiance dans les résultats, l'ampleur de l'échantillon.

2) La validité externe vise à déterminer si les résultats eussent été observables dans un autre site d'observation. La validité externe porte sur la généralisation des résultats (plusieurs sites d'observation, éventail des patients), la reproductibilité (la recherche vérifie d'autres recherches), signification clinique, flexibilité thérapeutique (flexibilité pour changer le traitement, rétroaction sur les résultats disponibles, faisabilité du traitement), résultats cliniques pertinents (résultats manquants? Résultats validés par les patients?).

3) La validité du modèle porte sur la valeur du déroulement du traitement (praticiens expérimentés, traitement bien décrit), le consentement éclairé (information présentée compréhensive pour les patients), l'adéquation des méthodes par rapport aux objectifs de l'étude (est-ce que les objectifs de la recherche ont été exposés et est-ce que la méthode est appropriée pour atteindre les buts), congruence du modèle (application du modèle dans son intégrité) et contexte et signification (est-ce que le patient et le praticien croient dans la thérapie et est-ce que le traitement était adapté au contexte culturel du patient?)

4) Le rapport de qualité détermine si tous les critères précédents peuvent être vérifiés, si l'étude peut-être reproduite et si les conclusions reflètent les résultats obtenus?

Si cette échelle marque un progrès à l'égard de l'évaluation méthodologique des recherches menées sur les AACS, certains points méritent toutefois d'être précisés si on veut l'adapter à la recherche portant sur les TE. D'abord, cette échelle comporte des indicateurs sur la qualité de présentation de la recherche qui ne représentent pas en soi une mesure de la qualité méthodologique de la recherche. Par ailleurs, l'échelle prend en compte la croyance des patients et des praticiens, mais elle accorde également des points si la recherche est aléatoire ou conduite à l'aveugle. Si le facteur de croyance joue un rôle positif dans l'efficacité d'un traitement, ne faudrait-il pas anticiper une méthode de recherche qui en tienne compte et prévoir une échelle spécifique pour cette dimension du traitement plutôt qu'une échelle qui annule la mesure de ce critère, puisqu'il ne peut pas rencontrer en même temps le critère de test à l'aveugle?

Pour certains chercheurs, les tests à l'aveugle ne sont pas adéquats pour évaluer l'efficacité des AACS, notamment les TE, puisque ces dernières reposent sur l'intention des praticiens et des

patients. En d'autres mots, l'effet placebo est un facteur sur lequel repose l'efficacité des TE (Tonkin, 1987). Or, les méthodes de recherche clinique tentent généralement de mesurer l'effet d'un traitement ou d'un médicament en dehors de toute influence subjective du patient et du praticien. En outre, sur le plan pratique, comment faire des tests à l'aveugle dans un environnement clinique où le contact avec le patient est au cœur des pratiques de soins (Hart, 2001 ; Hess, 2002 ; Fitter et Thomas, 1997)? Si les essais randomisés contrôlés demeurent le modèle méthodologique à suivre pour démontrer l'efficacité d'un traitement, il demeure difficile d'adapter les approches personnalisées des TE à ce cadre méthodologique. Des chercheurs questionnent par ailleurs l'approche de la recherche biomédicale pour prendre en compte la complexité des facteurs qui entrent en jeu dans le succès du traitement (Hyland, 2003). Nous ne pouvons pas faire cette discussion dans le cadre de cet article, mais il est évident que l'approche méthodologique est étroitement liée au modèle explicatif en vigueur dans le cadre de la recherche. Les AACCS font appel généralement à des modèles explicatifs complexes. Cela renvoie à leur prétention de considérer l'ensemble des déterminants de la santé (physique, psychologique, mental, émotionnel, spirituel). Un des facteurs déterminant de l'efficacité d'un traitement est sans contredit la subjectivité du praticien et du patient.

