



---

CHAMBRE DES DÉPUTÉS  
GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG

# Dossier consolidé

Débat d'orientation 5131

Débat d'orientation concernant la réglementation de certaines formes de médecines complémentaires ou non conventionnelles

Date de dépôt : 20-01-2004

## Liste des documents

<b>Date</b>	<b>Description</b>	<b>Nom du document</b>	<b>Page</b>
20-01-2004	Déposé	5131/00	<u>3</u>
29-01-2004	Réglementation de certaines formes de médecines complémentaires ou non conventionnelles	Document écrit de dépôt	<u>40</u>

5131/00

## N° 5131

## CHAMBRE DES DEPUTES

Session ordinaire 2003-2004

**DEBAT D'ORIENTATION**

concernant la réglementation de certaines formes  
de médecines complémentaires ou non conventionnelles

\* \* \*

**RAPPORT DE LA COMMISSION DE LA SANTE  
ET DE LA SECURITE SOCIALE**

(20.1.2004)

La Commission se compose de: M. Niki BETTENDORF, Président-Rapporteur; MM. Jean COLOMBERA, Mars DI BARTOLOMEO, Mme Marie-Josée FRANK, MM. Marcel GLESENER, Jean-Marie HALSDORF, Jean HUSS, Alexandre KRIEPS, Lucien LUX, Paul-Henri MEYERS, Marco SCHROELL et Serge URBANY, Membres.

\*

**SOMMAIRE:**

- I) Introduction
  - A) Antécédents
  - B) Références internationales et droit comparé
  - C) Bref aperçu des auditions de la commission
- II) Réflexions générales
  - A) Un problème de définition
  - B) Les prises de position générales de différents intervenants
    - a) Prise de position de la Direction de la Santé
    - b) Prise de position du Collège médical
    - c) Prise de position du professeur Francis-Marcel Kahn
- III) La nécessité d'une approche scientifique
  - A) La notion d'effet placebo
  - B) La démarche scientifique
    - Le concept de l'evidence based medicine (EBM)
    - La notion d'évaluation et la variation extrême des pratiques
    - Les effets placebo et nocebo
    - Crédibilité d'une étude
    - Evolution des connaissances
    - Présentation d'études de qualité
  - C) Appréciation critique de l'approche scientifique
- IV) Examen et appréciation de certaines disciplines particulières
  - A) L'homéopathie
    - 1) Présentation et description des principes de l'homéopathie
      - Le principe de similitude

Le principe d'infinitésimalité

Le principe de globalité

2) La valeur pharmacologique des médicaments homéopathiques

3) Appréciation critique de l'homéopathie

B) L'ostéopathie

C) L'acupuncture

D) La chiropractie

E) La prise en charge psychologique du patient

V) Réglementation de certaines formes de médecine complémentaire

A) Le cadre légal et réglementaire

B) Application du dispositif légal du cas particulier de l'homéopathie

C) Les critères principaux d'une prise en charge éventuelle: la preuve scientifique et la qualification des acteurs

VI) Conclusions générales de la Commission de la Santé et de la Sécurité sociale

\*

## I) INTRODUCTION

### A) Antécédents

Par une résolution du 28 juin 2001 la Chambre des Députés a chargé la Commission de la Santé et de la Sécurité sociale „d'étudier la possibilité de réglementation de certaines formes de médecines non conventionnelles“ et de préparer un débat parlementaire y relatif.

Dans les considérants de cette résolution, la Chambre des Députés s'exprime comme suit:

- „- *considérant que le Parlement européen a adopté le 29 mai 1997 une résolution demandant à la Commission de s'engager dans un processus de reconnaissance des médecines non conventionnelles;*
- *considérant que la Commission des questions sociales du Conseil de l'Europe a réaffirmé en juin 1999 son attachement aux médecines non conventionnelles;*
- *considérant que certains Etats membres de l'Union européenne ont reconnu diverses formes de médecines non conventionnelles telles que l'homéopathie, la chiropractie, l'ostéopathie et l'acupuncture;*
- *considérant la volonté exprimée par bon nombre des membres de la Chambre des Députés lors du débat sur la médecine non conventionnelle, d'installer une commission spéciale chargée d'étudier la possibilité de réglementation de certaines formes de médecine non conventionnelles;*“

(...)

En votant cette résolution, la Chambre des Députés a fait suite à la déclaration gouvernementale du 12 août 1999 dans laquelle le Gouvernement se propose „de procéder, tout en évitant des abus possibles, à la reconnaissance de certaines formes de médecines alternatives et envisage une éventuelle intégration des traitements ou médicaments dans la liste des actes et médicaments remboursés par la Sécurité sociale“.

Dans sa réunion du 15 janvier 2002, la commission a procédé à un premier échange de vues sur l'organisation de ses travaux sur ce sujet.

Elle a retenu que ses travaux étaient censés dégager des éléments de réponse à deux questions essentielles:

- a) la réglementation des pratiques médicales complémentaires, comportant notamment l'importante question des conditions d'accès aux professions habilitées à offrir cette médecine;
- b) les conditions et les modalités de la prise en charge par la Sécurité sociale des prestations fournies.

Par conséquent, les travaux de la commission devaient comporter principalement deux volets:

- a) au plan interne, l'audition des représentants des principaux organismes et institutions intéressés par la question, à savoir notamment la Direction de la Santé, l'Association des médecins et médecins dentistes, l'Union des caisses de maladie et le Collège médical.
- b) l'audition d'experts étrangers, à choisir de préférence parmi ceux qui ont conseillé des parlements étrangers ayant déjà légiféré dans le domaine des médecines complémentaires.

### B) Références internationales et droit comparé

Force est de constater que le Luxembourg est loin d'être le premier pays à se pencher sur la situation légale et réglementaire des médecines complémentaires et de s'engager dans un processus prudent et réfléchi de réglementation de certaines de ces formes. Le sujet a été débattu dans plusieurs enceintes internationales.

Le 29 mai 1997, le Parlement européen a voté le rapport de la commission de l'environnement et de la santé sur le statut des médecines non conventionnelles dans l'Union européenne visant à harmoniser les règles variables d'un pays à l'autre où tantôt ces formes de médecine sont tolérées, tantôt considérées comme exercice illégal de la médecine.

La résolution adoptée par le Parlement européen, le 29 mai 1997, sur le statut des médecines non conventionnelles, demande à l'Union européenne de s'engager dans un processus de reconnaissance des médecines non conventionnelles après l'élaboration des études nécessaires et aussi de développer des programmes de recherche sur l'innocuité et l'efficacité de ces médecines.

La résolution 1206 du 4 novembre 1999 de l'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe, tout en réaffirmant son attachement aux médecines conventionnelles, invite les Etats membres à promouvoir la reconnaissance officielle des médecines non conventionnelles dans les facultés de médecine et à encourager leur pratique dans les hôpitaux. Cette résolution précise en outre que „... *les limites des médecines non conventionnelles ne doivent pas être ignorées ou sous-estimées. On ne doit pas cautionner les pratiques douteuses ou sectaires qui priveraient des personnes, et notamment des enfants, des soins médicaux requis par leur état de santé. Donner un cadre légal aux médecines non conventionnelles et à leur exercice est une chose difficile, mais préférable à une politique trop libérale.* (...)“

*Pour l'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe, ces formes alternatives ou complémentaires de la médecine devraient pouvoir être exercées à l'avenir tant par des médecins de la médecine conventionnelle que par des praticiens de médecine non conventionnelle correctement formés (le malade pouvant les consulter indifféremment suivant la décision de son médecin traitant ou selon son libre choix), et sous la réserve de la pleine application des règles d'éthique. (...)“*

Evoquons encore dans ce contexte la résolution WHA56.31 du 28 mai 2003 de l'Assemblée Mondiale de la Santé priant ses Etats membres notamment „(...) de formuler et mettre en oeuvre des politiques et réglementations nationales sur la médecine *traditionnelle, complémentaire ou parallèle pour favoriser l'utilisation adéquate de la médecine traditionnelle et son intégration dans les systèmes nationaux de soins de santé, en fonction de la situation de chaque pays* (...)“.

\*

Nombreux sont les pays qui ont introduit dans leur législation nationale des ouvertures plus ou moins prononcées à l'égard de certaines formes de médecine complémentaire.

Ainsi, en France l'acupuncture a été reconnue par l'Académie de médecine dès 1950 et elle peut être pratiquée légalement par les docteurs en médecine.

En Italie l'exercice des médecines non conventionnelles est toléré et périodiquement des discussions ont cours sur la reconnaissance de l'homéopathie, de la phytothérapie et de la naturopathie.

En Espagne les professions de naturopathe et d'acupuncteur ont été reconnues par le ministère des Finances depuis le 1er janvier 1991 et pour la naturopathie par le ministère du travail depuis le 27 janvier 1997.

Le 1er juin 2000, le Portugal a reconnu la naturopathie, la phytothérapie, l'ostéopathie, la chiropractie, l'acupuncture et le shiatsu (médecine traditionnelle chinoise).

En Grande-Bretagne et en Irlande toute personne non-médecin, peut, en vertu du droit coutumier, pratiquer une thérapie à condition de ne pas usurper le titre de docteur en médecine. Afin de pallier l'absence de reconnaissance légale des formations et des titres, la Grande-Bretagne a introduit en 1993 l'„Osteopaths Act“ pour les ostéopathes et en 1994 le „Chiropractors Act“ pour les chiropraticiens. Ces textes prévoient l'enregistrement des praticiens, l'établissement d'un Conseil et une protection des titres.

La loi néerlandaise relative aux professions du secteur des soins de santé individuels a été adoptée le 9 novembre 1993. Cette loi autorise en principe quiconque à exercer la pratique médicale en énumérant cependant les actes ne pouvant être posés que par des praticiens autorisés (par exemple la chirurgie). En contrepartie de cette approche libérale, la loi prévoit une disposition pénale: le fait de nuire à la santé d'une personne est passible d'une peine.

La liberté de soigner existe depuis 1873 en Allemagne, alors que la profession de „Heilpraktiker“ (praticien de santé) est reconnue depuis l'année 1939. Seul un examen de connaissances médicales de base est requis de même qu'une inscription au registre de la profession.

Au Danemark et en Suède, les non médecins et les paramédicaux peuvent exercer les médecines non conventionnelles dans certaines limites fixées par les lois respectives du 14 mai 1970 et No 409 de 1960. Par ailleurs, la chiropractie est légalement reconnue comme profession de soins de santé au Danemark (loi No 415 du 6 juin 1991), en Suède (loi No 1988/89: 96) et en Finlande. En Norvège il n'y a pas de monopole de la médecine et la loi du 1er juin 1936 établit un statut des médecines non conventionnelles.

En Belgique, la loi Colla du 29 avril 1999 relative aux pratiques non conventionnelles dans les domaines de l'art médical, de l'art pharmaceutique, de la kinésithérapie, de l'art infirmier et des professions paramédicales reconnaissant et réglementant les pratiques non conventionnelles dans les domaines de l'homéopathie, de l'acupuncture, de l'ostéopathie et de la chiropractie a été suivie de la loi du 22 août 2002 portant ratification de l'arrêté royal du 4 juillet 2001 relatif à la reconnaissance des organisations professionnelles de praticiens d'une pratique non conventionnelle ou d'une pratique susceptible d'être qualifiée de non conventionnelle, ainsi que de la loi du 11 mai 2003 portant ratification de l'arrêté royal du 10 février 2003 contenant la reconnaissance des organisations professionnelles de praticiens d'une pratique non conventionnelle ou d'une pratique susceptible d'être qualifiée de non conventionnelle.

En Suisse les pratiques de la chiropractie, de l'ostéopathie, de la naturopathie, de l'étiopathie, de la médecine anthroposophique, ainsi que d'autres médecines différentes sont libres.

\*

La Commission de la Santé et de la Sécurité sociale constate qu'en schématisant on peut distinguer deux conceptions plus ou moins opposées qui coexistent aujourd'hui au sein de l'Union européenne.

Dans une première conception dominant dans les pays du Nord de l'Europe et plus spécifiquement aux Pays-Bas, en Grande-Bretagne et en Irlande, une approche non réglementaire est prédominante. En principe, toute personne qui le souhaite peut pratiquer les soins de santé, mais certains actes sont strictement réservés aux médecins qui, en outre, détiennent l'autorité et sont la référence en matière d'organiser des soins et de politique de santé.

Une deuxième approche se situant pratiquement à l'inverse de la première considère que seul le corps médical peut pratiquer les soins de santé et soigner les malades. Le corps médical possède donc le monopole des actes diagnostiques et thérapeutiques, exception faite pour certaines professions auxquelles il est permis de pratiquer des actes médicaux ou actes paramédicaux déterminés, soit sous la propre responsabilité, soit sous celle d'un médecin (infirmier, kinésithérapeute, sage-femme, etc.). Toute infraction à cette règle est considérée comme acte illégal de la médecine. Cette vision est celle qui s'est imposée en général dans les pays du Sud de l'Europe, en y ajoutant la France, la Belgique et le Luxembourg.

Avant même d'aborder le dossier des médecines complémentaires, la Commission de la Santé et de la Sécurité sociale voudrait souligner que dans notre pays les principes fondamentaux de cette approche ne doivent pas être remis en cause. Elle est convaincue que le principe de précaution et la nécessité de protéger la santé des citoyens justifie amplement le maintien de cette conception restrictive.

### **C) Bref aperçu des auditions de la commission**

Schématiquement les travaux de la commission se résument comme suit:

Dans un premier temps la Commission de la Santé et de la Sécurité sociale a recueilli des prises de position d'instances et d'organismes officiels directement concernés par la problématique.

Ainsi a-t-elle entamé ses travaux par une audition des responsables de la Direction de la Santé dans sa réunion du 17 avril 2002. Les responsables de la Direction de la Santé ont présenté le sujet dans l'optique de la Santé publique. Dans sa réunion du 22 novembre 2002, la commission a recueilli l'avis du médecin directeur de l'Administration du Contrôle médical. Dans sa réunion du 16 janvier 2003, la commission a entendu le président de l'Union des caisses de maladie (UCM) qui a exposé les aspects légaux et réglementaires du sujet.

La commission a reçu des représentants du Collège médical dans la réunion du 17 avril 2002. Les représentants de la profession ont exposé de façon très circonstanciée la position du corps médical.

La commission a ensuite étendu ses consultations en s'entourant de l'avis de différents experts étrangers, ceci en prenant soin d'une juste pondération entre les représentants et défenseurs des nouvelles formes de médecine et des représentants de l'école classique, très critiques, voire carrément opposés à ces mêmes formes de médecine.

Dans sa réunion du 5 février 2003, la commission a entendu un exposé du Dr Pascal Neveu, Président du Collège homéopathique lorrain et vice-président du Syndicat homéopathique français. Le Dr Pascal Neveu a informé la commission sur ses vues et ses expériences en sa qualité de médecin généraliste se consacrant très largement à la médecine homéopathique, tout en continuant de pratiquer également la médecine dite classique.

Dans sa réunion du 5 mars 2003, M. Louis Stephany, Doctor of chiropractic, a présenté à la commission les principes d'une discipline particulière, à savoir la chiropractie.

Dans sa réunion du 22 janvier 2003, la commission a entendu le professeur Michel Kopp, professeur de médecine générale à l'Université de médecine à Strasbourg, dont la contribution était axée sur la nécessité d'une approche scientifique de la problématique. Le professeur Michel Kopp a explicité la notion de „l'evidence based medicine“ et a fourni une appréciation très critique de l'homéopathie.

Dans la réunion de la Commission de la Santé et de la Sécurité sociale du 22 avril 2003, le professeur émérite Marcel-Francis Kahn, du Service de Rhumatologie de l'Hôpital Bichat de Paris, a développé les considérations générales de nature philosophique, sociale et médicale qui l'ont amené à s'ériger depuis de longues années en France en adversaire déterminé des nouvelles formes de médecine.

La commission a encore complété ses travaux par une audition des représentants du Syndicat des pharmaciens (11 juin 2003), portant principalement sur la valeur pharmacologique des médicaments homéopathiques.

La commission a également estimé utile de ne pas négliger la dimension psychologique de la prise en charge du patient. Voilà pourquoi, elle a consacré la réunion du 14 mai 2003 à un exposé de M. Louis Nicolay, président de „la Letzebuerger Gesellschaft fir Individualpsychologie“.

Enfin, pour conclure ses travaux, la Commission de la Santé et de la Sécurité sociale a examiné un avant-projet de rapport dans ses réunions du 19 novembre 2003 et du 12 janvier 2004 avant d'adopter le présent rapport dans sa réunion du 20 janvier 2004.

Dans ce rapport, la commission procède à une description structurée de ses travaux au cours des réunions ci-dessus esquissées avant de formuler quelques conclusions et recommandations générales.

Dans un premier temps, la commission reproduit les réflexions générales qui ont été développées par les intervenants.

\*

## **II) REFLEXIONS GENERALES**

### **A) Un problème de définition**

Les médecines alternatives et complémentaires sont des pratiques de soins de santé, parfois basées sur des systèmes médicaux millénaires, qui ne font pas partie de la médecine scientifique classique. La notion même est difficile à cerner. Ainsi, dans le cadre de son audition par la Commission de la Santé et de la Sécurité sociale, le médecin directeur du Contrôle médical a insisté sur le fait que les premières



difficultés se présentent déjà au plan de la terminologie et de la définition des notions en cause. Les concepts de médecine complémentaire ou non conventionnelle ne bénéficient pas d'une définition uniforme ni dans l'opinion publique, ni dans les milieux scientifiques.

La Direction de la Santé pour sa part a constaté que la liste des médecines non conventionnelles a tendance à s'allonger de nos jours et qu'elle devrait actuellement approcher le chiffre impressionnant de 200 variantes. Il s'agit donc d'un phénomène de société bénéficiant d'un engouement de la part d'un pourcentage non négligeable de la population.

Cet état des choses ne facilite pas le débat à mener, alors surtout qu'apparaissent de plus en plus certaines pratiques qui ont la prétention de bénéficier de la qualification „médecine“, sans toutefois répondre aux critères scientifiques requis. La commission renvoie également aux réflexions générales du professeur Marcel-Francis Kahn sur les problèmes de définition.

