

RÉFLEXIONS

**SUR LA LIBERTÉ DE
CHOIX THÉRAPEUTIQUE,**

LA LIBERTÉ DE PENSÉE,

**LA LIBERTÉ
D'EXPRESSION**

**CE DOSSIER EST CONSTITUÉ D'UNE
LETTRE OUVERTE AU PRÉSIDENT DE LA
RÉPUBLIQUE, AU PREMIER MINISTRE, AU
MINISTRE DE LA SANTÉ, À MONSIEUR DOUSTE
BLAZY, À BERNARD KOUCHNER... :**

**RÉFLEXIONS SUR LA LIBERTÉ DE
CHOIX THÉRAPEUTIQUE,
LA LIBERTÉ DE PENSÉE, LA LIBERTÉ
D'EXPRESSION**

PAR LE DOCTEUR ROSELYNE MOREL

**Vice-présidente de CAP LC
Coordination des Associations et Particuliers
pour la Liberté de Conscience**

**SUIVIE DE NOTRE PROPOSITION DE
RECHERCHE JURIDIQUE POUR
LAQUELLE NOUS AVONS BESOIN DE
VOTRE SOUTIEN,**

**ET DE TEXTES DIVERS COLLECTÉS DANS LES
MÉDIAS MONTRANT :
LES INCERTITUDES ENTOURANT LES
MÉDECINS PRATIQUANT LES MÉDECINES NON
CONVENTIONNELLES,
LES PROBLÉMATIQUES RELATIONNELLES
ENTRE LES MÉDECINS ET LE CONSEIL DE
L'ORDRE DES MÉDECINS,
LES ÉVENTUELLES DIFFÉRENCES AVEC LES
PAYS AVOISINANTS.**

LETTRE OUVERTE AU PRÉSIDENT DE LA RÉPUBLIQUE, AU PREMIER MINISTRE, AU MINISTRE DE LA SANTÉ, À MONSIEUR DOUSTE BLAZY, À BERNARD KOUCHNER... RÉFLEXIONS SUR LA LIBERTÉ DE CHOIX THÉRAPEUTIQUE, LA LIBERTÉ DE PENSÉE, LA LIBERTÉ D'EXPRESSION

Les informations de ces dernières années nous amènent à nous interroger sur ces différentes affaires, tant sur le plan humain que sur le plan de la déontologie médicale. Les scandales concernant les médicaments ou les techniques médicales font malheureusement régulièrement surface : sang contaminé, hormones de croissance, Halcion, anti statines, Viox ... Pourtant, ces produits avaient tous été agrémentés, expérimentés et avaient obtenu leur AMM (Autorisation de Mise sur le Marché).

Ces « accidents » dramatiques semblent dans la plupart des cas être reçus comme « le prix à payer » de l'avancée de la recherche médicale... et les laboratoires sont alors mis dans l'obligation de revoir leurs copies, voire les médecins interpellés pour rendre compte. La justice fait son travail si besoin, mais il semble que souvent, dans ces cas, le Conseil de l'Ordre des médecins reste discret et se garde d'intervenir. Conseil de l'Ordre dont on sait qu'il collabore avec les industries pharmaceutiques, et qu'il soutient la nécessité que ces mêmes laboratoires soient à l'origine des formations thérapeutiques des médecins.

A contrario, le conseil de l'Ordre des médecins est intervenu ces dernières années pour sanctionner un certain nombre de médecins qu'il jugeait « déraiper » :

- en 2000, les époux Delépine sont poursuivis. Ces médecins (Nicole Delépine, pédiatre et cancérologue à Avicenne, et Gérard Delépine, chirurgien spécialiste des cancers osseux), prônent tous deux le «sur mesure» dans le domaine de la cancérologie, et s'opposent à la standardisation et la randomisation des traitements anticancéreux). Ils s'appuient sur des protocoles de soins, mis au point aux USA, qui s'adaptent à l'état des patients... mais ne sont pas «reconnus» en France.

- SOS médecins a été poursuivi et accusé pour concurrence déloyale envers leurs confrères, même si plus personne n'assure les gardes de nuit...

- Dr Michele D'Auria, médecin de l'Abbé Pierre et des sans-abri, a été harcelé par le Conseil de l'ordre qui refusait de le laisser exercer privant d'accès aux soins des patients indigents....

Jean-Pierre Maschi, Philippe Lagarde, Gérard Guéniot, Robert Schroeder, Alain Dumas, Didier Moulinier, Marie- Hélène Groussac, Marc Vercoutère, Martine Gardénaal... Précurseurs et utilisateurs de traitements non conventionnels, ils ont la totale confiance de leurs patients... et se font mettre en cause par leurs instances ordinales (tribunal des Affaires sociales ou disciplinaire) sous le prétexte «qu'ils manipulent ou contraignent leurs patients à des soins qu'ils savent être inefficaces».