Certains chercheurs ont tenté d'évaluer l'efficacité des TE en isolant le facteur de la subjectivité. Un des pionniers dans ce domaine de recherche, Bernard Grad, a réalisé des études dès les années 1960 sur l'effet des TE sur les plantes et les animaux afin de contourner l'effet placebo (Gerber, 2001 : 290-301). Même si des résultats positifs ont été observés, tendant à démontrer l'efficacité objective de ces traitements, nous pouvons questionner cette approche en fonction du fait qu'elle contournerait une des composantes des TE et sans doute un des facteurs de leur efficacité, à savoir la subjectivité des patients et des praticiens (Hover-Kramer, 2002).

D'autres chercheurs vont mettre en branle des pseudo-traitements (*sham*) afin d'isoler l'effet placebo de l'effet réel du traitement. Cette pratique vient des tests faits à partir de médicaments. Un médicament placebo peut facilement être administré dans un test à l'aveugle (double ou simple) et permettre ainsi d'évaluer l'efficacité objective du médicament, mais qu'en est-il d'un traitement où l'intention et la croyance peut jouer un rôle dans son efficacité? Un pseudo-traitement est-il pertinent pour évaluer l'efficacité des thérapies énergétiques? D'abord, peut-on administrer un pseudo-traitement? À quelle condition, sachant que le toucher peut avoir son importance dans les thérapies énergétiques? Une méta-analyse des essais randomisés contrôlés pour évaluer le potentiel de l'acupuncture qui s'appuyaient sur des traitements réels et des traitements feints en acupuncture conclut que cette stratégie méthodologique n'est pas acceptable scientifiquement (Dincer et Linde, 2003). En effet, comme dans toute TE, l'intention de l'acupuncteur est aussi déterminante que l'action de placer une aiguille sur un point énergétique dans le succès du traitement (Edde, 1988). Est-on en mesure de neutraliser l'intention de celui qui donne un pseudo-traitement? Est-ce vraiment pertinent de le faire?

Nous pouvons questionner la valeur des méthodes de recherche qui respectent en tout point le modèle de recherche biomédical pour évaluer l'efficacité des TE (Ernst, 2003; Nield-Anderson et Ameling, 2000). Alors que les tenants du paradigme biomédical souhaitent imposer les protocoles de recherche qui lui sont associés, au risque de renvoyer dos-à-dos la science médicale et les TE, d'autres sont en train de construire des ponts entre elles. Les travaux de James Oschmann (2002a; 2002b; 2003; 2005), par exemple, vont en ce sens. Selon lui, les paradigmes médicaux et alternatifs en santé sont complémentaires et il propose une approche méthodologique qui intègre à la fois les exigences de la science et la spécificité des TE.

Plutôt que de chercher à contourner la subjectivité des patients et des praticiens, il semble pertinent de développer des outils d'analyse qui la prennent en compte. Les TE se déroulent dans le cadre

d'interactions entre le patient et le praticien et reposent sur des intentions de guérison qui font partie du traitement. Ces intentions s'expriment à l'aide de symboles qu'il importe de comprendre car ils donnent sens aux interactions qui se nouent au sein des TE. Plusieurs méthodes des sciences humaines et sociales peuvent fournir des outils d'enquête qui permettent de mesurer les croyances, les intentions, les attitudes et la dimension symbolique des interactions (références). Lorsque vient le temps d'évaluer le potentiel des thérapies énergétiques, nous pouvons déterminer si et comment les recherches prennent en compte la dimension subjective et symbolique des TE. Cette approche nous permettrait de mieux comprendre les résultats des recherches portant sur les TE en analysant si et comment la dimension subjective des TE a été prise en considération dans les recherches. Les avancées méthodologiques qui prennent en compte la subjectivité des acteurs et des chercheurs offrent des pistes intéressantes pour explorer des méthodes d'études cliniques des TE.