Au-delà du problème de définition, se pose également un problème de terminologie. Ainsi plusieurs termes sont-ils couramment utilisés afin de désigner les médecines ne relevant pas de la médecine classique, termes dont le choix n'est pas toujours innocent dans la mesure où ils peuvent traduire un parti pris. Ainsi, à côté des qualificatifs tels que „complémentaires“ ou „non conventionnelles“, existent ceux de „populaires“, „parallèles“, „alternatives“, „naturelles“, „traditionnelles“ ou encore „douces“. D'aucuns estiment que le terme „médecine“ devrait être réservé à la seule médecine conventionnelle parlent plutôt de „pratiques“, „disciplines“ ou „thérapies“.

La Commission de la Santé et de la Sécurité sociale a décidé lors de la réunion du 15 janvier 2002 de retenir en général comme terme approprié celui de „médecines complémentaires“. Compte tenu du fait qu'actuellement jusqu'à 200 variantes peuvent être regroupées sous cette dénomination, la commission tient d'emblée à préciser que parmi cette pléthore de pratiques hétéroclites elle a axé ses discussions et entrevues sur l'homéopathie, la chiropractie, l'ostéopathie, l'acupuncture et la psychothérapie.

## **B) Les prises de position générales de différents intervenants**

### **a) *Prise de position de la Direction de la Santé***

Dans l'optique de la Santé publique, le premier impératif est celui de la protection du patient. Par voie de conséquence, selon les responsables de la Direction de la Santé, il s'agit de donner au patient pour le moins la garantie de l'innocuité des produits, techniques et thérapies utilisés dans les différentes branches de la médecine complémentaire. Pour répondre à cet impératif, il est indispensable que les méthodes dites complémentaires restent dans la main du médecin qui ne devrait y avoir recours qu'après avoir posé un diagnostic en bonne et due forme. Par ailleurs, les médecins ayant recours à ces méthodes ne devraient pas se focaliser exclusivement sur l'approche dite complémentaire. Selon la Direction de la Santé, l'usage exclusif par le corps médical des différentes méthodes alternatives constitue une condition indispensable pour assurer la protection du patient. Les médecins en question doivent se tenir au courant de l'évolution de la médecine „classique“ et rester capables de poser un diagnostic correct. Ils doivent donc également suivre la formation continue dans le domaine de la médecine classique et être capables ainsi à offrir à leurs patients les traitements et thérapies les mieux adaptés et à la pointe du progrès médical.

Il est utile de préciser que la Direction de la Santé ne limite pas sa mission à une approche défensive consistant dans la nécessité d'éviter des nuisances à la santé de la population, mais qu'elle s'investit très fortement dans le contrôle, l'évaluation et dans l'amélioration de la qualité de toutes sortes de soins de santé dispensés à la population. Ce volet gagne en importance et implique que la direction de la santé doit jouer un rôle plus actif.

La Direction de la Santé suit de très près la publication au plan international d'études scientifiques sur les différentes médecines complémentaires. Elle fait partie d'une cellule de coordination de pays germanophones (Suisse, Autriche, Allemagne, Pays-Bas) instituée à cet effet.

### **b) *Prise de position du Collège médical***

Le Collège médical rappelle que les médecines dites parallèles ou alternatives constituent des pratiques à finalité prioritairement thérapeutique, très rarement diagnostique. Il s'agit de pratiques très hétérogènes existant pour la plupart d'entre elles depuis fort longtemps, sans qu'elles aient pour autant réussi à prouver un quelconque fondement scientifique.

En revanche la médecine classique ou conventionnelle (Schulmedizin) a le propre de se remettre continuellement en question en se basant sur les meilleures preuves possibles (evidence based medicine). C'est cette approche scientifiquement rigoureuse qui a permis une évolution permanente et des progrès fulgurants de la médecine au cours des dernières décennies. Cette constatation se vérifie dans tous les pays capables d'offrir à leur population une médecine à la pointe du progrès et dans lesquelles l'espérance de vie n'a cessé d'augmenter au cours des années.

L'exercice de la médecine dite classique est réservé au corps médical, dont les membres peuvent se prévaloir d'une longue formation universitaire et qui sont obligés de se recycler régulièrement dans les domaines de la prévention, du diagnostic et du traitement du patient.

Selon le Collège médical, les techniques parallèles ou alternatives par contre relèvent souvent de ce qu'on peut qualifier de médecine populaire et ne se prêtent pas à des vérifications scientifiques. Dans la plupart des cas, les actions et effets de ces pratiques ne sont pas reproductibles. Ces techniques peuvent devenir carrément dangereuses lorsqu'elles sont exercées par des personnes n'ayant pas ou peu de formation médicale. Il en est ainsi par exemple pour la phytothérapie. Il s'agit d'une discipline qui joue évidemment un rôle important en médecine classique (par exemple substances extraites de plantes utilisées en chimiothérapie), mais qui, pratiquée de façon isolée et exclusive par des praticiens non médecins, comporte des risques sérieux pour les patients.

Le Collège médical se doit de relever que malheureusement dans notre pays, environ une trentaine de médecins sont des adeptes, à titre exclusif, de ce genre de méthodes scientifiquement non éprouvées. Les médecins en question se distancent de plus en plus de la médecine conventionnelle, ne participent plus aux formations continues et très souvent déclarent ne plus être à même de participer aux services de garde. Ils se disent ne plus être capables de faire des actes relevant de la médecine d'urgence.

Il s'agit d'un problème très grave qui préoccupe vivement le Collège médical. Il est hautement regrettable que des médecins exploitent à des fins lucratives le créneau constitué de patients qui en désespoir de cause sont prêts à s'en remettre aux pratiques et techniques les plus douteuses. Or, il appartient aux autorités publiques de faire respecter le principe de précaution, ce qui en tout état de cause interdit la reconnaissance de médecines complémentaires qui n'ont pas de bases scientifiques.

### ***c) Prise de position du professeur Francis-Marcel Kahn***

Une large partie de l'exposé du professeur Marcel-Francis Kahn a été consacrée à des réflexions générales et philosophiques concernant le phénomène de l'essor des médecines complémentaires et alternatives. Ces réflexions ont dès lors leur place dans le présent chapitre.

Le professeur Marcel-Francis Kahn est professeur émérite en rhumatologie et ancien chef de service du département de rhumatologie de l'Hôpital Bichat de Paris. Cet expert de renommée internationale concède d'emblée qu'il est juge et partie dans le dossier qui occupe la commission parlementaire, étant donné que pour des raisons idéologiques il mène en France depuis plus de trente ans un combat acharné contre les prétentions des représentants des médecines non conventionnelles et en particulier contre l'extension de ces disciplines dans le secteur de la santé ainsi que contre le remboursement des prestations afférentes par la sécurité sociale.

Sa position sur le sujet ne souffre donc d'aucune ambiguïté, de sorte qu'il revêt en France le statut d'„ennemi reconnu et déclaré“ des médecines non conventionnelles au sens le plus large du terme. Pour expliciter sa position, l'orateur voudrait d'abord traiter les problèmes de définition qui se posent dans ce dossier. Ainsi qualifie-t-il de médecines non conventionnelles ou complémentaires toutes les pratiques thérapeutiques non basées sur les données actuelles de la connaissance scientifique et/ou sur des travaux de méthodologie rigoureuse et contrôlée effectués par des expérimentateurs indépendants de tout intérêt lucratif quelconque.

Dans cette définition, il choisit à dessein le terme de „pratique“ pour désigner les activités des médecines non conventionnelles ou complémentaires, alors que ces activités sont souvent exercées par des personnes qui n'ont pas la qualité de médecins. En ce qui concerne les critères scientifiques, le professeur M. Marcel-Francis Kahn concède que certaines de ces pratiques peuvent résulter de constatations empiriques démontrant, par exemple, l'intérêt de tel ou tel médicament. Tel est notamment le cas en phytothérapie. Toutefois les défenseurs de la médecine classique considèrent qu'en dernière analyse toute avancée médicale doit être basée sur des travaux scientifiques rigoureux. Dans cette conception les constatations empiriques peuvent tout au plus être complémentaires par rapport aux preuves scientifiques proprement dites.

A l'opposé se situent les défenseurs des médecines non conventionnelles ou complémentaires qui invoquent le droit à l'empirisme, c'est-à-dire le droit à la simple constatation de l'efficacité d'un médicament ou d'une pratique, sans que pour autant cette constatation doive être scientifiquement établie.

Le professeur Kahn insiste sur la variation du champ des définitions suivant les pays. Ainsi aux Etats-Unis, certains types de thérapies (massage, relaxation, hypnose, cures thermales, nutrition diététique) rentrent dans le domaine des médecines complémentaires et sont pris en charge à un certain degré par les assurances maladie. En Europe par contre, ces prestations peuvent être prescrites dans le cadre de la médecine classique.

Les défenseurs des médecines non conventionnelles ou complémentaires invoquent souvent le caractère non dangereux de leurs pratiques. De ce fait, ces dernières sont souvent encore qualifiées de douces. Or, cet argument n'est valable que très partiellement, alors que, par exemple, certains remèdes utilisés en phytothérapie peuvent s'avérer très agressifs ou même toxiques.

En général, les pratiques non conventionnelles reposent sur des postulats que le professeur Kahn qualifie d'unidimensionnels. Le postulat le plus révélateur à cet égard est incontestablement le principe de base de l'homéopathie: „Similia similibus curentur“ (Les semblables traitent les semblables). Ce postulat a une valeur quasi philosophique ou religieuse et ne repose pas sur les données actuelles de la connaissance scientifique, alors que dans le domaine de l'„evidence based medicine“, il n'a jamais été possible de l'établir scientifiquement.

La définition des médecines non conventionnelles ou complémentaires est encore tributaire des législations sociales et du système de prise en charge des prestations de santé respectivement en vigueur dans les différents pays. Schématiquement on pourrait imaginer que la délimitation entre médecine classique, d'un côté, et médecines non conventionnelles ou complémentaires, de l'autre côté, se fait suivant le critère de la prise en charge des prestations respectives par la sécurité sociale. Ainsi feraient partie de la médecine officielle toutes les prestations remboursées, alors que les prestations non remboursées seraient reléguées dans le domaine des médecines non officielles. Or, en réalité, la délimitation n'est pas aussi tranchante, alors qu'elle dépend des textes légaux fixant le domaine officiel de l'exercice médical et, en particulier, de la tolérance plus ou moins prononcée de pratiques exercées par des non-médecins.

On peut citer à cet égard la reconnaissance dont bénéficie en Grande-Bretagne la chiropractie ainsi que l'importance accordée à la „Heilpraktik“ en Allemagne. En ce qui concerne ce dernier point, le professeur Kahn souligne que le décret reconnaissant la „Heilpraktik“ en Allemagne est daté du 26 février 1939. Il ajoute qu'à la limite on pourrait interpréter ce fait comme résultant de la volonté du pouvoir nazi de libérer les médecins pour les besoins de la „Wehrmacht“, alors que la population non directement impliquée dans la machine de guerre hitlérienne devait se contenter des „Heilpraktiker“.

Selon le professeur Marcel-Francis Kahn, les différentes études réalisées sur les pratiques non conventionnelles ou complémentaires montrent qu'il y a effectivement un certain chevauchement entre des pratiques qui peuvent se prévaloir d'un empirisme plus ou moins vérifié et celles qui relèvent du charlatanisme pur.

Parmi les pratiques qui possèdent une certaine légitimité empirique, on peut citer en premier lieu certains remèdes utilisés en phytothérapie (harpagophytum, millepertuis).

Ensuite, en ce qui concerne la chiropractie, il existe probablement un domaine limité dans lequel les manipulations y pratiquées peuvent être efficaces. Tel est le cas notamment pour des problèmes lombaires simples. Le professeur Marcel-Francis Kahn reconnaît à cette discipline une petite partie de raisonnable, ceci notamment dans la mesure où elle fait l'objet d'un enseignement sérieux et assez poussé en Grande-Bretagne.

En ce qui concerne l'acupuncture, l'orateur considère qu'il est raisonnable de penser qu'un certain nombre de résultats concrets relèvent de la priorité de certaines sensations par rapport à d'autres.

Si l'orateur reconnaît dès lors à ces disciplines un début de fondement rationnel, il est toutefois catégorique en ce qui concerne les prétentions de l'homéopathie. Selon le professeur Marcel-Francis Kahn l'homéopathie ne peut se prévaloir d'aucun fondement scientifique.

M. Kahn réfute les expérimentations du professeur Jacques Benveniste portant sur „la mémoire de l'eau“. Par ailleurs, toutes les études sur l'efficacité des thérapies homéopathiques par rapport au placebo ont abouti à des résultats totalement négatifs et démontrent ainsi l'inanité des revendications des homéopathes. Pour l'appréciation détaillée de l'homéopathie par le professeur Kahn, la commission renvoie au chapitre IV, A) sub 3) ci-dessous.

Il faut également s'occuper des dangers potentiels encourus par les patients ayant recours à des médecines non conventionnelles ou complémentaires. Il peut s'agir de dangers directs ayant trait par exemple à la toxicité d'un médicament. Tel est le cas surtout en phytothérapie. L'homéopathie par contre, pour le moins à cet égard, se révèle totalement inoffensive: les petites pilules sucrées qu'elle offre aux patients ne peuvent guère faire des dégâts! Par contre, les manipulations vertébrales dispensées en chiropractie ou en ostéopathie peuvent donner lieu à des accidents graves.

Les dangers indirects encourus par les patients sont en fait plus graves encore. Souvent en prenant recours à des praticiens non conventionnels, les patients perdent la chance de se faire traiter efficacement et hypothèquent lourdement leurs chances de guérison. L'attitude de ces patients s'apparente donc à la renonciation au traitement médical utile qui s'imposerait en vertu des règles classiques et scientifiques de l'art de guérir. Ainsi la pratique homéopathique, en raison du fait qu'elle implique le non recours à la médecine conventionnelle peut incontestablement créer ou aggraver des pathologies.

Le danger le plus difficile à combattre réside incontestablement dans les dérives irrationnelles inhérentes à certaines pratiques non conventionnelles. Les tendances très répandues dans la société moderne vers l'irrationnel expliquent que les adeptes de toutes sortes de sectes deviennent toujours plus nombreux. L'orateur rappelle à ce sujet que le grand gourou de la secte du Temple solaire était homéopathe. Très souvent, les sectes s'adonnant à des activités pseudo-médicales sont animées par des représentants de pratiques non conventionnelles totalement irrationnelles.

Le professeur Marcel-Francis Kahn s'est également interrogé sur les raisons du développement et du succès de pratiques non conventionnelles. Un sondage auprès d'étudiants en médecine a révélé que 45% des étudiants en médecine ayant eu les plus mauvaises notes durant leurs études médicales universitaires et dont le curriculum universitaire montre qu'ils étaient peu doués pour la rigueur scientifique des études en médecine, se tournent vers des pratiques parallèles ou non conventionnelles.

Selon le professeur Marcel-Francis Kahn, il est hautement regrettable que cette tendance soit amplifiée par le fait qu'à l'heure actuelle huit universités en France offrent une voie de formation en homéopathie, ceci avec la bénédiction plus ou moins gênée du Conseil de l'Ordre des médecins.

Par ailleurs, d'une façon générale une catégorie non négligeable de médecins a tendance à se montrer déçus de la médecine classique laquelle, malgré les progrès scientifiques considérables, ne peut éviter de les voir confronter à des cas individuels déchirants face auxquels ils doivent en fin de compte avouer leur impuissance. Certains médecins déduisent de telles situations leur rejet de la médecine scientifique et le rejet de la règle de considérer un cas déterminé à l'intérieur d'un ensemble de cas analogues à traiter suivant des règles communes. En conséquence, ils refusent d'intégrer leurs activités dans des protocoles scientifiques rigoureux. En revanche, ils prêchent la prise en charge individuelle du patient. Actuellement en France, il existe un cas concret d'une cancérologue dans un hôpital universitaire connu qui refuse de traiter les cancers des enfants dans le cadre de protocoles scientifiques préétablis. Elle prêche le traitement individuel au cas par cas et son discours est évidemment très favorablement accueilli par les parents.

Le développement des médecines non conventionnelles ou complémentaires s'explique également par l'attitude des patients. En schématisant, on pourrait dire que les médecines non conventionnelles ou complémentaires dessinent en creux les imperfections de la médecine classique actuelle. A ce titre, on peut citer la méfiance des patients à l'endroit de la segmentation des examens et traitements dont ils sont souvent l'objet et, corrélativement, de la quasi-impossibilité de trouver un seul médecin de référence capable de faire la synthèse de leur dossier médical.

Ensuite, il y a l'angoisse indéfinie de nombreux patients face à l'appareillage lourd utilisé pour les examens diagnostiques et également face à l'utilisation intensive de médicaments très lourds (p. ex. en chimiothérapie), comportant souvent de graves effets secondaires. Face à ces inconvénients, beaucoup de patients cèdent à la tentation de se confier plutôt aux médecines non conventionnelles dont les modèles d'explications simples – et souvent simplistes – exercent un attrait indéniable.

Par ailleurs, chez de nombreux patients les raisons qui expliquent leur rejet de la médecine classique ont trait aux problèmes graves qui caractérisent les relations entre le patient et le médecin: Trop souvent le patient se sent victime d'un déficit d'écoute et d'affection ainsi que d'un manque d'explication et de compréhension de la part du ou des médecins qui l'entoure(nt). Devant un tel constat, le patient s'en remet volontiers à des praticiens non conventionnels et, en particulier, à des homéopathes qui à ce niveau précisément disposent d'un atout majeur; à savoir une disponibilité très large pour chaque patient, combinée à une approche individuelle. Enfin, au plan philosophique on assiste à l'influence non

négligeable des courants relativistes suivant lesquels toutes les manières de connaître se valent finalement. Ce principe appliqué au domaine de la médecine implique que toutes les formes de médecine conventionnelles ou non conventionnelles, ont leur raison d'être, pourvu qu'elles soient acceptées par les patients.