Nombre de chercheurs ont été aussi inquiétés et poursuivis : Jean Solomidès, Mirko Beljanski, Antoine Priore, Jacques Benveniste, Loïc Le Ribault... Non médecins, ils ont mis au point des traitements salvateurs ; pourtant en leur temps, ils ont tous été victimes de la vindicte ordinale, ou professionnelle, voire en procédures (harcèlement fiscal, attaques pour exercice illégal de la pharmacie, de la médecine, poursuites pour thérapeutiques «non éprouvées scientifiquement»...) : les moyens utilisés pour les neutraliser ne se comptent pas. Or, ces traitements, inconnus de la plupart des médecins conventionnels, ont permis à de nombreux patients, qui en témoignent, de se stabiliser, de s'améliorer, voire de guérir de maladies graves, pour lesquelles ils avaient été condamnés (par ces mêmes médecins plus conventionnels,

auteurs des diagnostics). Cette fois-ci, les médecins sont condamnés sévèrement, privés de leurs droits aux soins, de leur droit au travail....

Précisons l'histoire de quelques-uns de ces médecins : le Dr Maschi, radié à vie en 1968 pour s'intéresser aux pollutions électromagnétiques, les mettre en relation avec la survenue des **Scléroses En Plaques...** et proposer un traitement adéquat. Il est réhabilité par le président de la République, Monsieur Chirac lui-même, en 2002.

Pendant plus de 30 ans, le Dr Maschi a revendiqué l'esprit scientifique de ses découvertes, a comparu de nombreuses fois devant les juges ordinaires, procès au cours desquels il a été traité de charlatan, puis a été poursuivi pour exercice illégal de la médecine. Pourtant aujourd'hui, qui ignore encore la dangerosité de ces mêmes pollutions ?

Citons le Dr Dumas, qui va enfin être réhabilité après 8 ans de procédures initiées par le Conseil départemental des Côtes d'Armor...

Sans parler de ces médecins touchés au coeur, qui se sont suicidés après l'annonce de leur condamnation ou les rumeurs qui les ont touchés (Dr Julien, Dr Gabriel...), de ceux – ils sont légion - qui n'ont pas les moyens de poursuivre les procédures pour obtenir réparation et se retrouvent du jour au lendemain totalement privés de leurs moyens de subsister... Il semblerait qu'il faille éviter d'être un précurseur de thérapies salvatrices non conventionnelles dans le domaine médical.

Pourtant, la volonté du gouvernement s'est affirmée de soutenir la recherche médicale pour « éliminer » le cancer d'ici quelques années : **"En donnant une priorité à la lutte contre le cancer, nous ne voulons pas susciter d'espoirs irraisonnés. Le cancer ne sera pas vaincu en un jour. Mais un jour, il le sera, parce que nous nous engageons et parce que tous les moyens nécessaires seront mis en oeuvre avec méthode et détermination."**

(Extrait du discours prononcé par le Président de la République, Jacques Chirac, le 24 mars 2003 à l'occasion du lancement du Plan Cancer 2003-2007).

Les résultats officiels concernés sont très décevants, que les statistiques soient canadiennes ou françaises. Plus d'une personne sur 2 meurt de son cancer en 2005... Au Canada, le site officiel de la ligue contre le cancer reconnaît que si les thérapeutiques non conventionnelles - dites « parallèles » - n'ont pas été validées, elles peuvent néanmoins être utilisées à la place de la chimiothérapie ou de la radiothérapie. En France, la loi Kouchner a légiféré en 2002, incitant au respect du libre choix du patient, y compris dans des pathologies graves ou en cas de refus de chimiothérapie.

La situation évoquée par Ivan Illich dans *Némésis Médicale* en 1975 («L'efficacité technique de l'acte médical») reste tout à fait d'actualité 30 ans plus tard, puisque aucun des éléments qui l'ont initiée n'a été remis en question:

« Ce serait le comble du narcissisme professionnel que d'interpréter l'absence d'évaluations épidémiologiques de l'acte médical français, italien, allemand ou russe comme un indice de sa qualité supérieure. Ce sont plutôt des raisons historiques, politiques et juridiques qui expliquent que cette évaluation n'a pas été abordée ailleurs qu'en Grande-Bretagne et aux États-Unis.

En France, la subordination de la recherche concernant la santé publique à une idéologie thérapeutique triomphante, et la réduction de la médecine à l'individuel et à la technicité envahissante, sont renforcées par l'organisation centralisée des facultés de médecine, la prévention qu'introduit la loi en protégeant tout acte professionnel et privé, la structure corporatiste qui fut donnée à l'ordre des médecins sous le régime de Vichy, la forme syndicale des organismes qui préservent les intérêts des « producteurs de santé » et l'incontestable privilège public accordé à la coalition d'intérêts qui rapproche la médecine de l'industrie pharmaceutique. En conséquence, la recherche critique sur l'acte médical se tarit, la diffusion des

connaissances acquises est entravée, le public est privé du droit d'accéder à l'information contradictoire dans le domaine de la santé et la contestation des illusions répandues par l'entreprise médicale reste le fait de quelques chercheurs isolés, marginaux ou farfelus.»