Proposition d'une grille d'analyse

Pour contribuer à la réflexion méthodologique sur la recherche portant sur les TE, nous proposons une grille d'analyse qui permet d'évaluer, dans le cadre de méta-analyse par exemple, la validité des recherches menées sur les TE. Cette grille peut également servir à orienter la conception de modèles de recherche faites sur les TE. Nous nous inspirons de l'échelle Love présentée plus haut pour élaborer notre grille, mais nous proposons cependant une approche qui distingue les différents types d'information et qui prend en compte la spécificité des TE. Pour mener l'analyse méthodologique de la recherche sur les TE, nous croyons pertinent de distinguer quatre types d'information qui se trouvent parfois confondues dans l'échelle LOVE: la qualité de la présentation des informations sur la méthodologie et la recherche, la qualité méthodologique de la recherche, la prise en compte de la spécificité des TE et les résultats de la recherche (l'efficacité des TE). Il nous apparaît plus rigoureux de distinguer ces types de mesures et de produire des critères spécifiques pour chaque type d'informations.

La qualité de présentation de la recherche

La qualité de présentation de la recherche permet de voir si l'information relativement à la méthodologie suivie est suffisante pour bien saisir le déroulement et les conditions de réalisation de la recherche. Ce type d'information présente les conditions méthodologiques de la recherche de façon à permettre de reproduire la recherche et de voir si ces conditions sont rigoureuses. Contrairement à l'échelle Love, nous croyons important de distinguer ce type d'information de la mesure de la qualité méthodologique de la recherche proprement dite. Nous pouvons ainsi déterminer la présence ou non d'informations relativement aux différents éléments constitutifs de la recherche.

Cette mesure nous procure des informations relativement à la méthodologie et au contexte de la recherche, tels que le type de traitements effectués, les problèmes de santé traités, les types de méthodes d'observation, la construction de l'échantillon, la prise en compte de la subjectivité des participants à la recherche (praticiens et patients) et la façon qu'on a mesuré les résultats du traitement.

La qualité de présentation

Informations disponibles sur :	Description
Type de TE	Traitement utilisé
Programme du traitement	Informations sur la durée, le nombre et la fréquence des traitements.
Problèmes de santé	Problèmes de santé traités.

	Objectifs du traitement.
Types de méthodes d'observation	Essais cliniques randomisés, avec ou sans groupe témoin, tests à l'aveugle (simple ou double), analyse qualitative des perceptions des sujets.
Échantillon	Taille de l'échantillon Construction de l'échantillon
Prise en compte de la subjectivité et de l'intention des participants à la recherche	Si et comment la subjectivité et l'intention des praticiens et des patients ont été prises en compte par la recherche.
Type de mesure des effets des TE	Typologie des mesures effectuées pour mesurer l'efficacité des traitements (mesures physiologiques, tests psychologiques, perceptions, etc.).

La qualité méthodologique de la recherche

Pour évaluer la qualité méthodologique des recherches menées, plusieurs indicateurs de l'échelle LOVE peuvent être utilisés parfois sous une forme remaniée. Nous avons présenté plus haut les indicateurs composant cette échelle. Les voici à nouveau présentées de façon schématique et adaptée aux TE. Nous retrouvons les indicateurs liés à la validité interne et externe du protocole de recherche, la validité du modèle et les conclusions. La validité interne vise à déterminer la représentativité de l'échantillon et la qualité de sa construction; si les facteurs de comparabilité ont été pris en compte (composition de l'échantillon selon certaines caractéristiques de la population); si les changements dans l'environnement de la recherche ont été pris en compte; et la valeur et l'objectivité des résultats.

La validité externe détermine la valeur et la contribution de la recherche par rapport au champ de la recherche. Elle vérifie la possibilité de généraliser les résultats (selon la taille de l'échantillon et le nombre de sites d'observation utilisés), si la recherche tente de vérifier d'autres recherches, si les résultats cliniques sont pertinents (si des résultats manquent ou si les résultats sont validés par les patients).

La validité du modèle porte sur la valeur du modèle de recherche dans son ensemble. Elle détermine la pertinence de la stratégie de recherche, si le consentement des participants à la recherche repose sur une information éclairée, si le choix des méthodes est approprié, si le modèle de recherche est cohérent et approprié, si la subjectivité des participants est prise en compte (incluant leurs perceptions à l'égard de la santé).