Pour conclure, le professeur Marcel-Francis Kahn a conclu son exposé en soulignant qu'il s'est toujours efforcé d'avoir l'esprit libre et qu'il a même accepté de se faire l'avocat du diable (cf. affaire Benveniste). Mais, aujourd'hui après un parcours parsemé de nombreuses interventions hostiles à sa personne, il ne voit aucune raison d'abandonner sa position de fond qui est celle de rejeter toute forme de charlatanisme et de combattre la montée de l'irrationnel qui aujourd'hui, paradoxalement, accompagne le déclin des religions traditionnelles.

Les toutes petites parcelles de raisonnable qu'on pourrait à la rigueur concéder à certains aspects des médecines non conventionnelles n'empêchent pas que l'ensemble du phénomène et de l'engouement d'une partie de la population pour ces formes de médecine doivent être appréciés avec la plus grande circonspection et, si nécessaire, combattus avec véhémence.

\*

### III) LA NECESSITE D'UNE APPROCHE SCIENTIFIQUE

La nécessité d'une méthode scientifique dans l'évaluation des nouvelles formes de médecines complémentaires a été au centre de très nombreuses interventions devant la commission. Avant de présenter en détail l'argumentation développée à ce sujet (B), la commission voudrait à cet endroit de son rapport se pencher sur une notion particulièrement importante dans l'optique d'une approche scientifique du sujet, à savoir la notion d'effet placebo (A).

La commission ne voudrait pas non plus négliger les critiques formulées à l'endroit de cette approche scientifique (C).

#### A) La notion d'effet placebo

Il y a au moins deux raisons bien connues pourquoi certaines personnes sentent une amélioration des symptômes après avoir essayé un traitement dont l'efficacité n'a pas été prouvée. La première est la nature cyclique de certaines affections; la deuxième est l'effet placebo.

Ainsi en général, l'effet placebo est défini comme étant un processus d'autoguérison en l'absence de traitement respectivement un mécanisme de guérison spontanée déclenchée par l'administration aux patients d'une substance neutre et inactive.

Le placebo est une substance inerte délivrée dans un contexte thérapeutique. C'est en général une substance commercialisée dont, soit l'efficacité n'est pas démontrée scientifiquement (homéopathie, certaines substances phytothérapeutiques, acides aminés, antiasthénians etc.), soit l'indication ne correspond pas à l'indication officielle (vitamine C efficace dans le scorbut mais probablement pas dans la grippe).

L'effet placebo est l'écart positif constaté entre le résultat thérapeutique observé et l'effet thérapeutique prévisible en fonction des données strictes de la pharmacologie.

Il s'agit en quelque sorte de la victoire de l'esprit sur le corps. Les produits médicaux sont testés parallèlement à un placebo (une substance neutre) parce que des études ont justement démontré que les symptômes de jusqu'à 30% des sujets testés en clinique, s'amélioraient, tout simplement parce qu'ils croyaient qu'ils faisaient quelque chose de positif pour leur état de santé. La traduction littérale du latin placebo est „je plairai“. Ce simple syntagme renferme le phénomène puissant de l'esprit positif: je crois que mon traitement me fait du bien; donc, je me sentirai mieux. L'introduction de composés pharmaceutiques sur le marché est une tâche assez ardue, c'est pourquoi, le médicament doit absolument avoir un effet de loin meilleur que le placebo pour qu'il soit considéré comme efficace.

La commission renvoie encore aux exemples concrets d'effets placebo ci-dessous décrits dans l'exposé du professeur Michel Kopp.



## B) La démarche scientifique

### – *Le concept de l'evidence based medicine (EBM)*

Dans sa réunion du 22 janvier 2003, la commission a reçu le docteur Michel Kopp, professeur de médecine générale à la faculté de médecine de Strasbourg.

Le professeur Michel Kopp a placé au centre de son exposé le concept de l'evidence based medicine (EBM), aussi appelée médecine basée sur des preuves ou médecine factuelle. Il s'agit d'une aide nécessaire pour une prise en charge optimale des patients. L'EBM doit guider le médecin dans les processus décisionnels permanents concernant ses patients.

Schématiquement, on peut dire, selon le professeur Michel Kopp, que la décision médicale s'articule autour des trois pôles suivants:

- L'expérience et les habitudes du praticien,
- Les préférences du patient,
- Les données récentes de la science.

Trois champs d'intersection sont possibles entre ces trois pôles:

- a) Si les habitudes et l'expérience du praticien rejoignent les préférences du patient, mais sont en dehors des données récentes de la science, il se pose un problème éthique.
- b) Si les habitudes et l'expérience du médecin sont conformes aux données récentes de la science tout en s'écartant des préférences du patient, il existe un besoin de négociation entre le médecin et le patient.
- c) Si les préférences du patient se situent dans le cadre des données récentes de la science, mais en dehors des habitudes et de l'expérience du praticien, il existe un problème de compétence dans le chef de ce dernier. Cette remise en cause du praticien trouve sa solution dans la formation médicale continue.

Le concept de l'EBM se situe au milieu des trois pôles. Pour se rapprocher le mieux possible de cette situation idéale, les médecins essaient d'asseoir la décision médicale sur les trois gouvernails suivants: les réflexions éthiques, la négociation et la formation médicale continue.

### – *La notion d'évaluation et la variation extrême des pratiques*

L'EBM conduit le médecin à évaluer sa pratique. Il y a trois raisons qui rendent nécessaires cette évaluation: Le souci majeur du médecin doit être de pouvoir faire le meilleur choix pour son patient. Le médecin doit mériter la confiance que le patient lui accorde. En deuxième lieu, le praticien doit se rattacher à des références pour pouvoir affronter d'éventuels problèmes médico-légaux. Enfin, l'évaluation s'impose en raison de la variation extrême des pratiques, ce qui pose évidemment la question de savoir si une attitude déterminée est préférable à une autre.

Au sujet de la variation extrême des pratiques, le professeur Michel Kopp fournit les exemples frappants suivants:

En ce qui concerne les amygdalectomies (ablation des amygdales) on constate qu'en Norvège 4,5% des enfants atteignent l'âge adulte sans amygdales. Par contre, aux Pays-Bas, pays au niveau social et économique parfaitement comparable, ce pourcentage est de 42,1%.

En ce qui concerne les naissances par césarienne, les Pays-Bas y procèdent à raison de 4%, tandis que cette proportion est de 20% aux Etats-Unis et au Canada. Enfin, les accouchements par voie basse après césarienne sont de 5% aux Etats-Unis contre 43% en Norvège.

### – *Les effets placebo et nocebo*

Il importe donc de définir avec plus de précision la notion d'évaluation. Evaluer, c'est mesurer la valeur d'une thérapeutique par rapport à un placebo et par rapport à une autre thérapeutique. En tout état de cause, l'évaluation doit se baser sur des études crédibles.

L'effet placebo est l'effet subjectif, mais réel, produit sur une personne par un médicament n'ayant pas d'efficacité pharmacologique. Plusieurs exemples permettent d'illustrer cet effet:

- L'effet contre la fatigue de la vitamine C est – dans les pays comme la France et le Luxembourg, où la population ne souffre d'aucune carence en vitamine C – un effet placebo. L'effet est réel certes, mais strictement subjectif.
- L'effet de l'aspirine sur un mal de crâne endéans 10 minutes s'explique par l'effet placebo, alors que l'effet pharmacologique ne peut intervenir qu'au plus tôt après 25 minutes. Pourtant la diminution du mal de crâne est réelle après 5 ou 10 minutes, grâce à l'effet placebo.
- Enfin, on peut citer l'effet immédiatement calmant du baiser de la maman sur le bobo d'un enfant.

Evaluer une thérapeutique, c'est donc déterminer si elle est plus efficace que le simple effet placebo. Cet effet découle de la confiance qu'a l'utilisateur dans le médicament qu'il absorbe, et dans le thérapeute qui le lui prescrit. L'effet placebo déclenche à l'intérieur du cerveau la sécrétion de substances appelées endorphines. En d'autres termes, l'effet placebo est la conséquence biochimique réelle d'une suggestion symbolique. L'effet placebo n'est pas négligeable et peut être inversé, si le médecin suggère à son patient qu'un médicament peut le rendre malade. Dans ce cas, le patient éprouvera des effets désagréables; c'est l'effet nocebo.

En France, une étude très intéressante a permis de mettre en évidence cet effet nocebo. Deux groupes de patients ont été sélectionnés pour se voir administrer des médicaments qui – officiellement – étaient censés renforcer leur système immunitaire contre les infections. Aux personnes du premier groupe ont été administrées sous la dénomination „Nauséabol“ des ampoules contenant de l'eau sucrée. Le deuxième groupe a pris des comprimés de pain appelés „Obésogène“. Il s'agissait donc dans les deux hypothèses de substances anodines sans aucun effet pharmacologique. L'effet nocebo – effet réel tout comme l'effet placebo – s'est manifesté pleinement et différemment dans les deux groupes, suivant la perception que les patients déduisaient de la dénomination du prétendu médicament. Ainsi, les patients du premier groupe se sont abondamment plaints de nausées, tandis que ceux du deuxième groupe ont pratiquement tous pris des kilos.

#### – *Crédibilité d'une étude*

Ensuite il importe de définir quelques règles de base pour qu'une étude soit crédible:

- Les objectifs de l'étude doivent être clairement définis au départ.
- Les deux groupes de patients, à savoir le groupe traité par un médicament testé et le groupe témoin traité par placebo, doivent être homogènes et comparables (on parle de „randomisation“).
- Ni les patients, ni les médecins ne doivent savoir ce qui est pris pendant l'étude. En d'autres termes, les patients ne doivent pas savoir s'ils sont dans le groupe traité ou dans le groupe témoin et les médecins doivent également ignorer à quel groupe appartiennent leurs patients. C'est le principe très important du „double-aveugle“.
- Les résultats de l'étude doivent être publiés dans des revues sérieuses. Pour mériter cette qualification, la revue doit avoir un comité de lecture qui ne doit pas dépendre directement de l'industrie pharmaceutique.
- Enfin les résultats d'une étude doivent être reproductibles. Ainsi par exemple des résultats surprenants doivent être vérifiés dans plusieurs études avant de donner lieu à des conséquences thérapeutiques.

#### – *Evolution des connaissances*

Un autre élément important à considérer a trait à l'évolution extrêmement rapide des connaissances médicales. Ainsi, on estime aujourd'hui que le savoir médical double tous les vingt ans. Il s'ensuit que le médecin qui ne se tient pas au courant des données récentes, devient incompetent. On peut même s'avancer plus loin: un médecin qui traite aujourd'hui comme il y a 10 ou 15 années, est carrément incompetent. Cette évolution extrêmement rapide des connaissances a fait naître en France l'idée d'une obligation de recertification des médecins tous les 5 ans. Les médecins qui n'obtiendraient pas cette recertification se verraient retirer l'autorisation d'exercer.

Un exemple frappant témoignant de l'évolution et du revirement des connaissances a trait au mode de couchage des nourrissons pour prévenir la mort subite. Une étude canadienne analysant les 157 morts subites recensées au Québec entre 1991 et 1997 a montré que 139 bébés étaient couchés sur le ventre et 18 sur le dos. Cette étude a eu pour effet de recommander universellement aux parents de coucher le

bébé sur le dos, alors que pendant de longues années auparavant on a précisément enseigné le contraire. Un médecin qui ne se tiendrait pas au courant et qui ignorerait les résultats de cette étude deviendrait dangereusement incompétent.

### – *Présentation d'études de qualité*

#### – *dépistage du cancer colorectal*

Le professeur Michel Kopp présente au titre d'exemple d'une étude de qualité celle qui en 1996 a eu comme objectif de déterminer si le dépistage par la recherche de sang occulte dans les selles tous les 2 ans diminue la mortalité par cancer colorectal. L'étude s'est basée sur deux groupes d'adultes: 76.466 personnes inclus dans le protocole de dépistage bisannuel avec un groupe témoin de 76.384 personnes n'ayant reçu aucune information sur l'étude. Au sujet des caractéristiques de l'étude, on peut dire qu'elle a eu lieu en Grande-Bretagne, que les adultes étaient âgés de 45 à 74 ans et qu'ils ont été suivis sur une période de 10 ans (1981 à 1991). Les causes de décès dans les deux groupes ont été vérifiées sur base des dossiers médicaux.

Les résultats de l'étude n'ont d'abord montré aucune différence significative en ce qui concerne le nombre de cancers colorectaux dans les deux groupes. En ce qui concerne par contre la mortalité par cancer colorectal dans les groupes, les résultats sont les suivants: dans le groupe dépisté: 360 personnes décédées d'un cancer colorectal sur les 893 cancers; dans le groupe témoin: 420 personnes décédées d'un cancer colorectal sur les 856 cancers.

La différence est donc significative et trouve son explication dans le fait que dans le groupe dépisté, les cancers ont été découverts à un stade moins avancé où l'intervention chirurgicale pouvait encore éviter la constitution de métastases.

L'importante conclusion de l'étude est que le dépistage par la recherche de sang occulte dans les selles tous les deux ans diminue la mortalité par cancer colorectal.

#### – *l'aspirine dans le traitement ou la prévention de maladies cardio-vasculaires*

Une autre étude réalisée en 1994 concerne une thérapeutique et non un test de dépistage comme dans l'étude ci-avant décrite. L'objectif de l'étude était de déterminer si la prise d'aspirine après un infarctus diminue les événements cardio-vasculaires, notamment la récurrence d'infarctus, et donc le taux de mortalité. On savait que l'aspirine avait comme propriété d'empêcher la formation de cailloux de sang et qu'elle peut donc garder le sang fluide et en état de passer même dans des artères rétrécies.

L'étude se basait sur deux groupes randomisés de patients ayant fait un infarctus. Un premier groupe de 9.328 patients prenaient de l'aspirine, le groupe témoin de 9.325 patients prenaient un placebo.

Au bout d'un mois, les résultats de l'étude ont été les suivants:

	<i>G Aspirine (9.328)</i>	<i>G Témoin (9.325)</i>
Récidive d'infarctus non mortels	92	203
Accident vasculaire cérébral non mortel	32	54
Décès d'origine CV	871	1.094
Décès toutes causes	874	1.102

Les résultats de cette étude ont été évidents et significatifs à tel point que des considérations éthiques élémentaires défendaient de continuer l'étude. La conclusion est qu'un traitement par aspirine réduit fortement les événements cardio-vasculaires et la mortalité chez des patients ayant été victimes d'un infarctus. L'étude a carrément révolutionné la prise en charge des patients victimes d'un infarctus en imposant comme principe la nécessité d'administrer à ces patients de l'aspirine ou un autre anticoagulant. Tout médecin qui, après 1994, aurait omis de prescrire à ces patients un tel médicament serait à considérer comme incompétent.

Dans la continuité de cette étude sur l'aspirine en tant que thérapeutique, on a lancé en 1998 une étude sur aspirine en prévention primaire. L'objectif de l'étude était de déterminer si la prise d'aspirine



en faible dose (75 mg/jour) chez des sujets asymptomatiques, c'est-à-dire n'ayant auparavant souffert d'aucune maladie cardiaque, peut prévenir la survenue d'événements cardio-vasculaires.

A cet effet, deux groupes randomisés de sujets âgés de 45 à 69 ans (2.545 prenant de l'aspirine, 2.540 prenant un placebo) ont été suivis pendant 6 ans.

Les résultats de l'étude montrent certes un nombre moins élevé d'infarctus, mais un nombre plus élevé d'hémorragies intracrâniennes et extracrâniennes graves.

La conclusion des auteurs de l'étude est que le rapport bénéfice/risque d'un traitement de longue durée à de faibles doses d'aspirine chez des sujets sans pathologie cardio-vasculaire est très équilibré. L'effet global reste donc incertain et on ne peut donc recommander ce traitement d'une façon générale. Cette constatation générale n'empêche toutefois pas que l'administration de l'aspirine à titre préventif peut très bien se justifier individuellement chez des patients présentant des antécédents et caractéristiques les prédisposant à des problèmes cardio-vasculaires (cholestérol élevé, obésité, hypertension, antécédents familiaux).

### **C) Appréciation critique de l'approche scientifique**

Une partie minoritaire de la commission considère qu'il est indiqué de nuancer le critère scientifique auquel la médecine conventionnelle fait régulièrement référence. En effet, certaines connaissances qu'on croyait définitivement établies en médecine classique ont subi des évolutions et même des rectifications notables. Ainsi, par exemple les médicaments véinotoniques prescrits et remboursés pendant des décennies ont récemment été déremboursés, alors que leur valeur thérapeutique s'est avérée très faible ou inexistante. Un autre exemple est celui du traitement médical de l'ulcère de l'estomac dans lequel, jusqu'à un passé récent, on a ignoré l'existence de la bactérie responsable.

Il a également été souligné que certains médicaments et prestations de la médecine classique n'ont pas non plus démontré leur efficacité médicale. Il s'avère que certaines méthodes de vérification conduisent à une impasse dans la mesure où elles réduisent la situation pathologique du patient aux seuls éléments biologiques et médicaux, sans prendre en considération l'être humain dans toute sa dimension.

\*

## **IV) EXAMEN ET APPRECIATION DE CERTAINES DISCIPLINES PARTICULIERES**

Parmi les très nombreuses disciplines qui se réclament aujourd'hui comme faisant partie des nouvelles formes de médecines complémentaires ou alternatives, la Commission de la Santé et de la Sécurité sociale a nécessairement dû se limiter à approfondir quelques-unes d'entre elles. Il s'agit de celles qui aujourd'hui sont les plus répandues dans la mesure où, à tort ou à raison, elles bénéficient déjà d'une acceptation certaine auprès du grand public et qui, en l'état actuel du débat, pourraient entrer en ligne de compte pour être officiellement reconnues; à savoir l'homéopathie (A), l'ostéopathie (B), l'acupuncture (C) et la chiropractie (D). Enfin, soucieuse d'intégrer également la dimension psychologique dans le débat, la Commission a recueilli l'avis d'un psychothérapeute sur le sujet (E).