L'EBM (**E**vidence **B**ased **M**edecine) revendique que les résultats diagnostiques et thérapeutiques soient regroupés, afin que chaque médecin appuie sa décision de soins sur le consensus thérapeutique en cours : pourquoi ne pas y intégrer les médecines non conventionnelles ? Les traitements restent donc du domaine de la recherche : risque que les croyances d'aujourd'hui soient les échecs de demain.

Pourtant, le médecin n'a t'il pas vocation à prodiguer un accompagnement sans jugement ni culpabilité, en usant de tous les moyens dont il dispose pour aider et soutenir ses patients.

Droit d'expression, liberté de pensée et d'information ont ils réellement leur place lorsqu'il s'agit de choisir son traitement, manifester son désaccord face aux décisions prises, en toute connaissance de cause ? L'EBM parle d'«avis d'experts», d'«évidence» dans les traitements : pourquoi ces protocoles disent ils « tenir compte des demandes des patients », alors que les médecines non conventionnelles ne sont pas présentes dans ces protocoles, et que plus de 50% de citoyens revendiquent l'utilisation de ces médecines ?

La confusion est totale : ADFI, le CMM, la MIVILUDES, englobent les médecines non conventionnelles sous le terme de « thérapies du bien être », précisant que les thérapeutes qui y recourent sont très suspects de dérives, participent à des mouvements sectaires et se servent de la crédulité des consommateurs pour les entraîner dans leur sillage. Écrits sur lesquels s'appuient d'ailleurs le Conseil de l'Ordre des médecins pour inquiéter les dits médecins, sans que ces derniers aient la possibilité de se défendre en toute équité, et sans qu'ils aient même voix au chapitre dans ce qui est dit d'eux. Pourtant, ces médecins ont pour la majorité d'entre eux, respecté le serment d'Hippocrate, en tentant d'apporter l'aide qui leur semblait juste, et justifiée, en soutien de traitements lourds, difficiles à supporter, ou en échec. Aide souvent autorisée dans les autres pays européens !

L'évolution de la science en général, rend humble quant aux réponses qu'elle propose : car les découvertes fabuleuses d'hier ne sont que les erreurs de demain (du big-bang au trou noir, des lois de la relativité à la physique quantique)... d'ailleurs, nombre de personnalités semblent prêtes à s'appuyer sur les médecines non conventionnelles, sans craindre que leurs patients ne soient détournés des soins conventionnels : parmi eux, le professeur Henri Joyeux, ou Lucien Israël, médecins et oncologues réputés mondialement. Ils participent à un congrès auprès de Philippe Lagarde, médecin ORL, oncologue, pourtant accusé de charlatanisme en France (test de Heitan-Lagarde pour le dépistage des états cancéreux, et soins non conventionnels du cancer), et qui travaille depuis plus de 20 ans en Italie. Lucien Israël, qui donne son «sentiment» sur l'origine des cancers... Sentiment qui se rapproche étonnamment des théories du Dr Moïrot, et plus récemment de celles du Docteur Hamer !

L'OMS demande depuis des années que soient revalorisées les médecines traditionnelles, qui ont fait la preuve dans le temps de leur efficacité, de leur innocuité et de leur moindre coût, ce qui rend leur étude d'autant plus souhaitable. Elle n'hésite pas à y intégrer le yoga : on ne peut accuser l'OMS de subir des dérives sectaires ! Quand la France est dénoncée comme le plus gros consommateur de médicaments en Europe, la pratique de soins moins nocifs et moins coûteux devrait se voir soutenue ! Rapport Lannoye en 1997, loi Kouchner de mars 2002 (additif en avril 2005) : le législateur tente d'aller en ce sens...mais le chemin à parcourir reste long.

Vous trouverez ci-joint une collection d'articles, d'extraits de publications, révélateurs de ces contradictions, voire des incohérences auxquelles se trouvent confrontés les prescripteurs de médecines non conventionnelles, qui les amènent à se trouver en difficulté face à leurs Conseils de l'Ordre. Articles ou extraits que je vous présente dans leur intégralité, dans un souci de clarté et de compréhension.