Enfin, la grille vise à déterminer si la conclusion reflète les résultats obtenus.

La qualité méthodologique

Dimensions de l'analyse	Description
La validité interne	Représentativité statistique de l'échantillon 1) Construction de l'échantillon : échantillon aléatoire et probabiliste (score maximal), stratifié/quota ou boule de neige, aucune règle. 2) Taille et composition de l'échantillon
	Prises en compte des facteurs de comparabilité (âge, sexe et les facteurs de pronostics),
	Prise en compte des effets de changements d'intervention (facteurs

	environnementaux)
	Objectivité et valeur des résultats
La validité externe	Généralisation des résultats (nombre de sites utilisés, éventail des patients)
	Reproductibilité (recherche vérifie d'autres études)
	Résultats cliniques pertinents (résultats manquants? Résultats validés par les patients?)
La validité du modèle	Pertinence et représentativité (stratégie adéquate, praticiens expérimentés, traitement bien décrit)
	Consentement éclairé (information présentée de façon compréhensive pour les patients)
	Adéquation des méthodes (la méthode est appropriée pour atteindre les buts)
	Congruence du modèle (application du modèle dans son intégralité)
	Contexte et signification (le patient et le praticien croient dans la thérapie et le traitement était adapté au contexte culturel du patient)
Conclusions	Conclusions reflètent les résultats obtenus

Prise en compte de la spécificité des TE

L'évaluation de la recherche portant sur les TE doit déterminer si les méthodes employées sont sensibles à la spécificité des TE. Cela est indispensable si nous voulons déterminer si les résultats peuvent être influencés par certaines caractéristiques des TE. Il est donc important de voir si ces caractéristiques, comme l'intention par exemple, ont été prises en compte dans la méthodologie de recherche. Dans le cadre d'une méta-analyse, cela nous permet de comparer les résultats obtenus en fonction du degré de sensibilité de la recherche à la spécificité des TE. Si les résultats indiquent un potentiel accru lorsque la spécificité des TE est prise en compte dans le cadre de la recherche, cela peut nous inciter à revoir les protocoles de recherche sur les TE.

Voici les éléments dont la prise en compte peut avoir une incidence sur les résultats de recherche obtenus : est-ce que la méthode prend en compte la croyance des praticiens et des patients dans les traitements utilisés? Quelle est la qualité de la formation du praticien dans les TE? Est-ce que l'intention de guérison est intégrée dans les traitements ? Est-ce que la recherche prend en compte les croyances du praticien et du patient dans un pouvoir ou une énergie de guérison spirituelle (comme le ki)? Est-ce que la recherche est adéquate par rapport au système de croyance du patient et du praticien?

Prise en compte de la spécificité des TE

Dimensions de l'analyse	Description
Praticien croit aux TE utilisées	Degré de croyance du praticien aux TE utilisées
Patient croit aux TE utilisées	Degré de croyance du patient aux TE utilisées
Praticien maîtrise la TE	Qualification, compétence et expérience
Intention de guérison chez le praticien	Présence d'une intention de guérison chez le praticien au cours des traitements
Intention de guérison chez le patient	Présence d'une intention de guérison chez le patient au cours des traitements
Croyance du praticien dans un pouvoir de guérison ou spirituel	Degré de foi du praticien dans un pouvoir de guérison ou dans une force spirituelle

Croyance du patient dans un pouvoir de guérison ou spirituel	Degré de foi du patient dans un pouvoir de guérison ou dans une force spirituelle
Adéquation culturelle du traitement	Degré d'adéquation du traitement avec le système de croyances du patient

Les résultats de la recherche

Les éléments d'informations qui suivent permettent d'évaluer l'efficacité du traitement qui fait l'objet de la recherche. Plus précisément, ils déterminent quels types d'effets ont produit les traitements (physiologiques ou psychologiques), l'adéquation entre les effets et les objectifs des traitements et les types de mesures des effets du traitement.