### **A) L'homéopathie**

La commission a consacré plusieurs réunions à l'homéopathie. Elle reproduit ci-après d'abord une présentation détaillée par un médecin-généraliste homéopathe (1). Elle approfondira ensuite la question de la valeur pharmacologique des médicaments homéopathiques (2). Enfin seront développées les argumentations de ceux des intervenants qui ont critiqué, voire condamné l'homéopathie (3).

#### **1) Présentation et description des principes de l'homéopathie**

La commission a entendu une présentation très fouillée de l'homéopathie par un médecin généraliste homéopathe à l'occasion de l'audition du Dr Pascal Neveu, président du Collège homéopathique lorrain.

Le Dr Pascal Neveu est médecin généraliste à orientation homéopathique ce qui veut dire qu'il ne traite pas que par homéopathie mais qu'il l'utilise chaque fois que cela est possible, raisonnable et justifié. Il exerce en cabinet de groupe aux côtés de 2 autres médecins généralistes allopathes depuis 25 ans.

Sa formation est donc tout ce qu'il y a de plus classique et il l'a complétée par des études en homéopathie au CEDH (Centre d'Etudes et de documentations Homéopathiques), à la SMB (Société Médicale de Biothérapie) et à l'INHF (Institut National Homéopathique Français) durant sa période hospitalière de 1974 à 1978. Il a enseigné pendant 10 ans à la SMB-IHBE, activité qu'il a été amené à interrompre faute de temps.

Il se considère comme bien intégré dans la société médicale tant du côté des allopathes que des spécialistes ou encore de la faculté.

Son mode d'exercice est celui de tout médecin généraliste à cette différence près qu'il a complété son arsenal thérapeutique par l'homéopathie autant par vocation que par conviction.

A son avis il n'y a aucun antagonisme entre les différentes orientations médicales et la synergie d'action devait être la règle. Il estime que tout est question de connaissances, de pratique, d'expérience et de dosage en fonction des différents tableaux cliniques et des problèmes à résoudre. Il pense qu'il est indispensable que tout médecin quelle que soit son orientation – acupuncture, homéopathie, phytothérapie – garde le contact avec une formation médicale continue classique, seule façon pour lui d'avoir des repères pour juger du bien-fondé de ce qu'il fait.

Croire ou ne pas croire à l'homéopathie ou l'acupuncture ne veut strictement rien dire. On ne rentre pas dans ces orientations médicales comme on rentre en religion. Ce n'est pas une attitude très scientifique que de nier le fait ou de le contourner pour mieux dénigrer, sans plus d'objectivité des spécialités aussi respectueuses de l'individu que le sont l'homéopathie ou l'acupuncture.

Selon le Dr Pascal Neveu, les points majeurs indispensables pour comprendre ce qu'est l'homéopathie sont les suivants:

#### *Le principe de similitude*

L'homéopathie est le résultat d'une réflexion d'un médecin allemand, le Docteur Hahnemann, qui en 1790, insatisfait de l'exercice médical qui était le sien, décida de se consacrer à la traduction d'ouvrages scientifiques. C'est au cours d'une de ces traductions qu'il est conduit à réfléchir sur les propriétés du quinquina. L'essentiel de sa démarche se résume dans cette idée assez révolutionnaire d'expérimenter (le terme est important) les médicaments sur l'homme sain pour en connaître réellement les effets.

Sa première expérimentation faite sur lui-même concerne le quinquina qui reproduisit chez lui des symptômes analogues à ceux pour lesquels ce médicament était habituellement prescrit.

Six ans d'expérimentation sur l'homme sain avec différentes substances aboutirent à la publication en 1796 d'un essai sur „un nouveau principe pour découvrir les vertus curatives des substances médicinales“.

Fort de ses constatations reproductibles, il énonce alors dans son étude homéopathique que: „... *Pour guérir radicalement certaines affections, on doit discerner des médicaments qui provoquent ordinairement dans l'organisme humain une maladie analogue et le plus analogue qu'il est possible*“, ce qu'on appelle aujourd'hui le principe de similitude ou la loi des semblables.

N'est-ce pas là très exactement le principe utilisé pour justifier les vaccinations ou encore les désensibilisations?

#### *Le principe d'infinitésimalité*

Par la suite, l'expérience aidant, Hahnemann constate que le patient est hypersensible au médicament indiqué et que les effets secondaires ne sont pas négligeables.

C'est donc pour tenter d'éviter ces réactions qu'il fut amené à diluer de plus en plus ses médicaments jusqu'à des hauteurs „inconcevables élevées“ pour reprendre ses propres termes.

De là est né le principe de l'infinitésimalité, deuxième grand principe sur lequel s'appuie l'homéopathie et qui alimente aujourd'hui encore une controverse qui, loin de faire avancer les choses, ne fait que retarder les progrès sur l'explication du phénomène.

### *Le principe de globalité*

La perception du malade en tant qu'entité globale est le troisième point fort attaché à l'homéopathie. Cette perception sous-entend la notion de terrain, de modalités réactionnelles propres au patient et qui prend en compte toute la sémiologie exprimée par le patient, organique, fonctionnelle, objective et subjective. Un médecin homéopathe ne soignera pas un ulcère d'estomac. Il soignera un patient qui a développé un ulcère d'estomac.

D'où l'importance de l'anamnèse, avec les antécédents personnels et familiaux du patient, de la prise en compte de la résurgence de troubles anciens et de l'existence d'une prédisposition générale surtout dans les maladies chroniques.

Le Dr Pascal Neveu s'appuie sur l'avis de pharmacologues réputés pour conclure que l'infinitésimalité n'est pas un obstacle à la validation de l'homéopathie.

A partir de résultats publiés dans le domaine de la recherche clinique, le Dr Pascal Neveu conclut également que l'homéopathie est une thérapeutique efficace.

En ce qui concerne le statut de l'homéopathie en France, le Dr Pascal Neveu se réfère à un rapport établi en 1997 par une commission instituée par l'Ordre national des Médecins (rapport Lebatard-Sartre). Cette commission a retenu les conclusions suivantes, conclusions qui de l'avis du Dr Pascal Neveu sont toujours valables à l'heure actuelle:

*„1. Dans les circonstances actuelles, la commission estime que la pratique de l'homéopathie, qui est une méthode thérapeutique non encore suffisamment évaluée, fait partie de l'exercice médical sans pour cela être une spécialité ou un exercice exclusif.*

*La commission souhaite qu'une expérimentation et une évaluation large de l'homéopathie soient réalisées en France par des méthodes scientifiques, comme l'a préconisé l'Académie de Médecine en 1984. Cette évaluation devrait s'appuyer sur une assise universitaire et professionnelle.*

*2. Les médecins qui revendiquent l'usage des méthodes homéopathiques sont assujettis, comme tous leurs confrères, au même Code de déontologie médicale. Chaque médecin est tenu „d'entretenir et de perfectionner ses connaissances“ (article 11) non seulement en homéopathie, mais aussi dans le cadre de sa qualification, de „participer aux services de gardes“ (article 77), de rechercher „le consentement de la personne examinée ou soignée“ (article 36) qui se poursuit par „Lorsque le malade, en état d'exprimer sa volonté, refuse les investigations ou le traitement proposés, le médecin doit respecter ce refus après avoir informé le malade de ses conséquences“.*

*De plus, il ne doit pas „proposer aux malades ou à leur entourage comme salutaire ou sans danger un remède ou un procédé illusoire ou insuffisamment éprouvé“ (article 39), ni „dans les investigations et interventions qu'il pratique comme dans les thérapeutiques qu'il prescrit, faire courir au patient un risque injustifié“ (article 40).*

*3. Compte tenu du nombre de médecins pratiquant l'homéopathie en France et de l'intérêt que certains patients portent à cette méthode thérapeutique, la commission souhaite qu'une information sur l'homéopathie soit systématiquement délivrée dans le cursus normal des études médicales. Parallèlement, afin de s'assurer de la compétence des médecins qui l'exercent, il serait très souhaitable que soit créé par l'Université, un D.I.U. (diplôme interuniversitaire) qui servirait de base à la reconnaissance de la mention „Homéopathie“. L'acceptation de la mention, sur simple déclaration du médecin qui est actuellement en vigueur, est une disposition qui paraît difficile à maintenir.“*

Le Dr Pascal Neveu souligne que, tout comme pour toute autre spécialité thérapeutique, la pratique judicieuse dans l'intérêt du patient de l'homéopathie exige un investissement constant et important de la part du pratiquant dans la formation continue.

En France, les futurs homéopathes, une fois diplômés en médecine se forment en trois ans dans une des huit facultés de médecine qui délivrent un diplôme universitaire d'homéopathie, soit dans des établissements privés comme l'Ecole française d'homéopathie ou dans ceux aidés financièrement par les laboratoires pharmaceutiques. Il reste que jusqu'à ce jour l'homéopathie ne constitue pas une spécialité comparable à celle des cardiologues par exemple.

Le Dr Pascal Neveu précise qu'il existe un consensus entre les universités enseignant l'homéopathie sur le contenu et l'étendue de cette formation. Un problème non résolu concerne toutefois la mise en place d'un diplôme interuniversitaire.

Selon le Dr Pascal Neveu la médecine doit être conçue comme constituant un art de guérir qui s'appuie sur la science. Toute approche qui réduirait la médecine à ces seuls aspects scientifiques finirait par devenir dangereuse, car elle perdrait tout humanisme.

Le Dr Pascal Neveu remarque que le rapport précité Lebatard-Sartre fournit des réponses à certaines critiques généralement adressées à l'homéopathie:

- le caractère très limité du financement public,
- la recherche clinique est freinée par la non-insertion des médecins homéopathes dans le système hospitalier,
- la recherche biologique est indispensable pour tenter d'expliquer „l'absurdité moléculaire“ que représentent les hautes dilutions.

Force est par ailleurs de constater que si tous les problèmes sont loin d'être résolus, il faut relever néanmoins que des progrès ont été réalisés en matière d'évaluation de la médecine homéopathique au cours des vingt dernières années.

Le Dr Pascal Neveu souligne qu'il ne récuse pas le principe de la nécessité d'études randomisées et en double aveugle pour obtenir des résultats scientifiquement établis. Il considère toutefois qu'en évaluant l'homéopathie, il n'est pas possible de se baser sur les mêmes schémas de protocole que ceux utilisés en médecine classique alors qu'on négligerait ainsi les principes élémentaires de l'homéopathie basés sur le traitement individualisé du patient. Il faut donc mettre au point des méthodologies tenant compte de ces spécificités.

Le Dr Pascal Neveu aborde également brièvement les aspects économiques de l'homéopathie par comparaison au coût de la médecine classique. Il déclare que son cabinet médical est de 40% moins cher que ceux de ses collègues allopathes avec lesquels il exerce dans le même groupe médical. Il a remis à la Commission de la Santé et de la Sécurité sociale des données anonymisées à ce sujet.

Le Dr Pascal Neveu réfute une opinion parfois avancée suivant laquelle l'homéopathie serait une médecine des gens pauvres. Cette affirmation ne se vérifie certainement pas en France ou dans d'autres pays au niveau économique et social comparable. On pencherait même à affirmer le contraire: l'homéopathie est généralement fortement prisée dans les couches sociales aisées. Par contre, dans les pays sous-développés manquant de moyens financiers pour mettre en place une médecine de pointe, le recours à l'homéopathie offrant des traitements à prix réduits est d'une façon générale très fréquent. Ceci explique que l'Inde par exemple fait partie des plus grands promoteurs de l'homéopathie.

En ce qui concerne l'impact de la médecine homéopathique sur la Sécurité sociale, le Dr Pascal Neveu donne les précisions suivantes:

En France, les médicaments homéopathiques se situent à un niveau de prix quatre fois inférieur à la moyenne des prix des médicaments remboursables français. Les statistiques de la sécurité sociale française montrent que les coûts remboursés annuellement pour un médecin homéopathe représentent en moyenne par médecin 156.000 € contre 295.000 € en moyenne pour un médecin-généraliste allopathe, ce qui correspond à une économie de l'ordre de 47%. Ces chiffres visent les honoraires et les médicaments prescrits par médecin.

Les remboursements des médicaments engendrés par des prescriptions de médecins homéopathes sont deux fois moins élevés que pour la moyenne des médecins-généralistes.

Les médicaments homéopathiques représentent en France 5,9% des ventes de médicaments, 5,5% des médicaments prescrits, 2% de la valeur des médicaments vendus, 1% des remboursements aux pharmacies par l'assurance maladie et seulement 0,14% des remboursements totaux de l'assurance maladie.

\*

La Commission de la Santé et de la Sécurité sociale relève que si certaines études montrent une certaine supériorité de l'homéopathie par rapport aux méthodes allopathiques dans l'efficacité du traitement de certaines pathologies telles que la grippe, la migraine et les inflammations des muqueuses de l'estomac, il importe toutefois de souligner que toutes les maladies ne sont pas du ressort de l'homéopathie. Traditionnellement, la médecine homéopathique s'applique aux maladies fonctionnelles, c'est-à-dire celles qui sont dues aux perturbations psychosomatiques ou non lésionnelles d'un organe.

Il reste que l'homéopathie n'est toujours pas suffisamment évaluée scientifiquement. Toute la difficulté réside dans le fait que le principe de la reproductibilité ne peut guère être respecté alors que le

médicament homéopathique est choisi en fonction du malade et des symptômes et non pas en fonction des seules causes de la maladie. D'où les difficultés à réaliser des expérimentations en série homogène.

La commission souligne encore que si l'homéopathie peut se concevoir dans le traitement de certaines maladies fonctionnelles, elle ne saurait toutefois constituer la principale thérapeutique pour traiter les maladies aiguës et les cas d'urgence (p.ex. cancers, diabète, maladies infectieuses et maladies neuro-dégénératives).

## **2) La valeur pharmacologique des médicaments homéopathiques**

La commission a jugé utile d'ajouter à ce volet du dossier l'avis d'un pharmacien au sujet de la valeur pharmacologique des médicaments homéopathiques et de leur prise en charge par l'UCM.

La représentante du Syndicat des Pharmaciens Madame Edmée Max, s'exprimant en nom personnel, a à son tour expliqué les principes de base de l'homéopathie et elle a présenté des ouvrages de référence sur le sujet. A ce sujet, la commission renvoie aux explications circonstanciées du Dr Pascal Neveu.

Mme Edmée Max insiste sur le fait que la compréhension de l'homéopathie présuppose la compréhension de la loi de similitude.

Il s'agit de la similitude entre les symptômes provoqués par l'ingestion d'une substance par un sujet sain et les symptômes relevés chez un sujet malade.

Ce relevé méthodique de tous les symptômes provoqués par l'ingestion d'une substance par des sujets sains s'appelle pathogénésie. Ces pathogénésies sont reprises en détail dans les matières médicales homéopathiques.

Une substance qui n'a pas subi de pathogénésie ne peut absolument pas être qualifiée d'homéopathique, même si elle est diluée.

Pour l'homme de la rue l'homéopathie c'est le „mal guéri par le mal“, or cette définition pourrait à la rigueur s'appliquer à la vaccination, elle n'est pas valable pour l'homéopathie. Le médicament homéopathique prescrit par le médecin homéopathe n'est pas l'agent causal de la maladie, mais une substance dont la pathogénésie couvre les divers symptômes de la maladie.

Le médicament homéopathique se définit comme étant un médicament obtenu à partir de produits, substances ou compositions appelés „souches homéopathiques“ selon un procédé de fabrication décrit par la Pharmacopée européenne ou à défaut par les pharmacopées actuellement utilisées de façon officielle dans les Etats membres. (directives européennes 92/73 et 92/74 relatives aux médicaments homéopathiques)

Les souches peuvent être des produits chimiques purs, des produits d'origine végétale, des produits d'origine animale. Deux formes pharmaceutiques sont réservées à l'homéopathie: les granules et les doses-globules.

Le médecin homéopathe tente de guérir le mal par un médicament non pas identique, mais semblable au mal dans ses effets.

A titre d'exemple, citons une piqûre d'abeille provoquant une douleur aiguë et sévère qui s'accompagne d'un gonflement local: elle est soulagée par une application de froid, elle est aggravée par une pression exercée à l'endroit de la piqûre.

Face à un patient présentant un gonflement et une douleur ressemblant aux effets d'une piqûre d'abeille et si ce patient témoigne en même temps des modalités d'amélioration ou d'aggravation, le médecin homéopathe prescrira une dilution d'Apis mellifica (nom latin de l'abeille).

Ceci peut être dans des pathologies aussi diverses qu'un rhumatisme avec œdème périarticulaire, un érythème solaire, un furoncle ou une angine.

Il est important de souligner que l'homéopathie n'est pas exempte d'effets secondaires. Ces derniers se présentent principalement comme suit:

- risque d'empoisonnement chronique avec les métaux toxiques utilisés comme l'arsenic, le mercure, le plomb, le cadmium, si pris à long terme et à basses dilutions;
- la dilution D1 de plantes toxiques comme le Thuya, le Hellebore sont susceptibles de produire des empoisonnements aigus;
- risque d'allergie jusqu'à la D8 pour Apis mellifica, Chamomilla, Arnica;
- phototoxicité pour le millepertuis.



Il faut toutefois rappeler que des risques semblables existent bien sûr dans la médecine classique à laquelle les homéopathes ont donné le nom d'allopathie.

Madame Edmée Max souligne que l'homéopathie est totalement contre-indiquée dans la plupart des maladies graves (cancer, diabète).

En ce qui concerne la question du remboursement par l'UCM, il convient de souligner que depuis l'application de la loi du 31 mai 2002 portant introduction de la liste positive des médicaments, les médicaments homéopathiques ne sont plus pris en charge par l'UCM. Pourtant, le coût afférent était totalement insignifiant (60.000 EUR) par rapport au budget total de l'UCM. De plus, il a été souligné que certains médicaments homéopathiques à effet placebo sont plus efficaces qu'un médicament non homéopathique beaucoup plus cher.

Madame Edmée Max est d'avis que du point de vue pharmacologique les produits homéopathiques sont à considérer comme des médicaments à part entière.

Selon l'intervenante, l'homéopathie est à considérer comme faisant partie de la médecine. Elle doit être exclusivement pratiquée par des médecins en ce sens que les médecins homéopathes doivent avoir suivi, en plus de leur formation classique, une formation spécifique en homéopathie.