En vous remerciant pour l'attention que vous porterez à ces réflexions, et de la réponse que vous nous apporterez pour nous aider à soutenir et garantir le libre choix thérapeutique,

Recevez mes respectueuses salutations,

Roselyne Morel

Médecin démissionnaire du Conseil de l'Ordre

Vice-présidente de CAP LC

Coordination des **A**ssociations et **P**articuliers pour la **L**iberté de **C**onscience

LES DROITS ET DEVOIRS DES MEDECINS EN RELATION AVEC LES NOUVELLES THERAPIES

Projet d'étude juridique par CAP-LC et groupements associés

Nous constatons actuellement que les médecins pratiquant des médecines non conventionnelles, et notamment les homéopathes, les médecins qui pratiquent la médecine prédictive... sont soumis à de nombreux problèmes pour exercer : procédures au tribunal disciplinaire de l'Ordre des médecins, poursuites par la Section des Affaires de Sécurité Sociale. Ils sont en général accusés d'être des charlatans, voire de servir de porte d'entrée à des supposés mouvements sectaires et de détourner leurs patients des soins traditionnels.

Beaucoup plus grave, ils sont victimes de décisions extrêmement sévères de la part du Conseil de l'Ordre des médecins. Celui-ci, pour des raisons jugées fallacieuses par de nombreux médecins, exclut nombre de médecins pratiquant ces médecines non conventionnelles. Ces exclusions sont prononcées au nom de prétendues fautes professionnelles - leur sont souvent opposés les articles 1, 32 ou 39 du code de déontologie médicale, sans que leurs manquements à ces articles soient avérés ou prouvés, alors qu'ils obtiennent de bons résultats médicaux et qu'ils ont le soutien sans faille de leurs patients. Il s'ensuit des conséquences financières catastrophiques pour les médecins exclus, sans commune mesure avec les faits qui leur sont reprochés.

De nombreuses voies s'élèvent pour dénoncer le mode de fonctionnement du Conseil de l'Ordre des médecins, le jugeant illégitime sinon illégal. Ainsi la légalité des élections est contestée, de même que la façon dont les procédures sont réalisées.

D'autre part la législation réglementant l'activité des médecins apparaît floue, si ce n'est totalement incohérente en raison de pratiques très variables entre les différents pays de la Communauté Européenne. Par exemple, il n'est pas clair qu'un médecin soit contraint de se limiter à une médecine d'école, tel que l'affirme le Conseil de l'Ordre, ou bien qu'il ait le droit d'innover en fonction de son expérience et de l'évolution des connaissances, ce que réclament nombre de médecins.

En coordination avec d'autres partenaires, CAPLC propose de réaliser une étude juridique en vue de répondre à ces questions.

Celle-ci comporterait deux volets principaux:

Étude des structures, des modes d'élections, des processus pour mener les actions juridiques, en vue de vérifier le strict respect des lois françaises et européennes, en particulier les droits des personnes mises en cause.

Études des lois françaises et européennes en relation avec l'exercice de la médecine. L'objectif est de bien délimiter les devoirs et les droits des médecins. La question est en effet de savoir si un médecin doit s'en tenir à exercer strictement la médecine apprise lors de son cursus universitaire, ou bien s'il a le droit d'enrichir sa pratique en fonction de son expérience personnelle, des découvertes faites par ses pairs, et de pratiques médicales admises dans d'autres pays, en particulier ceux de la Communauté Européenne.

Les résultats de cette étude auront pour avantage d'opposer des arguments forts aux décisions du Conseil de l'Ordre jugées par trop restrictives et partisans.

CAPLC vous tiendra régulièrement informés de l'évolution de ce projet sur son site internet:

<http://www.coordiap.com>

LE CONSEIL DE L'ORDRE ET LES MÉDECINS

- AFFAIRE GARDÉNAL

DOCTEUR MARTINE GARDENAL

HOMEOPATHE

Présidente Société Médecins Homéopathes Spécialistes

Cofondatrice de l'Université d'Eté

Santé Environnement Prévention

2006

Médecine d'avenir

Secrétaire Générale de l'A.I.M.H.

Attachée de Consultations à l'I.N.S.E.P.

C.E.S. Biologie et Médecine du Sport

2 rue des Bûcherons
78100 ST-GERMAIN-EN-LAYE

France

Le 15 mars

Lettre ouverte à Monsieur le Président de la

République

Palais de l'Elysée
55, rue du Faubourg Saint Honoré
75008 PARIS

Objet :

De quoi se mêle l'Assurance-Maladie ?

Monsieur le Président de la République,

J'ai l'honneur de solliciter de votre haute bienveillance quelques minutes d'attention pour une affaire me concernant.

Je viens me plaindre auprès de vous du comportement inqualifiable des médecins conseils de la Caisse Primaire d'Assurance-Maladie des Yvelines à mon encontre.

Naïvement, je pensais que leur rôle consistait à s'assurer que les remboursements effectués par la Caisse étaient justifiés, et éviter ainsi les fraudes et abus tels que nous avons pu le voir dans une émission récente de télévision.

Dans l'histoire qui suit la Caisse Primaire d'Assurance-Maladie **n'apporte aucune preuve,**

Et pourtant elle réussit à me faire condamner...