Les résultats de la recherche

Dimensions de l'analyse	Description
Effets des traitements	Type d'effets des traitements : physiologique, stress, émotions, mental, etc.
Adéquation des effets et des objectifs du traitement	Effets attendus et inattendus
Types de mesures des effets des traitements	Mesure de l'efficacité du traitement : perceptions, mesures objectives, etc.

L'analyse des effets d'un traitement peut être mieux comprise une fois qu'on sait, par exemple, si la subjectivité (la croyance et l'intention) des praticiens et des patients a été prise en compte. On peut ainsi déterminer si l'effet du traitement est accru lorsque le patient et le praticien croient aux TE, comparativement à des études qui ignorent ces dimensions des traitements.

Conclusion

Les questions et les problèmes méthodologiques soulevés concernant la recherche portant sur les TE sont trop nombreux et importants pour être passés sous silence. Il importe de réaliser des recherches de qualité sur les TE si on souhaite vérifier leur potentiel en santé et mieux-être et, éventuellement, les intégrer dans le système de prestation de soins de santé. Or, il est opportun et pertinent de faire une réflexion méthodologique sur le type de recherche devant porter sur les TE. Nous avons voulu contribuer à cette réflexion en soulevant certaines questions qui doivent être abordées dans l'analyse des méthodes employées dans les recherches portant sur les TE. Selon nous, les TE comportent certaines spécificités qui les distinguent des approches conventionnelles de soins faisant l'objet de recherches dans le cadre biomédical. Si bien, qu'il nous apparaît nécessaire de prendre en compte ces spécificités pour définir des approches méthodologiques adaptées aux TE et pour évaluer la qualité méthodologique des recherches sur les TE. Pour contribuer à l'avancement de la réflexion en ce sens, nous avons proposé une grille d'analyse qui permet d'évaluer la qualité méthodologique des recherches menées sur les TE. Elle peut inspirer l'élaboration de protocole de recherche, tout comme elle peut servir à la réalisation de méta-analyse sur les TE. Notre grille distingue quatre types d'indicateurs pour évaluer la recherche sur les TE : la présence d'informations sur la recherche (transparence méthodologique), la qualité de la recherche, la prise en compte par la recherche de la spécificité des TE et les résultats de la recherche. Dans le cadre d'une méta-analyse, cette grille permet de comparer les résultats en fonction de la prise en

compte de la spécificité des TE et ainsi déterminer si les méthodes de recherche doivent être conçues en fonction de cette spécificité.