Quant à la proposition du Collège Médical de libéraliser la vente des médicaments homéopathiques, ce qui aboutirait à en autoriser la vente dans les grandes surfaces, Madame Edmée Max exprime son profond désaccord. Elle relève que la vente de produits dits homéopathiques sur Internet crée déjà d'importants problèmes. D'où la nécessité de bien définir l'homéopathie et ses médicaments. Une bonne définition permettrait de poursuivre en justice les producteurs de „faux“ produits homéopathiques.

### **3) *Appréciation critique de l'homéopathie***

La commission a entendu un exposé très critique du professeur Michel Kopp sur la valeur médicale de l'homéopathie.

Après avoir exposé différentes études ayant contribué à changer les pratiques en médecine classique, le professeur Michel Kopp aborde les études sur l'homéopathie. Il a pu trouver quatre essais cliniques répondant à une méthodologie correcte. Ceci implique que les objectifs de l'essai doivent être préétablis, que l'essai doit se baser sur la comparaison par rapport à l'effet placebo, que les traitements doivent se faire en „double-aveugle“ et que les résultats doivent être publiés dans des revues sérieuses avec comités de lecture.

Les deux premiers essais ont porté sur deux remèdes homéopathiques: Oscillocoquinum et Arnica. Les deux autres études ont porté sur des pathologies, à savoir le traitement des céphalées et le traitement des verrues.

#### *– Homéopathie et syndromes grippaux*

L'objectif de l'étude était l'évaluation de la prise de l'Oscillocoquinum en tant que traitement préventif des syndromes grippaux. Il s'agissait d'un essai randomisé en double aveugle contre placebo. Il a porté sur 1.595 sujets venant consulter des médecins homéopathes à la Fondation italienne pour l'homéopathie de Naples, en septembre 1993. Les patients ont reçu par tirage au sort soit Oscillocoquinum, soit un placebo d'apparence identique. L'administration a été effectuée en 4 fois: d'abord une fois par semaine pendant trois semaines, puis une dernière fois un mois après la troisième prise. La réalisation de l'étude avait supposé auparavant la définition du syndrome grippal: le diagnostic de ce syndrome avait été considéré comme acquis en cas d'apparition d'une fièvre supérieure à 37,7 °C, associée à au moins deux des symptômes suivants: frissons, toux, courbatures, rhinites ou mal de gorge pendant au moins deux jours.

Pour assurer le suivi de l'étude, les sujets devaient téléphoner dès l'apparition de la fièvre. En outre, les médecins ont systématiquement téléphoné aux sujets inclus, d'abord pour améliorer l'observance des prises, ensuite pour identifier les syndromes grippaux non spontanément signalés par les sujets. Les diagnostics différentiels (angines, otites etc.) ont été systématiquement éliminés par un médecin.

Après la levée du „double-aveugle“, il est apparu que la répartition des syndromes grippaux était la suivante: 169 cas dans le groupe homéopathie et 186 cas dans le groupe placebo.

La conclusion à tirer de l'étude est donc que cette différence n'est pas significative et que le traitement homéopathique n'a pas eu l'effet préventif attendu.

– *Homéopathie et prévention de la douleur*

Une deuxième étude sur l'homéopathie a trait à la prévention de la douleur avec le médicament homéopathique Arnica. L'étude réalisée en 1997 portait sur 93 patientes devant subir une intervention très douloureuse, à savoir une hystérectomie totale (ablation de l'utérus).

Il s'agissait d'un essai randomisé, en double aveugle contre placebo, des effets d'Arnica 30 CH sur le „rétablissement“ postopératoire. La veille de l'opération et pendant les 5 jours suivants, après tirage au sort, les patientes ont reçu soit le remède homéopathique, soit le placebo.

Sur les 93 patientes, 20 n'ont pas terminé l'essai (9 du groupe Arnica et 11 du groupe placebo). L'analyse a porté sur les 73 patientes opérées ayant effectivement terminé l'essai.

De multiples critères d'évaluation de l'efficacité ont été choisis par les auteurs, sans définir de critère principal.

Les critères d'évaluation pour mesurer l'efficacité du traitement ont été les suivants: la douleur, le mal-être (mesuré à 10 reprises sur des échelles analogiques), la durée de l'intervention chirurgicale, la difficulté opératoire et la perte sanguine estimées par l'opérateur, la nécessité de donner des antibiotiques, la consommation d'antalgiques, l'anxiété préopératoire ainsi que les douleurs résiduelles deux semaines après l'opération.

La conclusion de l'étude était qu'on n'a pas observé de différence d'efficacité entre le groupe Arnica et le groupe placebo, quel que soit le critère observé.

Le professeur Kopp concède que le principe de ces deux études peut être contesté alors qu'elles ne respectaient pas les principes „classiques“ de l'homéopathie. En effet, le même remède était utilisé pour tous les patients et la même dilution était proposée à tous les patients.

Or un principe élémentaire de l'homéopathie est d'utiliser des remèdes individualisés. Voilà pourquoi le professeur Kopp présente deux autres études qui utilisent des traitements homéopathiques „individualisés“ en fonction des sujets.

– *Homéopathie et traitement des céphalées*

La première de ces études portait sur 98 patients d'âge moyen de 48,5 ans, souffrant de céphalées chroniques.

Il s'agissait d'un essai comparatif, randomisé en double aveugle contre placebo sur une période de 12 semaines. La moitié des patients prenait de l'homéopathie individualisée, l'autre moitié des placebos ayant l'apparence de médicaments homéopathiques.

Les traitements ont été individualisés selon l'avis consensuel de 6 médecins homéopathes; au total 25 remèdes homéopathiques différents étaient prescrits. Les critères d'évaluation principaux préétablis concernaient la fréquence, la durée et l'intensité des céphalées notées quotidiennement par les patients. Les critères d'évaluation secondaires avaient trait à la sensation de bien-être (cotée sur une échelle) et à la consommation concomitante de médicaments antalgiques.

Les résultats constatés ont été les suivants:

Après 12 semaines de traitement, il y a eu amélioration d'un quart des patients dans les deux groupes, sans différence statistiquement significative. La conclusion qui s'impose est que les effets des remèdes homéopathiques ne sont pas différents d'un placebo.

– *Homéopathie et traitement des verrues*

La dernière étude citée par le professeur Kopp concerne les effets éventuels de l'homéopathie sur les verrues. L'étude réalisée en Autriche en 1996 portait sur 67 enfants de 6 à 12 ans porteurs de verrues localisées sur le dos des mains. Il s'agissait d'un essai comparatif randomisé en double aveugle contre placebo. Le traitement s'est étendu sur huit semaines par homéopathie ou par placebo.

Les conditions de l'étude étaient les suivantes:

Les traitements homéopathiques individualisés ont été choisis par un médecin homéopathe en fonction des caractéristiques particulières de chaque enfant (10 remèdes différents prescrits).

Après tirage au sort, chaque enfant a reçu soit le remède homéopathique individualisé, soit le placebo d'aspect identique, sous forme de granules.

Les verrues ont été photographiées et leur surface mesurée avant et après traitement. Les enfants ont été considérés comme „répondeurs“ lorsque la surface de leurs verrues avait diminué d'au moins 50%.

60 enfants ont terminé l'essai. 16 ont „répondu“ au traitement, dont 9 sur 30 dans le groupe homéopathie et 7 sur 30 dans le groupe placebo.

Les conclusions des auteurs sont qu'il n'existe pas de différence statistiquement significative entre le groupe homéopathie et le groupe placebo.

Pour conclure, le professeur Michel Kopp a constaté que les essais comparatifs rigoureux publiés n'ont pas permis de retrouver une efficacité préventive ou curative à l'homéopathie, autre qu'un effet placebo.

Le placebo est une réponse utile dans certains cas, mais il faut alors l'utiliser comme tel en sachant ce qu'on fait et ce qu'on peut en attendre (amélioration de 25 à 30% des patients).

Selon le professeur Michel Kopp, il existe toujours chez certains patients une quête ésotérique ou „magique“, notamment dans certaines situations difficiles où la médecine classique ne laisse en général plus d'espoir. Théoriser sans support valide peut être responsable de „perte de chance“, en cas de substitution d'un traitement efficace par un remède homéopathique.

Selon le professeur Michel Kopp, on peut dire que la médecine est une synthèse entre rigueur scientifique et qualités relationnelles (savoir écouter, expliquer, rassurer). En quelque sorte, le médicament le plus prescrit en médecine, et de loin, c'est le médecin lui-même!

\*

A la demande de la commission, le Dr Pascal Neveu a procédé à une appréciation critique des études cliniques présentées par le professeur Michel Kopp. Selon le Dr Pascal Neveu, ces études ne permettent pas les interprétations dégagées par le professeur Kopp, alors qu'à son avis les critères d'évaluation choisis ne tiennent pas compte des caractéristiques spécifiques de l'homéopathie.

\*

L'homéopathie a fait l'objet d'une prise de position plus défavorable encore de la part du professeur Marcel-Francis Kahn.

Si cet expert reconnaît à certaines disciplines non conventionnelles un début de fondement rationnel, il est toutefois catégorique en ce qui concerne les prétentions de l'homéopathie: selon le professeur Marcel-Francis Kahn tout ce qui entoure cette prétendue médecine douce n'est que fumisterie et charlatanisme.

Il fournit de nombreux exemples pratiques qui tous montrent qu'en dernière analyse l'homéopathie se donne une couverture intellectuelle théorique pour justifier sa démarche qui en réalité cependant équivaut à une simple abstention thérapeutique positive. Il estime indispensable d'assurer une meilleure information de la population afin que les patients comprennent que la construction théorique sur laquelle l'homéopathie se base est dénuée de tout fondement scientifique.

Le professeur Marcel-Francis Kahn rappelle que le problème fondamental de l'homéopathie réside dans le fait qu'elle refuse en général de s'inscrire dans le protocole de travaux scientifiquement contrôlés en tirant argument d'un de ses principes de base, à savoir la nécessité de traitements individualisés à administrer aux patients. On peut accepter l'empirisme – même s'il produit des résultats bizarres à première vue – à condition que les constatations empiriques soient rigoureusement démontrées. Or, dans le chef des protagonistes de l'homéopathie, il existe une tendance incontestable de se dispenser d'apporter les preuves requises.

En revanche, il est tout à fait respectable que les défenseurs de l'homéopathie soient intimement convaincus de leurs actes et qu'ils ont donc en quelque sorte la foi de ce qu'ils pratiquent.

Pour illustrer ses propos, le professeur Marcel-Francis Kahn cite le principe de la latéralité dans le traitement homéopathique des lombalgies; principe suivant lequel il convient d'utiliser des médicaments totalement différents suivant qu'il s'agit d'une hernie discale droite ou d'une hernie discale gauche. Force est de constater qu'aucun élément rationnel concret ne saurait justifier en l'état actuel des connaissances scientifiques pareille différenciation.

Le professeur Marcel-Francis Kahn ne dénie pas aux médicaments homéopathiques leur utilité potentielle en tant que placebos. Il s'est même aventuré à recommander aux médecins de ne pas laisser aux homéopathes l'exclusivité de l'usage des médicaments homéopathiques et de les utiliser à bon escient comme placebos inoffensifs certes, mais souvent actifs dans le chef de certains patients particu-



lièrement réceptifs à ce genre de méthode. Le problème est toutefois qu'il faut gérer pareille démarche à l'esprit froid et ne pas dériver implicitement vers une reconnaissance de l'homéopathie.

Le professeur Marcel-Francis Kahn admet que théoriquement des médicaments homéopathiques jusqu'à CH 8, c'est-à-dire possédant des substances actives en dilution infinitésimale certes, mais dans lesquels on retrouve encore des molécules (ce qui n'est plus le cas au-delà de CH 8), peuvent avoir des effets micropharmacologiques. Ces effets existent d'ailleurs également dans le domaine de la pharmacopée classique.

Dans le cadre de réflexions plus générales sur l'origine de l'homéopathie, M. le professeur Marcel-Francis Kahn rappelle qu'à l'époque d'Hahnemann la médecine classique se caractérisait par toute une série d'horreurs thérapeutiques qui tuaient plus les patients qu'elles ne les guérissaient. Dans un tel contexte, le fait d'administrer des médicaments en dilution extrême s'apparentait en fait à l'abstentionnisme thérapeutique et, de toute évidence, constituait ainsi un progrès par rapport aux thérapies „classiques“ de l'époque.

Dans une approche historique, M. le professeur Marcel-Francis Kahn voudrait souligner que beaucoup de grands médicaments n'ont pas eu besoin de rapporter la preuve de leur efficacité selon les méthodes de l'evidence based medicine, tellement spectaculaires étaient d'emblée leurs succès. Il en était ainsi p. ex. pour la pénicilline, pour la cortisone et pour la streptomycine, médicaments par lesquels les patients passaient de la mort assurée à la guérison.

Dans un passé plus récent, il convient de citer les trithérapies utilisées chez les patients séropositifs VIH. Ces thérapies ont été mises en œuvre bien avant qu'elles aient passé les preuves d'efficacité selon les méthodes usuelles, mais elles étaient à l'origine de succès incontestables en réduisant substantiellement la charge virale chez les patients traités. Mais ces thérapies n'ont pas été développées fortuitement, mais se basaient sur des études approfondies concernant les propriétés du virus VIH. La pharmacologie expérimentale permet aujourd'hui de développer de façon très ciblée des médicaments à partir de données scientifiques établies.

Pour conclure, le professeur Francis-Marcel Kahn a souligné qu'il n'entend nullement ériger la médecine classique en la seule possible, mais qu'il exige que l'homéopathie – ou toute autre branche se réclamant des médecines dites complémentaires – rapporte la preuve de son efficacité selon les mêmes méthodes rigoureuses que la médecine classique.

## **B) L'ostéopathie**

Au titre de remarque préliminaire, la Commission de la Santé et de la Sécurité sociale voudrait souligner que ce chapitre a fait l'objet d'une prise de position écrite de l'Association luxembourgeoise des ostéopathes (ci-après: l'ALDO). Certaines des observations de cette association ont été reprises par la commission et intégrées dans la suite du présent chapitre.

L'ostéopathie est une forme de soin médical fondée sur les idées qui remontent à Hippocrate, le fondateur de la médecine. La philosophie de l'ostéopathie se concentre sur l'unité de tous les systèmes du corps humain. En outre, elle reconnaît que ces systèmes sont interdépendants l'un de l'autre. L'ostéopathie a été développée en 1874 par le Dr. Andrew Taylor Still qui a découvert l'importance de traiter la maladie dans le contexte du corps dans son ensemble (approche holistique).

Actuellement, les praticiens de la médecine ostéopathique s'accordent autour de la définition élaborée en 1987 lors de la „Convention Européenne d'Ostéopathie“ qui se tenait à Bruxelles grâce au concours du Professeur Pierre Cornillot, Président de l'Université de Paris-Nord Bobigny:

*„La médecine ostéopathique est une science, un art et une philosophie des soins de santé, étayée par des connaissances scientifiques en évolution.*

*Sa philosophie englobe le concept de l'unité de la structure de l'organisme vivant et de ses fonctions. Sa spécificité consiste à utiliser un mode thérapeutique qui vise à réharmoniser les rapports de mobilité et de fluctuation des structures anatomiques.*

*Son art consiste en l'application de ses concepts à la pratique médicale dans toutes ses branches et spécialités.*

*Sa science comprend notamment les connaissances comportementales, chimiques, physiques et biologiques relatives au rétablissement et à la préservation de la santé, ainsi qu'à la prévention de la maladie et au soulagement du malade.*

*Les concepts ostéopathiques mettent en évidence les principes suivants:*

- *le corps, par un système d'équilibre complexe, tend à l'auto-régulation et à l'auto-guérison face aux processus de la maladie.*
- *le corps humain est une entité dans laquelle la structure et la fonction sont mutuellement et réciproquement interdépendantes.*

*Un traitement rationnel est fondé sur cette philosophie et ses principes. Il favorise le concept Structure/Fonction dans son approche diagnostique et thérapeutique par des moyens manuels.“*

\*

Au sujet du curriculum des ostéopathes pratiquant dans notre pays, l'ALDO a précisé que ces derniers, en s'appuyant sur les connaissances de base acquises au cours des études de kinésithérapie, ont entamé une nouvelle formation professionnelle pour une nouvelle profession: l'ostéopathie. Les critères de reconnaissance au sein de la Fédération Européenne d'Ostéopathie étant très rigoureux, seule une minorité de praticiens exercent leur nouvelle profession à titre exclusif et peuvent recevoir le titre de diplômé en ostéopathie (D.O.). Selon l'ALDO, l'ostéopathie ne serait en aucun cas à considérer comme une spécialisation ni de la médecine allopathique, ni de la kinésithérapie, mais constituerait une spécialisation spécifique nouvelle.

Au sujet des conditions de formation et du statut de l'ostéopathie dans différents pays européens, l'ALDO a fourni les précisions suivantes:

En Grande-Bretagne et en Irlande, les ostéopathes suivent une formation de cinq années d'études universitaires et ils se trouvent dès lors, quant à leur statut au sein du système de santé britannique, pratiquement au même niveau que les médecins dentistes.

Aux Pays-Bas, depuis 1994 par le „Big Wet“, il est permis aux ostéopathes d'exercer leurs professions de manière indépendante.

Depuis une loi-cadre entrée en vigueur en 1999, l'ostéopathie est reconnue en Belgique comme profession non soumise à prescription. Certains organismes mutuels remboursent cinq traitements ostéopathiques par année.

En France et au Portugal, l'ostéopathie a récemment été reconnue comme profession de santé à part entière et de premier rang.

En revanche, en Allemagne, l'ostéopathie fait partie de la médecine, alors que le droit allemand ne reconnaît que le médecin et le „Heilpraktiker“.

\*

La Commission de la Santé et de la Sécurité sociale constate qu'il résulte de cette description du statut de l'ostéopathie en droit comparé que les approches sont actuellement encore fort différentes.

Elle remarque qu'au Luxembourg les revendications des ostéopathes semblent plutôt aller dans le sens d'une reconnaissance comme profession médicale, alors que le ministère de la Santé, en l'état actuel des choses, préconiserait plutôt la création d'une nouvelle profession de santé.