Il s'agit d'une attaque en règle de la CPAM contre **l'Homéopathie.**

Procédé mis en place :

Une cinquantaine de mes patients est convoquée, et soumise à un flot de questions, le plus souvent sans leur expliquer qu'il s'agit d'une enquête à mon sujet. Exemple de questions :

Comment est décoré le cabinet, le Docteur imposait-il les mains ? Fait-il des prières ? Utilise-t-il un pendule ?

Ils ont parfois subi de la part de ces enquêteurs des pressions pour les obliger à suivre des traitements dont ils ne voulaient pas, en particulier pour une de mes patientes atteinte de leucémie. Pratiquement soumis à « la question », ils ont fini par avouer qu'ils suivaient d'autres traitements, non prescrits par moi-même, mais pratiqués partout en Europe, et ne faisant pas partie de l'arsenal allopathique français. Mes patients, totalement responsables de leur santé, se tiennent informés de tout ce qui existe. La plupart d'entre eux est sortie totalement traumatisée de ces interrogatoires inquisiteurs.

Moyen utilisé :

Dire que le Dr Martine GARDENAL est un **charlatan.**

J'exerce l'Homéopathie depuis plus de 30 ans. Je suis **Présidente des Médecins Spécialistes Homéopathes**. J'ai une consultation à l'INSEP (Institut National des Sports) depuis 28 ans (d'ailleurs le Chef du Bureau Médical a fait une attestation pour me soutenir). J'ai plus de 150 publications et cours pour médecins, 40 publications grande presse, 30 conférences grand public, 25 émissions radios et télévisions à mon actif. J'ai publié 3 ouvrages et en ai plusieurs en préparation. Je suis connue et reconnue comme un chef de file de l'Homéopathie en France. Je n'ai jamais été conventionnée, et ne coûte que 0,24 € par consultation à la SS (Sécurité Sociale). Cela ne m'empêche pas d'avoir une importante clientèle régionale et nationale.

Christian BOIRON dit de moi :

«C'est grâce à des médecins comme le Dr Martine Gardénal, que l'Homéopathie a pu progressivement prendre sa place au sein de la Médecine, en se séparant nettement de toutes les tentations, de toutes les dérives.

Le Dr Gardénal représente ainsi pour moi un exemple vivant d'une médecine moderne, humaine et humaniste autant scientifique, respectueuse des traditions qu'ouverte aux progrès. En un mot digne d'une grande considération »

Stratégie :

Sur la cinquantaine de patients interrogée, cinq cas seront retenus par la SS des Yvelines. La section disciplinaire du Conseil Régional de l'Ordre des médecins n'en retiendra que trois pour établir son jugement.

Je suis accusée de charlatanisme pour trois patientes :

«... d'avoir, pour trois malades atteints d'affections cancéreuses, procédé à un suivi médical et à des prescriptions non adaptés aux affections des malades et non conformes aux données acquises de la science... »

Cela fait 30 ans que j'explique, que j'écris et dis partout que l'Homéopathie ne soigne pas le cancer. Cette accusation est donc totalement fausse.

Par contre quel texte de loi interdit de soigner d'autres pathologies concomitantes chez un cancéreux ? Ce que j'ai uniquement fait dans ces trois cas.

Il m'est également reproché de n'avoir :

«... pas tenté avec la conviction et la fermeté qui s'imposait de persuader sa patiente de suivre les traitements adaptés à son état et conformes aux données acquises de la science ».

La première patiente, que je soigne depuis 28 ans par Homéopathie, refuse dans un premier temps l'intervention chirurgicale proposée par les médecins du centre anticancéreux René Huguenin, qui n'ont pas réussi à la convaincre. Eux ne sont pas inquiétés. Elle se fera opérer quatorze mois plus tard. C'est ce que l'on me reproche.

Il n'a absolument pas été tenu compte de l'attestation de la patiente qui dit que c'était son libre choix thérapeutique, et que malgré mon insistance, elle n'a pas voulu se faire opérer avant. C'est moi qui l'ai aidée à changer d'avis.

La seconde patiente, allemande, avait été opérée dans ce même centre puis a reçu des rayons. Elle a fui l'allopathie. Les médecins du centre René Huguenin n'ont pas été inquiétés. Je ne l'ai jamais suivie pour son cancer. Elle ne me tenait au courant de rien, et même a refusé de me dire qui la soignait. Elle m'a sollicitée comme médecin généraliste afin que je fasse une demande à la SS de prise en charge dans une clinique anthroposophique en Allemagne spécialisée dans le cancer. En Allemagne, les médecins ont une approche tout autre du traitement du cancer. Après avis téléphonique de la Caisse j'ai rempli les imprimés. L'expert de la SS, réalise l'expertise sans la patiente, fait les questions et les réponses et écrit :

« Qu'il ne lui est pas possible d'apprécier les soins proposés à la Klinik Porta-Westfalica dans la mesure où les documents fournis sont en allemand. »

Mais il conclut sans honte :

« La cure allemande n'est pas adaptée à la pathologie. »

Comment le sait-il puisqu'il ne comprend pas l'allemand ?