RÉFÉRENCE

- Abbot, N. C (2000), « Healing as a therapy for human disease: a systematic review », *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 6(2), 159-169.
- Achilles, R. (2003), *Définition des approches complémentaires et parallèles en santé*, Réseau des soins de santé, Santé Canada [<http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/soinsdesante/pubs/perspectives/define.html>], consulté le 8 avril 2005.
- Astin, J. A, E. Harkness, E. Ernst (2000), «The efficacy of "distant healing": a systematic review of randomized trials », *Annals of Internal Medicine*, vol. 132, p. 903-910.
- Braud, W. et M. Schlitz (1989), « A methodology for the objective study of transpersonal imagery », *Journal of Scientific Exploration*, vol. 3, no 1, p. 43-63
- Brill, C. et M. Kashurba (2001), « Each Moment of Touch », *Nursing Administration Quarterly*, printemps, vol. 25, no 3, p. 8-14.
- Broom, A., J. Barnes et P. Tovey (2004), « Introduction to the research methods in CAM series », *Complementary therapies in Medicine*, vol. 12, nos 2-3, p. 126-130.
- Casey, J. et F. Picherack (2003), *La réglementation des praticiens utilisant les approches complémentaires et parallèles en santé : Considérations pour l'élaboration de politiques*, Santé Canada, Réseau des soins de santé, [www.hc-sc.gc.ca/hppb/soinsdesante/pubs/perspectives/regs.html] consulté le 30 mars 2005
- Coburn, David (1993), « State authority, medical dominance, and trends in the regulation of the health professions: The Ontario case », *Social science & Medicine*, vol. 37, no 2, juillet, p. 129-138.
- Crawford, C. C., A. G. Sparber et W. B. Jonas (2003), « A Systematic Review of the Quality of research on hands-on and distance healing : Clinical and Laboratory Studies », *Alternative Therapies in Health and Medicine*, mai-juin, vol. 9, no 3, p. a96-a104.
- Dincer, F., et K. Linde (2003), « Sham interventions in randomized clinical of acupuncture- a review », *Complementary Therapies in Medicine*, vol. 11, no 4, p. 235-242.
- Edde, G. (1988), *Méditation et santé selon les traditions et médecines chinoises*, Paris, Albin Michel.
- Engbretson, J. et D. Wind (2002), « Experience of a Reiki session », *Alternative Therapies*, Mars-avril, vol. 8, no 2.
- Ernst, E. (2003), « Obstacles to research in Complementary and Alternative Medicine », *Medical Journal of Australia*, sept. 15, vol. 179, no 6, p. 279-280.
- Fitter, M.J. et K. J. Thomas(1997), « Evaluating complementary therapies for use in the National Health Service: "Horses for courses". The Design Challenge », *Complementary Therapies in Medicine*, no 5, p. 90-93.
- Fries, Christopher (2005), «Ethnocultural Space and the Symbolic Negotiation of Alternative as "Cure" », *Canadian Ethnic Studies*, vol. 37, no 1, p. 87-100.
- Gerber, R. (2001), *Vibrational medicine*, Rochester, Vermont, Bear & Company.
- Giordano, J., J. Engbretson et M. K. Garcia (2005), « Challenges to Complementary and Alternative Medical Research: Focal Issues Influencing Integration Into a Cancer Care Model », *Integrative Cancer Therapies*, vol. 4, no 3, p. 210-218.
- Harris, P. et R. Rees (2000), « The prevalence of complementary and alternative medicine use among the general population : a systematic review of the literature », *Complementary therapies in Medicine*, vol. 8, no 2, p. 88-96.
- Hart, A. (2001), « Randomized controlled trials: the control group dilemma revisited », *Complementary therapies in Medicine*, vol. 9, no 1, p. 40-44.
- Hess, D. J. (2002), « Complementary or Alternative? Stronger vs Weaker Integration policies », *American Journal of Public Health*, vol. 92, no 10, p. 1579-1581.
- Hover-Kramer, D. (2002), *Healing Touch, A Guidebook for practitioners*, Albany, Delmar Thomson Learning.