\*

Interrogé sur la valeur de l'ostéopathie, la Direction de la Santé a signalé que cette discipline est principalement offerte dans notre pays par des kinésithérapeutes, que ce soit à titre exclusif ou non. Il s'agit d'une technique de médecine manuelle partant du principe, comme l'acupuncture d'ailleurs, que le traitement d'un problème de santé ne doit pas nécessairement se faire „in loco doloris“. Ainsi, par exemple des contractures dans les régions cervicales peuvent être traitées par un rééquilibrage du bassin.

\*

Le médecin directeur du Contrôle médical s'est montré très sceptique au sujet d'une éventuelle reconnaissance de l'ostéopathie. Selon le médecin directeur, cette discipline n'est pas à confondre avec une branche de la médecine classique, à savoir la médecine manuelle qui regroupe un ensemble de techniques de manipulations des articulations pouvant être exercées par le médecin ou le cas échéant, sur prescription médicale, par un kinésithérapeute spécialisé.

Le médecin directeur du Contrôle médical ajoute que l'ostéopathie par contre est d'origine américaine et a le caractère d'une médecine parallèle qui a la prétention de traiter toutes sortes de pathologies par des techniques manipulatives. En ce sens l'ostéopathie telle qu'elle est propagée par ces adeptes américains a un caractère mystique et nettement irrationnel dans la mesure où elle prétend guérir des maladies organiques par toutes sortes de manipulations à distance.

Selon le médecin directeur du Contrôle médical cette conception de l'ostéopathie n'est pas compatible avec une approche sérieuse de la médecine. Ainsi, il est carrément dangereux et inadmissible de donner à un patient l'illusion qu'une tumeur est guérissable par des manipulations. Reconnaître cette discipline équivaldrait à donner à des personnes n'ayant pas la qualification de médecin accès à la prestation d'actes médicaux.

\*

Confrontés à l'option envisagée par le Ministère de la Santé de créer une nouvelle profession de santé, à savoir l'ostéopathe, les représentants du Collège médical estiment que cette approche est sans intérêt et dénuée de tout fondement. En effet, déjà actuellement des actes ostéopathiques sont prestés dans notre pays par des médecins ayant suivi un enseignement scientifique de la médecine manuelle respectivement de l'ostéopathie. Il s'agit principalement des médecins spécialisés en rhumatologie ou en ostéochirurgie et de médecins généralistes qui sont capables de répondre à la condition préalable indispensable, à savoir l'établissement d'un diagnostic. Il suffit donc de se limiter au seul concept de la médecine manuelle et d'en maintenir les techniques, pour autant qu'elles soient scientifiquement établies, entre les mains des médecins spécialisés dans les disciplines susindiquées. Selon le Collège médical le besoin de la création d'une nouvelle profession de santé n'est donc pas donné. Finalement, en ce qui concerne les kinésithérapeutes, le Collège médical est d'avis qu'ils ne peuvent être autorisés à pratiquer l'ostéopathie que sur prescription d'un médecin responsable du diagnostic.

\*

Face aux appréciations très critiques ci-dessus explicitées, l'ALDO a fourni certaines précisions tendant à démontrer le bien-fondé médical de la discipline de l'ostéopathie. Au plan technique, l'ALDO précise que l'ostéopathie ne se limite pas à l'application de techniques manipulatives en général, et encore moins à des techniques de haute vitesse, basse amplitude (craquements) en particulier. Selon l'ALDO, il serait erroné de réduire l'ostéopathie à cette seule technique manipulative. Ces techniques de „craquements articulaires“ ne sont qu'un outil parmi d'autres, dont dispose le thérapeute et pas seulement l'ostéopathe, dans l'exercice de son art. Cette technique répond à certaines indications, mais est souvent absente d'un grand nombre de consultations.

En ce qui concerne la critique de l'ostéopathie américaine, l'ALDO donne à considérer qu'il n'est pas correct de réduire une profession à la pratique de certains de ses exécutants. En effet, des dérives mystico-irrationnelles peuvent se retrouver dans un bon nombre de professions.

L'ALDO souligne qu'aussi longtemps qu'un thérapeute se limite à l'application de techniques manipulatives dites „ostéopathiques“ comme actes isolés, ce dernier ne peut se dénommer ostéopathe. L'ostéopathe ne prétend en aucune manière se substituer aux rhumatologues, aux chirurgiens, orthopédistes, etc. Par contre, le bilan ostéopathique déterminant l'indication et la contre-indication au traitement ne peut que se faire par l'ostéopathe lui-même.

Des études cliniques pragmatiques évitant la difficulté de l'examen en double aveugle inapplicable à l'ostéopathie comme à la chirurgie semblent mieux adaptées à l'évaluation objective de l'efficacité de l'ostéopathie pour autant qu'elles soient doublées d'études fondamentales ayant pour but de valider les modes d'action.

Selon l'ALDO certaines réflexions de la Commission parlementaire rejoindraient son propre souci que l'ostéopathie doit être exercée par les seuls diplômés en ostéopathie. L'ALDO évoque encore certaines études qui montreraient l'extrême rareté des accidents liés aux manipulations vertébrales. Ces études montreraient qu'à motif de consultation identique, la morbidité des manipulations serait très largement inférieure à celle des médicaments anti-inflammatoires. L'ALDO ajoute encore que la pathologie organique ne relève pas de l'ostéopathie et que le rôle de l'ostéopathe est à cet égard celui de tout thérapeute responsable, c'est-à-dire celui d'envoyer le patient chez le thérapeute le plus adéquat.

\*

La Commission de la Santé et de la Sécurité sociale a relevé qu'il est nécessaire de ne pas négliger le contexte européen dans lequel cette discipline bénéficie à l'heure actuelle déjà d'une reconnaissance pour le moins partielle. Il a encore été relevé que les prestations d'une discipline qui serait nouvellement reconnue devraient devenir éligibles au remboursement par la Sécurité sociale, faute de quoi cette reconnaissance resterait lettre morte. A noter que l'ALDO ne réclame pas pour l'instant le remboursement des prestations d'ostéopathie par la Sécurité sociale, ceci aussi longtemps qu'il n'y a pas de législation européenne harmonisée concernant le statut de l'ostéopathe.

### **C) L'acupuncture**

L'acupuncture est une médecine chinoise utilisée depuis plus de 5000 ans dans les pays orientaux et à travers le monde. C'est une science à la fois naturelle et empirique. Elle est pratiquée conjointement à la médecine occidentale dans les hôpitaux et les cliniques privées de la Chine. L'acupuncture est maintenant pratiquée en Amérique du Nord, en Océanie ainsi qu'en Europe depuis plus de quarante ans.

L'acupuncture, comparativement à la médecine traditionnelle, considère le corps dans son ensemble. C'est-à-dire, que non seulement les symptômes de la maladie sont étudiés, mais aussi tout le reste du corps. Une bonne évaluation peut prendre jusqu'à une heure trente et inclut un questionnement détaillé de chaque aspect de la santé, une observation de la langue et du corps, la prise des différents pouls et la palpation de certains points stratégiques du corps, situés sur les méridiens. De cette façon, il est possible de déterminer la cause initiale du problème pour ainsi le traiter à la source et éviter qu'il ne se reproduise.

Interrogé sur son opinion concernant l'acupuncture, le professeur Michel Kopp a cité une étude qui semble prouver que cette forme de médecine aurait un effet supérieur au simple effet placebo. L'étude a mis en comparaison quatre groupes de patients souffrant de douleurs rhumatologiques. Un premier groupe a été traité par les médicaments homéopathiques, un deuxième par placebo, le troisième a été traité par des anti-inflammatoires classiques, le quatrième par acupuncture. L'étude a donné des résultats pratiquement identiques pour les groupes traités par homéopathie et par placebo, alors que les résultats ont été meilleurs pour les deux groupes respectivement traités par anti-inflammatoires ou par acupuncture.

A l'occasion de son audition par la commission, Mme la Directrice de la Santé a noté que jusqu'à présent toutes les analyses sur grande échelle n'ont pas suffi pour établir l'efficacité de l'acupuncture au plan scientifique. En Allemagne, la „Kassenärztliche Bundesvereinigung“ a récemment lancé une nouvelle étude dont les résultats ne seront connus qu'après trois années d'expérience. Cette étude se base sur des critères scientifiques très rigoureux. Ainsi les patients doivent-ils avoir suivi un traitement traditionnel d'une durée d'au moins six mois et le diagnostic doit avoir été préalablement établi. Les indications prises en compte dans cette étude pour un traitement à l'acupuncture sont les suivantes: maux de tête chroniques, douleurs dorsales, ostéoarthrite, douleurs lombaires. Si à l'issue des trois années d'études, les conclusions s'avéraient négatives, la question de l'acupuncture serait définitivement réglée en Allemagne en ce sens qu'elle n'entrerait plus en ligne de compte pour une prise en charge par la Sécurité sociale. L'étude précitée a précisément été entamée pour clarifier la situation difficile actuelle caractérisée par le fait qu'en Allemagne certaines caisses de maladie, en position de concurrence réciproque, se sont engagées en dehors de toute base légale dans la voie du remboursement de prestations d'acupuncture. Estimant ainsi se procurer un avantage de concurrence, les caisses de maladie en question ont déboursé en 2001 pas moins de 600 mio DM pour des prestations d'acupuncture.

### **D) La chiropractie**

Dans sa réunion du 5 mars 2003, la commission a entendu M. Louis Stephany, Doctor of chiropractic. Il s'est dégagé des explications de l'expert que la chiropractie est une profession qui a pour objet le recouvrement et le maintien de la santé humaine ainsi que le diagnostic, le traitement et la prévention de ses déficiences en concentrant son intervention sur l'intégrité du système nerveux, en relation avec tous les autres systèmes du corps humain, sains ou malades, en portant une attention particulière à la colonne vertébrale.

En tant que professionnel de santé, le chiropraticien considère l'être humain dans sa globalité et tient compte de ses pouvoirs naturels de récupération. Il ne recourt ni aux médicaments ni à la chirurgie.

En ce qui concerne le volet très important de la formation et du cycle d'études autorisant à exercer la chiropractie, l'expert explique qu'il est strictement illusoire de faire croire que l'on puisse apprendre la chiropractie sous forme de stages comme le font certains kinésithérapeutes, de séminaires ou par correspondance. Dans ce contexte il se prononce fermement contre toute forme de charlatanisme.

Les chiropraticiens en droit de porter ce titre sont titulaires d'un diplôme de Doctor of chiropractic (D. C.) obtenu dans des écoles accréditées par le Chiropractic Council on Education (CCE) et European Chiropractic Council on Education pour l'Europe (ECEE).

Le diplôme de Doctor of chiropractic est délivré aux étudiants ayant suivi un cursus de formation universitaire de 6 années à temps plein après le baccalauréat (7 ou 8 ans d'études aux Etats-Unis). La plupart des écoles se trouvent aux Etats-Unis et en Grande-Bretagne.

Le dossier constitué par M. Louis Stephany comporte une documentation très exhaustive sur la formation académique en chiropractie en Grande-Bretagne et la législation y relative (chiropracticors Act 1994).

Il conclut qu'aujourd'hui le docteur en chiropractie a un bagage académique quasi analogue à celui de médecin (à part la pharmacologie et la petite chirurgie), et ce également en heures de formation ce qui lui permet de poser un diagnostic et d'exercer sa profession dans les limites de sa discipline d'une façon tout à fait indépendante.

M. Louis Stephany souligne le fait que l'exercice compétent de la chiropractie présuppose une formation de haut niveau. Cette exigence de formation constitue un critère de sélection qui a produit un nombre plus restreint de chiropraticiens et a laissé une lacune ouverte à la prolifération de manipulateurs plus ou moins formés et qui, n'ayant donc pas fait d'études chiropratiques, s'appellent généralement des ostéopathes et ce à l'encontre des „Medical doctor“ ostéopathes américains ou de ceux qui ont accompli leurs études à temps plein par exemple à l'Ecole d'Ostéopathie de Londres.

Certes, si les ostéopathes sont plus présents dans les médias, cette présence s'explique sans doute par leur nombre que de par leur bagage académique.

Légiférer en cette matière semble nécessaire pour, d'une part, protéger la santé du patient et, d'autre part, pour la protection légale du titre professionnel du chiropraticien. La qualité de la formation ainsi que le nombre d'heures de cours devraient constituer un critère de sélection.

Au cours de son exposé, l'expert M. Louis Stephany expose un certain nombre de témoignages de personnes traitées avec succès par la chiropractie. A ce sujet, il est renvoyé au dossier remis aux membres de la commission.

En ce qui concerne le risque d'accidents à l'occasion de manipulations chiropratiques, l'expert souligne que de tels accidents sont très rares, étant entendu que le chiropraticien doit en tout état de cause être couvert par une assurance professionnelle.

Il reste que la prudence doit être de mise lors des manipulations et que le chiropraticien doit asseoir son traitement sur des examens préalables approfondis parmi lesquels il convient de citer en premier lieu l'interprétation correcte des radiographies. Aussi le chiropraticien doit-il respecter des hypothèses où le traitement chiropratique est strictement contre-indiqué, notamment dans l'hypothèse d'un cancer.

En ce qui concerne la délimitation des compétences respectives du chiropraticien, du kinésithérapeute spécialisé, de l'ostéopathe et du spécialiste en thérapie manuelle, M. Louis Stephany souligne que la différenciation réside principalement dans le degré de formation académique. Seul le chiropraticien et, à un degré moindre, les ostéopathes américains disposent d'une formation académique approfondie.

Il est dès lors dans l'intérêt primordial du patient que ces différents titres et professions soient légalement définis et protégés.

M. Louis Stephany précise que la chiropractie est reconnue en Belgique et que les consultations chez un chiropraticien, même s'il est consulté directement par le patient sans prescription médicale, sont remboursées par la Sécurité sociale à raison de 10 euros par séance. Il n'existe toutefois pas encore de nomenclature des actes chiropratiques.

En guise de conclusion, M. Louis Stephany estime que dans le but d'asseoir la chiropractie sur des bases solides au Luxembourg, on pourrait dans un premier temps envisager un travail de recherche en science clinique concernant l'efficacité de la chiropractie ou examiner le rapport coût-efficacité dans un encadrement scientifique en étroite collaboration avec le personnel d'un hôpital.

\*



Au cours de ses travaux, la commission a recueilli une prise de position catégoriquement opposée à la chiropractie, à savoir celle du Collège médical. Ce dernier considère qu'il s'agit d'une technique sans aucun fondement scientifique qui n'a jamais rapporté une quelconque preuve d'efficacité et qui, par voie de conséquence, est à considérer comme pratique illégale, dangereuse et nuisible.

Le Collège médical relève que la médecine dite classique ne devrait pas, pour ce qui est de certaines techniques et thérapies non conventionnelles ayant rapporté la preuve d'une certaine utilité, abandonner le terrain à ceux qui les offrent dans une certaine zone grise et en l'absence de contrôle.

Il serait souhaitable que les patients soient informés du fait que ces actes, méthodes ou techniques, notamment dans le domaine de la médecine manuelle, font de toute façon partie de l'éventail thérapeutique de la médecine classique.

Il faut saluer le fait que de nos jours, la médecine classique n'occupe plus une position aussi tranchée que dans le passé où elle avait tendance à rejeter en bloc tout ce qui ne rentrait pas directement dans la médecine conventionnelle.

### **E) La prise en charge psychologique du patient**

La commission n'a pas voulu négliger les aspects psychologiques de la prise en charge du patient. Ainsi dans une réunion du 14 mai 2003, elle a recueilli l'avis de M. Lucien Nicolay, président de la Société luxembourgeoise de psychologie adlérienne. A noter que le nom de cette société se réfère au psychologue et médecin autrichien Alfred Adler (1870-1937) qui était un élève de Sigmund Freud.

La psychothérapie s'analyse comme étant une discipline académique basée sur une approche empirique qui réunit toutes les méthodes de traitement des troubles psychiques ou psychosomatiques faisant usage de moyens psychologiques.

La psychothérapie se base donc essentiellement sur la relation entre le thérapeute et le malade. Par le biais d'interventions planifiées et structurées, le psychothérapeute vise à modifier le comportement, l'humeur et les modes de réaction du patient. Par définition, la psychothérapie n'englobe pas l'utilisation de substances biochimiques ou de moyens biologiques.

Au cours de son exposé, l'expert met en relief certains points communs dans les approches méthodologiques respectives de la psychothérapie, d'une part, et des médecines complémentaires, d'autre part. L'analogie des deux approches se vérifie notamment dans la conception systémique de la santé humaine et dans l'importance accordée à la prévention.

L'expert insiste encore sur la nécessité d'une prise de conscience des acteurs responsables du système de santé luxembourgeois en ce qui concerne la reconnaissance des interventions psychothérapeutiques à caractère préventif, curatif et réhabilitatif comme prestations de soins de santé à part entière, justifiant amplement la prise en charge par la sécurité sociale. Il cite à cet égard de nombreux cas d'espèce dans lesquels une intervention psychothérapeutique, au moment opportun, aurait pu avoir un effet décisif pour la guérison rapide du patient et lui épargner de longues années de traitements médicaux coûteux, mais sans résultat tangible. En revanche, de nombreuses observations ont été faites démontrant un rapport coût-efficacité très favorable des traitements psychothérapeutiques en association ou en remplacement de traitements pharmacothérapeutiques pour soigner des troubles dus au stress ou à l'angoisse.

L'expert a encore traité les troubles psychosomatiques, caractérisés par des symptômes physiques qui affectent un organe ou un système physiologique et dont les causes sont principalement émotionnelles. Ces maladies étaient restées longtemps le domaine réservé des médecines complémentaires et illustrent donc encore l'existence d'importants champs d'intersection entre les médecines complémentaires et la psychothérapie.

Selon l'expert, la situation de la psychothérapie dans le système général de santé de notre pays est globalement insatisfaisante. Elle se caractérise par le fait que les actes psychothérapeutiques ne sont considérés comme faisant partie de l'art de guérir et ne sont par conséquent pris en charge par la sécurité sociale que s'ils sont exercés par un médecin, c'est-à-dire principalement sinon exclusivement par des médecins-psychiatres ou le cas échéant, par des médecins-généralistes.