Le Conseil régional de l'ordre m'accuse d'avoir prescrit une cure thermale pour soigner le cancer...

Ce refus a beaucoup déstabilisé cette patiente. C'est une perte de chances de guérison dont la CPAM est responsable.

La troisième patiente travaillait au Centre René Huguenin et fut atteinte d'une leucémie reconnue comme maladie professionnelle. Elle fut traitée par interféron qu'elle supporta mal et qui déclencha un sévère problème thyroïdien. L'hôpital arrête donc l'interféron qu'il veut remplacer par du Glivec, ce que la patiente refuse. Voyant trop de gens mourir autour d'elle (en particulier la fille d'un chanteur célèbre) elle a décidé d'interrompre les soins et de se tourner vers d'autres médecines avant de venir me consulter. Sa leucémie est stabilisée quand je la vois pour des problèmes annexes, mais je la surveille de très près. Quand sa pathologie redémarrera je la persuaderai de finalement revenir à l'allopathie. Ce qu'elle confirme dans son témoignage.

Tous ces patients m'ont prodigué des témoignages favorables, précisant que c'était leur libre choix thérapeutique, qu'ils avaient été informés des risques qu'ils encouraient. Cela n'a aucune valeur pour l'ordre qui ne regarde pas les attestations... **La SS a monté ce dossier sans aucune preuve.**

Au Conseil régional, l'accusateur de la SS n'a pu présenter que le premier cas sur les trois. Malgré son insistance, la présidente du tribunal ne lui a **jamais** redonné la parole ; et cela a suffi pour me condamner...

Le Conseil régional conclut :

« ... que le Dr Gardéal n'a pas tenté avec la conviction et la fermeté qui s'imposait, de convaincre sa patiente de suivre sans tarder, les traitements adaptés à son état et conformes aux données acquises de la science ; »

À partir du moment où la Caisse s'attaque à un médecin **HOMEOPATHE**, domaine dans lequel ces médecins ne connaissent strictement rien, on est en droit de se poser des questions sur leur motivation.

Sanctions :

Article 1er : il est prononcé à l'encontre du Dr Gardéal une interdiction temporaire du droit de donner des soins aux assurés sociaux pendant une période de six mois dont trois avec le bénéfice du sursis.

Les médecins Homéopathes ont tous dans leur cabinet des patients cancéreux récalcitrants à l'allopathie. Les médecins de la SS ne veulent pas les prendre en charge. Faut-il les jeter à la rue et les laisser aux charlatans ? Faut-il les garder chez nous pour progressivement gagner leur confiance et les amener à réviser leurs choix ? Ce que je fais et réussis toujours depuis 30 ans. Faut-il appeler la police pour les contraindre à suivre un traitement allopathique ?

J'ai fait appel de la décision devant le Conseil National de l'Ordre des Médecins, où je suis convoquée le 28 mars à 14h 45.

Ce dossier fait apparaître que l'on a voulu me détruire physiquement et moralement comme tant d'autres, et discréditer l'Homéopathie. Considérant les centaines email que je reçois, il s'avère qu'il s'agit d'une chasse aux « **sorcières** » enclenchée au plus haut niveau par l'assurance-maladie et le Conseil de l'Ordre. Sur toute la France, de nombreux médecins, chirurgiens-dentistes, vétérinaires, pharmaciens, qui utilisent pour parfaire leur art des médecines non conventionnelles, qui ne coûtent pas un centime à la SS, sont poursuivis. Des dizaines de dossiers sont en cours.

Monsieur le Président, saisissez votre gouvernement, demandez lui de légiférer par ordonnances et de statuer sur deux points extrêmement précis :

1°) Faire **immédiatement** supprimer du code de déontologie l'article 32,

«- Dès lors qu'il a accepté de répondre à une demande, le médecin s'engage à assurer personnellement au patient des soins consciencieux, dévoués et fondés sur les données acquises de la science, en faisant appel, s'il y a lieu, à des tiers compétents. »

et l'article 39,

«- Les médecins ne peuvent proposer aux malades ou à leur entourage comme salutaire ou sans danger un remède ou procédé illusoire ou insuffisamment éprouvé. Toute pratique de charlatanisme est interdite. »

Ces deux articles n'ont aucun sens, et entraînent en France depuis des décennies, des simulacres de procès sans aucune plainte de patients qui eux se portent bien et sont satisfaits de leur médecin. Ainsi tous les procès en cours sous ce chef d'accusation seront caducs.

Il est honteux que des médecins soient poursuivis tout simplement parce que depuis qu'ils sont sortis de la faculté, ils ont amélioré leurs connaissances et obtiennent d'excellents résultats en prescrivant un minimum d'allopathie et d'autres thérapeutiques. Ils font faire des économies à la SS qui devrait les féliciter.