- Hyland, M. E. (2003), « Methodology for the scientific evaluation of Complementary and Alternative Medicine », *Complementary therapies in Medicine*, vol. 11, no 3, p. 146-153.
- Jonas, W. (2002), « Policy, the Public and Priorities in alternative Medicine Research », *The Annals of the American Academy of Political and Social Sciences*, vol. 583, septembre, p. 29-43.
- Jonas, W. B. and C. C. Crawford (2004), « The Healing Presence: Can it be Reliably Measured? », *The Journal of Alternative and Complementary Medicine: Research on Paradigm, Practice and Policy*, vol. 10, no 5, p. 751-756.
- Jonas, W. B. and C. C. Crawford (2003), « Science and spiritual healing: a critical review of spiritual healing, “energy” medicine, and intentionality », *Alternative Therapies Supplement: Definitions and Standards in Healing Research*, vol. 9, no 2, p. 56-71.
- Jonas W. B., Linde K. et al. (1999) *How to Practice Evidenced-based Complementary and Alternative Medicine*, dans W. B. Jonas et J. S. Levin (dir.) *Essentials of Complementary and Alternative Medicine*, Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins.
- Kelner, M.J., H. Boon, B. Wellman et S. Welsh (2002) « Complementary and alternative groups contemplate the need for effectiveness, safety and cost-effectiveness research », *Complementary Therapies in Medicine*, no 10, p. 235-239.
- Kelner, M., B. Wellman, H. Boon, S. Welsh (2004) « Responses of established healthcare to the professionalization of complementary and alternative medicine in Ontario », *Social Science & Medicine*, vol. 59, p. 915-930.
- Krieger, D. (1992), *The Therapeutic Touch, How to Use Your Hands to Help or Heal*, Englewood Cliffs, NJ, Prentice Hall.
- Long, L., A. Huntley et E. Ernst (2001) « Which complementary and Alternative therapies benefit which conditions? A survey of the opinion of 223 professional organizations », *Complementary Therapies Medicine*, no 9, p. 178-185.
- Low, J. (2004), *Using Alternative Therapies: A Qualitative Analysis*, Toronto, Canadian Scholar's Press.
- Miles, P. et G. True (2003), « Reiki-Review of a Biofield Therapy, History, Theory, Practice, and Research », *Alternative Therapies in Health and Medicine*, Mars/Avril, vol. 9, no 2, p. 62-72.
- Murphy, D.G. (2000) « Developing research methodology in spiritual healing: Definitions, scope and limitations », *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, vol. 6, no 4, p. 299-302.
- Nield-Anderson, L. et A. Ameling (2000) « The empowering Nature of Reiki as a Complementary Therapy », *Holistic Nursing Practice*, April, vol. 14, no 3, p. 21-29.
- Oschman, J. L. (2005), *The scientific Basis of Energy medicine*, Symposium – Paradigm Shift, Energy Medicine Quantum Science Consciousness, Portland, Oregon 20-27 février.
- Oschman, J. L. (2003), *Energy Medicine in therapeutics and Human performance*, Elsevier
- Oschman, J. L. (2002a), « Clinical aspect of Biological Fields: an Introduction for Health Care Professionals », *Journal of Bodywork and Movement Therapies*, Avril, p. 117-125.
- Oschman, J. L. (2002b), *Energy Medicine: the scientific basis*, Ville, Elsevier.
- Peters, R. (1999), « The effectiveness of therapeutic touch: A meta-analytic review », *Nursing Science Quarterly*, 1999, 12(1), 52-61.
- Research Council for Complementary Medicine (2000), *A National Strategy for Research & Development in Complementary Medicine*, University of Westminster, London, U.-K. [www.rccm.org.uk/static/RCCM_national_strategy.aspx], consulté le 7 avril 2005.
- Santa Ana et Madison (2001), « The Adoption of Complementary and Alternative Medicine by hospitals: A Framework for Decision Making », *Journal of Healthcare Management*, vol. 46, no 4, juillet-août.
- Scales, B. (2001), « CAMPing in the PACU: Using Complementary and Alternative Medical Practices in the PACU », *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, vol. 16, no 5 (octobre, 2001), p. 325-334.

- Schlitz, M. et W. Braud (1997), « Distant intentionality and healing: assessing the evidence », *Alternative Therapies in Health and Medicine*, 1997, 3(6), 62-73.
- Schneirov, M. et J. D. Geczik (2002) « Alternative Health and the Challenges of Institution », *Health: An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness and Medicine*, vol. 6, no 2, p. 201-220.
- Sharples, FM, van Haselen, R. et Fisher, P. (2003), « NHS patient's perspective on complementary medicine : a survey », *Complementary therapies in medicine*, vol. 11, no 4, p. 243-248.
- Statistique Canada (2005), « Rapport sur la santé : Le recours aux soins de santé non traditionnels », *Le Quotidien*, 15 mars 2005.
- Tataryn, D. J. et Verhoef, M. J. (2004), « Combining Conventional, Complementary, and Alternative Health Care: A Vision of integration. Health Care Network », dans *Perspectives on Complementary and Alternative Health Care*, Ottawa, Santé Canada.
- Tonkin, R. (1987), « Research into complementary medicine », *Complementary Medical Research*, vol. 2, no 1, p. 5-9.
- Wind Wardell, D. et K. F. Weymouth (2004), « Review of Studies of Healing Touch », *Journal of Nursing Scholarship*, Second Quarter 2004, p. 147-154.
- Winstead-Fry, P. et Kijek, J. (1999), « An integrative review and meta-analysis of Therapeutic Touch research », *Alternative Therapies* 1999, 5(6) 59-67.