Ainsi le médecin-psychiatre peut-il opposer à l'Union des caisses de maladie des actes psychothérapeutiques, même s'il les pratique sans avoir bénéficié d'une formation spécifique dans cette discipline. Or, en règle générale, la voie de formation menant à l'exercice de la profession médicale de psychiatre comporte une spécialisation dans le diagnostic et dans les traitements pharmacologiques des maladies

mentales, mais non pas dans le traitement psychothérapeutique individuel de ces mêmes maladies. En général, le médecin-psychiatre a bénéficié au cours de ses études de cours approfondis en psychanalyse, discipline qu'il peut exercer, mais qui ne l'habilite aucunement à assumer une prise en charge psychologique individuelle et différenciée des patients telle qu'elle est pratiquée en psychothérapie. On peut dire que ni le médecin-psychiatre, ni le psychologue ne sont, de par leur voie de formation de base, capables de pratiquer une prise en charge psychothérapeutique s'ils n'ont pas effectué une formation complémentaire dans ce domaine.

L'expert ajoute que dans la plupart des pays, exception faite de la France, le psychiatre respectivement le psychologue n'ont le droit d'exercer la psychothérapie que s'ils peuvent se prévaloir d'une large formation complémentaire certifiée dans ce domaine. Au Luxembourg, pour sortir la psychothérapie de la zone grise indéfinie dans laquelle elle se situe à l'heure actuelle, il est indispensable de la reconnaître comme profession médicale académique indépendante. En d'autres termes, le patient doit pouvoir s'adresser directement au psychothérapeute sans devoir passer par l'intermédiaire d'un psychiatre. Cette émancipation de la psychothérapie ne ferait toutefois nullement obstacle à une collaboration utile et nécessaire entre le psychiatre et le psychothérapeute. Toutefois cette collaboration doit s'articuler sur un même niveau de prise en charge médicale du patient. Les psychothérapeutes ne sauraient admettre de se retrouver sous un statut de dépendance et de subordination par rapport au psychiatre. Schématiquement la collaboration pourrait se présenter en sorte que le psychiatre est habilité à poser le diagnostic alors qu'il revient au psychothérapeute de s'occuper des traitements autres que pharmacologiques.

L'expert précise qu'au sein des organes de gestion de l'Union des caisses de maladie, des partenaires sociaux ont exprimé le souhait de prévoir une prise en charge des actes curatifs exercés par les psychothérapeutes. Ils se sont exprimés pour la faculté du patient de s'adresser directement au psychothérapeute. La collaboration entre le psychiatre et le psychothérapeute s'impose de toute évidence; mais elle ne saurait justifier une procédure de délégation analogue à celle existant pour d'autres professions de santé.

En ce qui concerne le statut de la profession de psychologue, la Commission de la Santé et de la Sécurité sociale souligne que de toute façon selon la législation en vigueur le psychologue n'est actuellement pas assimilé à un professionnel de santé. Elle considère que l'intérêt de cette discipline réside principalement dans le fait qu'une prise en charge psychothérapeutique du patient au moment opportun peut constituer un facteur déterminant dans le processus de guérison. Une partie de la commission estime que dans bien des cas cette prise en charge pourrait éviter de longs traitements médicaux, souvent pénibles et entamant la qualité de vie du patient et coûteux pour la Sécurité sociale.

La commission estime que le diagnostic d'une maladie psychique justifiant une psychothérapie doit être posé en règle générale par un médecin qualifié, à savoir un psychiatre, qui seul doit être habilité à déléguer la prise en charge à un psychothérapeute non médecin. Par ailleurs, le remboursement des prestations psychothérapeutiques doit rester soumis à la prescription médicale et à l'autorisation préalable du contrôle médical de la Sécurité sociale, vu la durée prolongée du traitement.

La commission note encore que les représentants du Collège médical ont concédé que certains succès de techniques complémentaires se voient particulièrement chez les patients présentant des syndromes fonctionnels, c'est-à-dire sans substrat organique (absence de lésions des organes). Or, le temps requis pour traiter précisément ce genre de patients fait souvent défaut en médecine classique et est rémunéré de façon insuffisante dans la tarification officielle.

Il faut regretter que la psychothérapie soit souvent négligée, alors que parfois il suffirait de convaincre le patient au cours d'entretiens prolongés et approfondis qu'il ne souffre pas d'un véritable problème de santé et de trouver les raisons profondes à l'origine de ses troubles fonctionnels. Or, la prestation consistant dans le fait de consacrer à ces patients plus de temps n'est pas honorée à sa juste valeur par les tarifs de l'UCM. Il peut donc arriver qu'en médecine classique ces patients ne bénéficient pas de l'attention qu'ils requièrent et que de ce fait, ils se trouvent en quelque sorte drainés vers les médecines complémentaires avec toutes les dérives charlatanesques que celles-ci comportent.

\*

## V) REGLEMENTATION DE CERTAINES FORMES DE MEDECINE COMPLEMENTAIRE

Après avoir décrit et analysé différentes formes de médecines complémentaires et après avoir développé les réflexions et argumentations qu'elles inspirent, la Commission doit soulever la question de savoir si des modifications légales ou réglementaires sont nécessaires dans notre pays pour aménager à ces formes de soins une place définie dans notre système global de santé.

Au sujet de cette question, la Commission de la Santé et de la Sécurité sociale a recueilli une prise de position carrément négative, à savoir celle du médecin directeur du Contrôle Médical qui, en conclusion de son exposé très critique, a considéré qu'à son avis il n'existe pas de besoin d'intervenir par voie législative ou réglementaire dans le dossier des médecines complémentaires ou non conventionnelles. A son avis les prestations de l'homéopathie et de l'acupuncture ne posent pas problème dès lors qu'elles sont assurées par des médecins. Ces disciplines pourraient donc être contrôlées pour autant qu'est concernée l'autorisation d'exercer. Par contre, le remboursement éventuel des prestations afférentes par la Sécurité sociale soulève d'autres questions relevant surtout du financement de la Sécurité sociale et du respect du principe de l'utile et du nécessaire.

Avant d'apporter ses propres réponses, la Commission de la Santé et de la Sécurité sociale voudrait d'abord dresser le cadre légal et réglementaire existant, analyser l'application de ce cadre aux quatre formes de médecine précitées et déterminer ensuite les lignes de conduite devant être prises en compte pour une réglementation ultérieure.

### A) Le cadre légal et réglementaire

Dans sa réunion du 16 janvier 2003, la commission a entendu le président de l'Union des caisses de maladie (UCM) M. Robert Kieffer qui a présenté principalement le cadre légal et institutionnel dans lequel la problématique de la médecine complémentaire ou non conventionnelle s'inscrit dans l'optique de l'UCM. Il a précisé que pour les aspects médicaux proprement dits la compétence appartient à l'Administration du contrôle médical.

Au titre de remarque préliminaire, il y a lieu de retenir que le Code des assurances sociales (CAS) ne fournit pas de définition de la notion de maladie. Ainsi, le critère déterminant concernant cette notion se réduit au fait que le médecin certifie l'état de maladie d'une personne déterminée. L'UCM ne dispose pas d'autres informations sur la maladie d'une personne.

La question de la prise en charge éventuelle de prestations de la médecine complémentaire ou non conventionnelle doit être examinée à la lumière des textes légaux suivants:

– En premier lieu il y a lieu de se référer à l'article 17 du CAS qui prévoit que sont pris en charge en nombre suffisant et dans une mesure appropriée notamment les traitements dispensés par les professionnels de santé. Le critère de la prise en charge d'un acte réside donc dans le fait que la personne qui le pratique doit être reconnue comme professionnel de santé. Au titre de contre-exemple, on peut citer la profession de psychologue dont les actes ne sont pas pris en charge par l'assurance maladie. La raison en est qu'au Luxembourg le psychologue, contrairement à ce qui se pratique par exemple en Allemagne, n'est pas reconnu comme professionnel de santé.

En résumé, on peut donc dire que l'UCM ne prend exclusivement à charge que les actes dont le prestataire est reconnu comme professionnel de santé.

– Il convient de citer ensuite l'alinéa 2 de l'article 19 du CAS qui est libellé comme suit:

*„Ne sont pris en charge par l'assurance maladie que les actes, services et fournitures inscrits dans la nomenclature ou les listes prévues par les lois, règlements, conventions et statuts, et dispensés par des personnes ou des institutions admises à exercer leur art, leur profession ou leur industrie sur le territoire du Grand-Duché de Luxembourg.“*

Ce texte comporte donc également une référence à la notion de professionnel de santé. La décision d'admettre un acte, un service ou une fourniture dans la nomenclature est prise par la commission de nomenclature. Le droit de saisir cette commission en vue de l'admission d'un acte appartient aux quatre instances suivantes: l'AMMD, l'UCM, le Contrôle médical et le Ministre de la Santé. Cette commission analyse l'acte et procède à son évaluation dans le cadre de la hiérarchie générale des actes. La commis-



sion fait une recommandation au Ministre de la Santé qui s'entoure de l'avis du Contrôle Médical ainsi que du Conseil supérieur des professions de santé. La décision finale appartient au pouvoir exécutif et est prise par le biais d'un règlement grand-ducal. A noter que la commission de nomenclature procède toujours dans une démarche consensuelle en ce sens que ses propositions soumises au Ministre de la Santé sont formulées de façon unanime.

Force est de constater que certains actes figurant dans cette nomenclature sont déterminés de façon très précise, alors que d'autres ont une portée générale et très vaste. L'exemple le plus frappant à cet égard est la consultation. Dans le cadre de cet acte général par excellence que constitue la consultation, théoriquement toute prestation de médecine complémentaire ou non conventionnelle peut donner lieu à la prise en charge par la sécurité sociale, à condition d'être dispensée par un médecin. C'est dans cette optique également que doivent être appréciées les discussions récentes sur l'insuffisance du tarif de la consultation, insuffisance qui se concrétiserait en ce sens que le tarif ne prend pas suffisamment en considération le temps effectivement consacré par le médecin au patient. Pour y remédier, on pourrait envisager une solution telle qu'elle existe en Suisse, à savoir la mise en place de tarifs variables en fonction de la durée effective de la consultation. Le président de l'UCM considère toutefois qu'une telle option devrait être assortie d'un mécanisme permettant de contrecarrer d'éventuels abus. Ainsi, afin d'amener le patient à exercer lui-même un certain contrôle, il faudrait envisager l'augmentation graduée de la participation de l'assuré parallèlement à l'augmentation du tarif en fonction de la durée de la consultation.

Dans ce contexte la question de savoir si notre pays se trouve oui ou non dans une situation de pénurie des médecins a également son importance. Le président de l'UCM, contrairement à l'AMMD, est d'avis que la situation actuelle, notamment en médecine générale, ne peut pas être qualifiée de pénurie. Les données statistiques montrent en effet que le nombre de médecins a proportionnellement augmenté plus fortement que la population.

Dans une situation de légère pénurie, la tendance à la surconsommation médicale n'est guère donnée. Dans cette hypothèse, le risque de dérapages, notamment dans le cas de la mise en place d'une consultation au tarif gradué en fonction de la durée, serait minime.

Par contre, en situation de pléthore caractérisée par une augmentation substantielle de l'offre des soins, la consommation médicale a inévitablement tendance à augmenter également. Dans ce cas de figure, toute la difficulté réside dans la nécessité de déterminer dans quelle mesure le surplus de consommation médicale correspond à des éléments objectifs quantifiables (p. ex. à une augmentation de certaines pathologies entraînant une augmentation des traitements correspondants). Ainsi, dans le passé récent, l'UCM a pu déceler certaines variations, anormales certes, mais dues à des facteurs objectifs (p. ex. augmentation des cas de diabète, augmentation des traitements en chimiothérapie).

D'autres variations par contre peuvent soulever un certain doute au sujet de leur justification objective. Il en est ainsi par exemple en ce qui concerne l'augmentation des visites à l'hôpital, l'augmentation du nombre des rapports ainsi que la répétition de consultations.

Le président de l'UCM concède que ces évolutions doivent être analysées en considération du souci légitime des médecins de maintenir leurs revenus. Il reste toutefois que l'UCM a comme devoir de mettre en évidence toute variation non objectivement justifiable afin d'éviter ainsi des dérapages.

– Un troisième texte à prendre en considération dans l'analyse de la position de l'UCM dans la problématique de la médecine complémentaire ou non conventionnelle, est l'alinéa 2 nouveau de l'article 22 CAS introduit par la loi du 31 mai 2002 portant introduction d'une liste positive des médicaments pris en charge par l'assurance maladie. Ce texte a la teneur suivante:

*„Les décisions d'inscrire ou non un médicament sur la liste ou d'en exclure une catégorie ou un produit déterminé doivent être basées sur les critères découlant des articles 17, paragraphe 1er et 23, paragraphe 1er. Ces critères peuvent être précisés par règlement grand-ducal.“*

Ce texte se réfère donc expressément aux critères prévus à l'article 23 du CAS dont le paragraphe premier a la teneur suivante:

*„Les prestations à charge de l'assurance maladie accordées à la suite des prescriptions et ordonnances médicales doivent correspondre au mieux à l'état de santé des assurés. Elles ne peuvent dépasser l'utile et le nécessaire et doivent être faites dans la plus stricte économie compatible avec l'efficacité du traitement et être conformes aux données acquises par la science et à la déontologie médicale.“*

En établissant le lien avec l'article 23 du CAS, le nouveau texte de l'article 22 du CAS introduit donc le principe que, pour être éligible au remboursement par la sécurité sociale, un médicament doit répondre aux données acquises par la science et à la déontologie médicale. Les médicaments remboursables doivent donc avoir fourni la preuve de leur efficacité thérapeutique.

### **B) Application du dispositif légal au cas particulier de l'homéopathie**

C'est précisément ce nouveau texte qui a amené l'assemblée générale de l'UCM à décider le déremboursement des médicaments homéopathiques, étant donné que ces derniers n'ont toujours pas apporté la preuve scientifique d'un effet au-delà du simple effet placebo.

Auparavant, sous l'empire des textes antérieurs à la loi précitée qui n'établissaient pas le lien avec l'article 23 du CAS, l'UCM avait remboursé un certain nombre de médicaments homéopathiques. Il s'agissait essentiellement des médicaments homéopathiques unitaires, c'est-à-dire des médicaments comportant une seule substance active.

A présent, l'UCM se voit légalement obligée de prendre en charge ou d'exclure les médicaments par catégories entières. Les critères de l'article 23 ne permettent plus d'opérer une différenciation à l'intérieur d'une même catégorie, si celle-ci globalement ne remplit pas les critères en question. La distinction opérée auparavant entre médicaments homéopathiques unitaires et médicaments homéopathiques-cocktail n'est donc plus possible. Sur base de l'avis négatif du contrôle médical, l'UCM a donc dû décider d'exclure les médicaments homéopathiques du remboursement.

En d'autres termes pour des raisons légales incontournables, l'exclusion des médicaments homéopathiques du remboursement s'imposait. Cette décision n'est donc pas inspirée par des considérations financières, alors que de toute façon l'impact budgétaire de la prise en charge des médicaments homéopathiques telle qu'elle s'appliquait auparavant était des plus réduits. Une majorité de la commission considère à présent qu'il est opportun de réintroduire le remboursement de certains médicaments homéopathiques. Une minorité de la commission se prononce pour l'application rigoureuse des critères des articles 22 et 23 du CAS et considère qu'il n'y a pas lieu de rembourser des médicaments n'ayant pas rapporté la preuve de leur efficacité thérapeutique, tels les véinotropes et les stimulants cérébraux.

La Commission de la Santé et de la Sécurité sociale se déclare majoritairement favorable au rétablissement de la situation légale telle qu'elle existait avant la loi du 31 mai 2002 portant introduction d'une liste positive des médicaments pris en charge par l'assurance maladie. Il s'agira donc d'introduire à l'article 22 du Code des assurances sociales une ouverture des critères permettant à l'Union des caisses de maladie d'opérer à nouveau le remboursement de certaines catégories de médicaments homéopathiques tel qu'il existait avant la loi précitée. La commission note que la Chambre se trouve saisie d'une proposition de loi 5173 de M. Mars di Bartolomeo allant dans ce sens et que le Gouvernement a également déposé le projet de loi 5260 modifiant l'article 22 du Code des assurances sociales.

En ce qui concerne d'une façon plus générale la question de savoir si une prise en charge des prestations de la médecine complémentaire et non conventionnelle est susceptible d'entraîner des coûts supplémentaires significatifs, le président de l'UCM considère qu'il est difficile de se prononcer sur ce point. En effet, si l'effet de substitution jouait pleinement en ce sens que des prestations de la médecine complémentaire remplaceraient des prestations de la médecine classique (p. ex. chiropractie au lieu de la kinésithérapie), il n'y aurait guère de renchérissement.

Notons dans ce contexte – comme l'a révélé le professeur Kopp – qu'en France la médecine homéopathique est remboursée par la Sécurité sociale, à condition qu'elle soit pratiquée par des médecins. La prise en charge englobe également les médicaments homéopathiques prescrits par des médecins. A noter que le taux de remboursement est actuellement encore fixé à 65%. Toutefois, il est prévu de diminuer ce taux à 35% au courant de l'année 2004. Tout comme l'homéopathie, d'autres formes de médecine complémentaire telles que l'acupuncture et la mésothérapie sont également remboursées en France dans la mesure où elles font partie de la consultation médicale. Ces prestations ne sont donc pas remboursées en tant qu'actes spécifiques supplémentaires, mais uniquement dans le cadre du tarif normal de la consultation médicale.