Avec plus de 182 000 morts par an en France par le cancer, on ne peut pas prétendre que les traitements allopathiques (chimiothérapie et radiothérapie) même s'ils ont parfois quelques succès soient « des techniques scientifiquement avérées ».

Les malades ont conscience de cela. Il y a eu l'amiante, le sang contaminé, la vache folle, le distylbène, le Viox... Il y aura bientôt le cancer.

2°) Il est temps de mettre fin à ces tribunaux d'exception que constituent le Conseil régional et le Conseil national de l'ordre des médecins, système faut-il le rappeler, mis en place par le gouvernement de Vichy. En France, ces tribunaux d'exception bafouent chaque jour la Convention européenne des droits de l'Homme dans son article 6 paragraphe 1, par des pantomimes de procès dans lesquels les droits de la défense ne sont pas entendus.

Faire supprimer dès aujourd'hui tout pouvoir juridique aux Conseils régionaux et nationaux de l'ordre des médecins et dissoudre les sections de l'assurance maladie installée au sein des Conseils.

Il serait souhaitable que cette décision vienne du Gouvernement, et non pas d'une condamnation de la Cour Européenne de Justice; car nous n'avons plus le choix. Le Gouvernement en sortirait grand et cela serait apprécié par 50 % des Français.

Que cet organisme limite son action à un rôle de syndicat professionnel auquel le médecin adhère s'il le veut seulement.

En espérant que vous pourrez Monsieur le Président, prendre en considération mes souhaits, pour moi et tous mes confrères, je vous prie d'agréer par avance tous mes remerciements ainsi que l'expression de mes très respectueuses salutations.

Pièces jointes :
Mon curriculum vitae
Mes publications

Copies pour information à

Monsieur Dominique de Villepin, Premier Ministre,
Monsieur Xavier Bertrand, ministre de la santé et des solidarités,
Monsieur Pascal Clément, garde des sceaux, ministre de la justice,
Monsieur Jean-François Lamour, ministre de la jeunesse, des sports et de la vie associative,
Monsieur Philippe Bas, ministre délégué à la sécurité sociale
Monsieur Pierre Morange, député des Yvelines,
Monsieur Alain Gournac, Sénateur,
Monsieur François Autain, Sénateur.

Dr Martine GARDENAL

- AFFAIRE DUMAS

**FIN DU PROCÈS DU DR DUMAS : AVANCEE MAJEURE POUR LES
THERAPEUTIQUES ALTERNATIVES DU CANCER (Alternative Santé, mai 2003,
n° 300. Alternative Santé, 11 rue Meslay, 75003 Paris, tél. 01 44 54 87 00**

"C'est une avancée juridique majeure pour les patients et les médecins ", se réjouit le Dr Alain Dumas, commentant le jugement par lequel l'Ordre national des médecins vient de mettre fin aux huit années de poursuites dont il était victime. On se souvient que l'Ordre des médecins des Côtes-d'Armor reprochait au Dr Dumas de prescrire des médicaments non conventionnels dans le traitement du cancer, c'est-à-dire, à leur avis, des " thérapeutiques non éprouvées ", ce qui est contraire au Code de déontologie médicale. Traduit une première fois devant l'Ordre régional des médecins, il avait obtenu gain de cause. Mais ses confrères des Côtes-d'Armor firent appel auprès de l'Ordre national qui le condamna, en avril 1999, à un mois de suspension. Ayant porté l'affaire devant le Conseil d'État, le Dr Dumas obtint en octobre 2001 une première reconnaissance. En annulant la condamnation, le Conseil ne se prononçait pas sur le fond de l'accusation, mais ses attendus lui donnaient gain de cause : ils reprochaient à l'Ordre de ne pas avoir tenu compte des travaux scientifiques réalisés à l'étranger concernant ces médicaments. Le 23 janvier 2003, l'affaire était donc jugée pour la seconde fois en appel par la section disciplinaire de l'Ordre national des médecins.