### **C) Les critères principaux d'une prise en charge éventuelle: la preuve scientifique et la qualification des acteurs**

En ce qui concerne la question de remboursement ou non de prestations de certaines formes de médecine complémentaire par la Sécurité sociale, la Direction de la Santé considère que, pour être éligible à

ce titre, les pratiques en question doivent répondre impérativement aux critères de l'utile et du nécessaire. Il n'est pas possible à l'heure actuelle de chiffrer le coût d'une prise en charge par la Sécurité sociale, celui-ci dépendant de toute façon de l'envergure des prestations prises en compte. Toutefois, si par exemple, à ce stade on optait pour un remboursement systématique des prestations de l'acupuncture, il faudrait s'interroger sur la position à prendre dans l'hypothèse où les grandes évaluations internationales actuellement en cours montreraient que l'acupuncture n'a pas d'effet significatif par rapport au placebo. Il serait en effet difficile de justifier le remboursement de prestations de la médecine complémentaire n'ayant pas apporté la preuve de leur efficacité, alors que parallèlement des médicaments ou prestations relevant de la médecine conventionnelle ne sont pas remboursés ou se trouvent déremboursés, s'ils n'apportent pas la preuve de leur utilité et de leur nécessité.

Le Contrôle médical rejoint la position de la Direction de la Santé et rappelle que pour être éligibles au remboursement, les prestations et surtout les médicaments de la médecine dite classique doivent rapporter la preuve de leur efficacité médicale, ceci en vertu d'une méthodologie scientifique universellement reconnue. Or, force est de constater que par rapport à ces critères scientifiques classiques, les médicaments homéopathiques restent toujours en défaut de rapporter la preuve de leur efficacité. Jusqu'à présent, ils n'ont généralement pas rapporté la preuve d'un effet allant au-delà du simple effet placebo. Selon le contrôle médical, cette constatation vaut d'ailleurs aussi pour les prestations relevant de la psychothérapie.

La qualification des acteurs constitue un autre point important dans la perspective d'une éventuelle réglementation de certaines formes de médecines complémentaires. A cet égard, le médecin directeur du contrôle médical a souligné qu'un principe inébranlable devrait consister dans la règle que la médecine ne doit en tout état de cause être pratiquée exclusivement que par des médecins. Si des atteintes à cette règle étaient admises, le système de santé dans son ensemble deviendrait non contrôlable et des dérives de plus en plus nombreuses ne pourraient plus être évitées.

Le Collège médical à son tour a concédé que toutes les techniques alternatives visées ne sont pas à proscrire et que certaines d'entre elles comportent des éléments valables, à condition d'être exercées par des médecins capables d'établir un diagnostic. Il en est ainsi par exemple de certains actes relevant de la médecine manuelle. L'administration aux patients d'actes relevant de la médecine manuelle présuppose en effet un diagnostic correct et préalable, ceci pour éviter, par exemple, les risques inhérents à des manipulations de la colonne vertébrale.

Il en est ainsi encore pour les actes de mésothérapie (petites injections sous-cutanées) qui sont compris dans les actes normaux conventionnés. En règle générale, ils sont donc administrés par les médecins au cours des consultations ordinaires. Il se trouve toutefois que certains médecins se qualifiant d'alternatifs établissent des mémoires d'honoraires séparés en appliquant des tarifs surfaits et en y apposant la mention que les actes de mésothérapie ne font pas partie des actes conventionnés et de ce fait ne sont pas remboursés par l'UCM. Selon le président de l'UCM, le but de cette manœuvre est d'inciter le patient à ne pas soumettre ces mémoires d'honoraires à l'UCM. Il s'agit donc en l'occurrence d'abus manifestes qui montrent que la prise en compte de ces pratiques par la sécurité sociale comporterait de gros risques.

Le Collège médical estime qu'il n'y a pas lieu de laisser à certains médecins l'exclusivité des prestations spécifiques dont l'utilité thérapeutique est reconnue. Voilà pourquoi, il faudrait faire respecter la règle que le médecin n'a pas le droit de faire de la publicité et que de ce fait ses formulaires pour mémoires d'honoraires et prescriptions ainsi que ses enseignes doivent strictement se limiter à l'indication de ses titres de formation académique. Il n'y a pas lieu d'y mentionner des pratiques et thérapies spécifiques.

La question de la qualification soulève également le problème de la formation continue en médecine classique. A ce sujet, le professeur Michel Kopp a donné des précisions en ce qui concerne la mise en place d'une recertification des médecins en France. Le système fonctionne actuellement à titre expérimental et sur base volontaire dans quatre régions, dont la Lorraine. Des médecins visiteurs rendent visite aux médecins de la région dans un ordre dépendant de la durée d'installation du médecin. Au cours de cette visite les médecins visiteurs procèdent à une évaluation du médecin visité en fonction de différents critères (gestion du dossier médical, prise en charge du patient, évacuation des déchets médicaux). Le médecin visité pourra bénéficier d'une recertification dans laquelle des conditions sur d'éventuelles améliorations à apporter à la gestion de son cabinet médical pourront lui être imposées.

\*

## VI) CONCLUSIONS GENERALES DE LA COMMISSION DE LA SANTE ET DE LA SECURITE SOCIALE

La Commission de la Santé et de la Sécurité sociale relève que le fait de se remettre constamment en question, au fur et à mesure de l'évolution des connaissances scientifiques, constitue un point fort de la médecine. Il n'est dès lors que normal que cette dernière opère les rectifications qui s'imposent à la lumière de nouvelles découvertes ou connaissances.

Elle souligne l'importance d'une approche scientifique rigoureuse. Il est donc nécessaire de confronter les produits et techniques de la médecine complémentaire avec les mêmes critères scientifiques très exigeants que ceux appliqués en médecine conventionnelle. Si une pratique complémentaire réussissait à rapporter dans ces conditions la preuve de son efficacité, elle ferait d'ailleurs de toute façon, à partir de ce moment, partie de la médecine conventionnelle.

Face à des moyens financiers de la Sécurité sociale qui ne sont pas illimités, il est nécessaire de renforcer les critères de prise en charge et de se limiter aux produits et techniques qui réussissent à rapporter la preuve de leur efficacité. L'approche scientifique doit primer en tout état de cause.

Au sujet de cet aspect de la problématique, un consensus s'est dégagé tout au long des travaux au sein de la commission sur le principe général que l'exercice de pratiques médicales complémentaires telles que l'acupuncture et l'homéopathie ne peut être officiellement reconnu et réglementé que pour autant que ces formes de médecine sont pratiquées par des personnes ayant suivi et terminé avec succès des études leur donnant accès à la profession de médecin, ceci afin de contrecarrer toutes les formes de charlatanisme qui malheureusement ont tendance à connaître un succès grandissant de nos jours.

Ainsi, après avoir reproduit ci-dessus le déroulement et le contenu de ses travaux, la Commission de la Santé et de la Sécurité sociale, compte tenu de tous les éléments d'informations recueillis, se voit amenée à formuler quelques recommandations en guise de conclusions générales.

Elle considère que le moment est venu d'opérer, à l'instar de ce qui se pratique déjà dans d'autres pays européens, une ouverture limitée de notre système de santé par rapport à certaines disciplines déterminées de la médecine complémentaire.

Toutefois, avant de formuler ses propositions à cet égard, la commission voudrait rappeler que la médecine conventionnelle constitue et continuera de constituer la base de notre système de santé. Tout comme le Conseil de l'Europe dans son rapport du 11 juin 1999, la commission reconnaît la prééminence de la médecine conventionnelle dans le système de protection sociale et sanitaire.

Par ailleurs, la commission se doit de mettre en garde sans ambages contre les méfaits de toutes formes de charlatanisme et contre toute dérive sectaire. La commission concède que certaines critiques visant des imperfections de la médecine conventionnelle peuvent être justifiées, notamment en ce qui concerne une approche parfois déshumanisée et le manque de prise en charge individuelle et affective. Ces défauts qu'il s'agit de corriger ne doivent pas permettre aux sectes de se lancer „à l'assaut de la santé“<sup>1</sup>. Dans cet ouvrage l'auteur étudie les principales sectes guérisseuses en distinguant entre celles qui ont pour vocation de guérir les incurables et celles qui visent à pathologiser les bien portants.

La commission considère que la médecine conventionnelle doit tout mettre en œuvre pour se réformer continuellement dans le sens de la meilleure prise en charge du patient afin d'éviter que ce dernier succombe aux tentations et aux explications faciles des mouvements sectaires.

La majorité de la commission tient à souligner dans ce contexte son attachement aux principes du Code de Déontologie édité par le Collège médical, qui se lisent comme suit.

*„Le médecin ne peut proposer aux malades ou à leur entourage comme salutaire et sans danger un remède ou un procédé illusoire ou non scientifiquement éprouvé.*

*Sont interdites toutes les supercheries et tromperies propres à déconsidérer la profession et notamment toute pratique de charlatanisme et les pratiques qui y ont recours.*

*Il appartient au Collège médical d'examiner s'il y a lieu de considérer un acte ou un comportement comme relevant du charlatanisme ou de disciplines apparentées et de décider s'il y a lieu d'en saisir le conseil de discipline. Sont visés en particulier les gestes pseudodiagnostiques et pseudothé-*

<sup>1</sup> „Les sectes à l'assaut de la santé“, ouvrage publié en juillet 2000 par Paul Ariès dans les éditions Golias.

*rapeutiques présentés comme relevant d'une science éprouvée mais ne disposant en fait pas d'une base scientifiquement reconnue.*

*L'établissement des diagnostics et les mesures thérapeutiques doivent impérieusement reposer sur des fondations scientifiques sûres, contrôlables dans les meilleures conditions de l'évolution des recherches biologiques.*

*Lorsque pour des raisons découlant du psychisme particulier d'un patient, le médecin estime ne pas pouvoir se passer d'un tel geste isolé, il peut ne pas être considéré comme fautif. En cas de prestation de tels actes ceux-ci sont mentionnés sur les demandes d'honoraires et sur les quittances.*“

Par ailleurs, il est important que les patients ne s'adonnent pas à l'illusion trompeuse suivant laquelle les nombreuses formes de médecine complémentaire – parfois encore qualifiées de douces – seraient par définition inoffensives et sans danger. Ainsi, certains médicaments homéopathiques peuvent bel et bien provoquer des effets secondaires graves et, en phytothérapie, la toxicité de certaines substances, en cas d'usage non conforme, est encore plus prononcée. La commission rend également attentif aux dangers éventuels de toute sorte de techniques de manipulation vertébrale lorsqu'elles sont utilisées par des praticiens insuffisamment formés. Par ailleurs, la commission considère qu'en règle générale les formes complémentaires de médecine ne se prêtent pas au traitement de maladies graves. Pour les patients atteints d'une pathologie grave, telle que par exemple le cancer, le recours à des formes complémentaires de médecine peut comporter une perte définitive de chance de guérison. Sur ce point, une partie minoritaire considère que même en cas de maladie grave, des formes de médecine complémentaire peuvent être utiles au patient, à condition qu'elles soient appliquées en association avec le traitement classique.

La commission souligne également l'impérieuse nécessité pour les médecins pratiquant l'homéopathie respectivement l'acupuncture (ou, le cas échéant, toute autre forme de médecine complémentaire) de continuer à pratiquer la médecine allopathique et de se tenir au courant de l'évolution de cette dernière. Elle ne peut que déplorer dans ce contexte la situation décrite par le Collège médical selon lequel dans notre pays des médecins adeptes de médecines complémentaires exercent celles-ci de façon exclusive et ne sont de ce fait plus capables de remplir leurs obligations au sein du service de garde.

Dans ce contexte, la commission relève également qu'un atout majeur de la médecine complémentaire réside souvent dans une disponibilité très large accordée à chaque patient, combinée à une approche individuelle. Or, c'est précisément à ce niveau que les patients se sentent souvent victimes d'un déficit d'écoute en médecine classique. Devant ce constat, la commission plaide pour une plus juste rémunération du facteur temps dans le cadre de la consultation médicale.

En ce qui concerne ses recommandations proprement dites, la commission propose à la Chambre des Députés de voter une motion invitant le gouvernement à étudier l'opportunité de réglementer les quatre disciplines complémentaires suivantes: l'homéopathie, l'acupuncture, l'ostéopathie et la chiropractie.

La Commission de la Santé et de la Sécurité sociale estime que cette façon de procéder est opportune, ceci nonobstant le fait qu'au terme de ses auditions et en établissant le bilan des argumentations contradictoires recueillies, elle se voit amenée à maintenir une attitude prudente et réservée. Elle estime toutefois que dans l'intérêt supérieur de la protection des patients, il s'impose de pas laisser se développer ces formes de médecine dans un environnement légal et réglementaire flou, voire inexistant. Il est préférable de créer un cadre légal assurant que ces formes de médecine respectent des règles et normes de droit commun en matière de soins de santé à dispenser à la population.

En ce qui concerne l'acupuncture et l'homéopathie, la reconnaissance de ces formes complémentaires de médecine se traduira par la prise en considération des prestations afférentes comme méthodes thérapeutiques officielles dans l'éventail des soins offerts par notre système de santé. La reconnaissance se fera sous la condition expresse que ces disciplines soient appliquées sur base d'un diagnostic médical préalable et que leur exercice soit exclusivement réservé à des médecins ayant suivi une formation spécifique initiale se greffant sur leur formation médicale classique et/ou une formation continue appropriée dans ces domaines.

La Commission de la Santé et de la Sécurité sociale se prononce ainsi pour la réglementation de ces formes de médecine dans un cadre médical strictement délimité. A contrario, la commission refuse de faire la moindre concession à l'égard de la profession du „Heilpraktiker“ telle qu'elle existe en Allemagne. Elle estime que cette pratique se base sur une qualification insuffisante pour fournir au patient les garanties requises par le principe de précaution. Cette pratique doit dès lors rester écartée de notre système de santé.



En ce qui concerne l'ostéopathie et la chiropractie, la commission propose de réglementer ces professions en les reconnaissant comme professions de santé au sens de la loi modifiée du 26 mars 1992 sur l'exercice et la revalorisation de certaines professions de santé. L'article 1er de cette loi prévoit qu'outre les professions y énumérées, d'autres professions de santé peuvent être créées par règlement grand-ducal à prendre sur avis du Conseil d'Etat et de l'assentiment de la Commission de Travail (aujourd'hui: Conférence des Présidents) de la Chambre des Députés. Cette réglementation de deux nouvelles professions de santé comporte également la nécessité de déterminer les voies de formation et les diplômes requis pour y accéder. La reconnaissance en tant que professions de santé implique la protection du titre par la définition précise des conditions d'études à remplir pour y accéder.

Compte tenu des propositions ci-dessus exposées, se pose la question de savoir si ces nouveaux professionnels de santé auront également la possibilité de pratiquer de façon autonome, c'est-à-dire en absence de prescription médicale et sans que le patient ne leur ait été adressé par un médecin. Cette question est évidemment étroitement liée à celle de la prise en charge éventuelle par la sécurité sociale des prestations de ces nouveaux professionnels de santé.

La Commission de la Santé et de la Sécurité sociale estime qu'en principe une telle prise en charge ne peut entrer en ligne de compte – à l'instar de ce qui se pratique actuellement pour les soins des masseurs-kinésithérapeutes – que pour autant que les soins sont dispensés sur base d'une prescription médicale.

L'intervention de ces nouveaux professionnels de santé ne pourra donc se faire que par délégation et sur base d'une prescription médicale en bonne et due forme, prescription elle-même précédée par un diagnostic posé selon les règles rigoureuses de la médecine dite classique. Le médecin se voit ainsi élargir le champ des options thérapeutiques possibles. Il pourra s'appuyer sur ces nouvelles spécialités dans le cas où il juge ces traitements appropriés. Les interventions de l'ostéopathe et du chiropraticien constitueront en quelque sorte le prolongement du traitement médical proprement dit, à l'instar de ce qui se pratique actuellement pour les traitements prescrits auprès d'un masseur-kinésithérapeute.

\*

Au sujet de la question du remboursement par la Sécurité sociale, deux tendances coexistent au sein de la commission:

- La commission dans sa majorité propose de détacher la question du remboursement de celle de la reconnaissance des prestations et de la réglementation des nouvelles professions de santé. La commission devrait se limiter à ce dernier volet, alors que les décisions au sujet d'un éventuel remboursement rentrent dans le cadre de l'autonomie tarifaire de l'UCM. A un moment où dans certains pays étrangers on assiste à une très nette tendance à extraire les prestations de médecine complémentaire de la couverture par la sécurité sociale, la commission devrait s'abstenir à trop s'avancer sur ce sujet. En préconisant ouvertement la prise en charge par la sécurité sociale des prestations en question, on risquerait en effet de nourrir des revendications analogues d'autres professions. Il pourrait en être ainsi par exemple pour les professions de psychologue et de psychothérapeute qui peuvent se prévaloir d'une formation académique, sans que leurs prestations soient prises en compte par la sécurité sociale.
- Selon une tendance minoritaire au sein de la commission, le fait de reconnaître l'homéopathie et l'acupuncture officiellement comme faisant partie de la médecine et d'élever l'ostéopathe et le chiropraticien au rang de professionnels de la santé posera inévitablement dans le chef des patients bénéficiant des prestations afférentes la question du remboursement par la sécurité sociale. Les représentants de cette tendance souhaitent pour le moins que la commission exprime des recommandations générales invitant les responsables de l'UCM à mener des négociations sur la prise en charge des prestations afférentes par la sécurité sociale. Ils estiment que la démarche de la commission consistant à recommander la réglementation de quatre formes de médecine complémentaire implique comme corollaire qu'elle se prononce également pour un remboursement modéré et réfléchi de certaines prestations, ceci strictement sur prescription médicale et sur base d'une nomenclature appropriée. A défaut d'établir une telle nomenclature, on risquerait d'assister à une situation comparable à celle caractérisant la médecine dentaire, situation qui inévitablement tourne au désavantage du patient.

\*

La Commission de la Santé et de la Sécurité sociale estime que la réglementation officielle de certaines formes de médecine complémentaire répond à une demande de la population et elle invite le Gouvernement à étudier l'opportunité des mesures à prendre. Cette réglementation une fois étudiée, la question de la prise en charge par la Sécurité sociale se posera inévitablement. Cette question devra être tranchée dans le cadre des processus décisionnels de l'autonomie tarifaire, eu égard à la situation globale du système de santé et de son équilibre financier.

Luxembourg, le 20 janvier 2004

*Le Président-Rapporteur,*  
Niki BETTENDORF

# Document écrit de dépôt



Aucun support électronique n'est disponible pour ce document.