Face à l'Ordre des médecins des Côtes-d'Armor, dont la position n'avait pas bougé d'un pouce, le Dr Dumas, fort de l'avis du Conseil d'État et du soutien des quelques 200 personnes présentes, s'est défendu brillamment (Alternative Santé - L'Impatient, janvier 2003 et mars 2003) et a cette fois convaincu l'Ordre national. Certes, l'Ordre a préféré un jugement en demi-teinte. Il évite de se prononcer sur le caractère éprouvé ou non des thérapeutiques utilisées, ces faits relevant de l'amnistie présidentielle. Mais l'amnistie ne pouvant couvrir "les manquements à l'honneur et à la probité", les juges ordinaires réhabilitent pleinement le Dr Dumas (Le recours au Conseil d'État n'étant pas suspensif, le Dr Dumas a dû toutefois fermer son cabinet pendant un mois, en septembre 1999, peine dont il est aujourd'hui amnistié). Non seulement son intégrité, mais aussi la cohérence de sa démarche sont reconnues: " Le Dr Dumas prescrit ces produits en complément de traitements médicaux, sans chercher à dissuader ses patients des méthodes et thérapeutiques classiques ni inciter les intéressés à y substituer les produits qu'il recommande. " En outre, l'Ordre reconnaît que " les produits dont la prescription est reprochée au Dr Dumas, tels le vaccin de Friedmann, le Bioparyl, les produits type DPG ou Solomidès ou le Phosphorus, ne présentent pas par eux-mêmes de dangers pour les patients ". C'est une reconnaissance claire et nette du droit pour les médecins d'utiliser ces différents produits, dont nous avons souligné à plusieurs reprises les bienfaits quand ils sont prescrits à bon escient (Voir notamment notre hors-série : 68 Médecines alternatives et traitements complémentaires) et même lorsqu'ils ne bénéficient pas d'une AMM (autorisation de mise sur le marché). "Une avancée majeure pour la liberté de prescription des médecins et le libre choix thérapeutique", conclut le Dr Dumas.

Régis Pluchet

- AFFAIRE MOULINIER

JUSTICE. UN VRAI PAS POUR LE PLURALISME THERAPEUTIQUE (Alternative Santé, novembre 2000, n° 272. Alternative Santé, 11 rue Meslay, 75003 Paris, tél. 01 44 54 87 00)

Deux jugements récents viennent appuyer ceux qui réclament le droit de soigner leur cancer ou une maladie grave avec des traitements non reconnus. Une victoire pour les médecins et patients attachés au pluralisme thérapeutique.

C'est une première ! Le Conseil d'État vient de casser le jugement de l'ordre des médecins qui avait condamné, au mois d'octobre 1996, le Dr Didier Moulinier, médecin à Bordeaux, à deux mois de suspension du droit d'exercer la médecine. Motif : il prescrivait " des remèdes insuffisamment éprouvés qui pouvaient faire courir aux patients des risques injustifiés ".

Depuis plusieurs décennies, des médecins sont régulièrement poursuivis et condamnés par leur Ordre pour utilisation de "remèdes insuffisamment éprouvés". Une appellation qui permet à l'Ordre de combattre l'utilisation des thérapeutiques complémentaires du cancer et des maladies graves. Fruit d'un arbitraire qui cache mal les jalousies de certains médecins face aux résultats de ces thérapeutiques, les condamnations interviennent sans preuves et en l'absence de plaintes des malades ; ceux-ci au contraire soutiennent leurs médecins.

Un cas exemplaire

Le cas du Dr Moulinier est exemplaire. En 1984, il obtenait sa thèse de doctorat en médecine avec une étude de plusieurs dizaines de cancéreux utilisant des traitements conventionnels et complémentaires. Titulaire d'un diplôme de cancérologie de l'université de Paris-Nord (où il était étudiant d'un de nos cancérologues les plus réputés, le Pr Israël), il connaît bien ces traitements et, contrairement à ce qu'on lui reproche, il les a "éprouvés" sur le plan scientifique comme sur le plan médical. Il participe régulièrement aux séminaires médicaux, notamment du Gretac (Groupement de recherches et d'études des thérapeutiques allopathiques et complémentaires), où il confronte ses résultats avec ceux de ses confrères (Gretac, 26, chemin Plaine, 09000 Saint-Jean-de-Verges. Tél. : 05 61 05 28 44.). Il a eu plusieurs fois maille à partir avec l'Ordre. Après sa condamnation en 1996, sûr de son droit, il fait appel du jugement auprès du Conseil d'État. Celui-ci annule la condamnation, qu'il trouve insuffisamment motivée : il reproche à l'Ordre d'invoquer des risques injustifiés sans préciser lesquels et sans se référer à des dossiers précis de malades.

"C'est une avancée significative", explique un de ses confrères du Gretac, lui aussi diplômé de cancérologie. "Cette condamnation de l'ordre des médecins, obtenue grâce à l'évolution de la situation au niveau européen, montre que celui-ci ne peut pas continuer impunément à fonctionner comme un tribunal d'exception qui bafoue le droit constitutionnel ", poursuit-il. En effet, notre droit reconnaît que les médecins peuvent prescrire en conscience tout remède utile à leurs patients, y compris ceux qui ne sont pas reconnus, dès lors que les traitements conventionnels n'ont pas d'effets positifs pour eux. Certes, ils ne doivent pas faire courir de risques aux patients. Mais désormais, l'ordre des médecins ne pourra plus s'en tenir à l'arbitraire : il devra faire la preuve de la dangerosité des traitements prescrits par les médecins qu'il poursuit. " Le Conseil d'État a jugé que l'ordre des médecins ne pouvait pas se mettre au-dessus des lois. Il s'agit d'une véritable révolution ", se réjouit le Dr Moulinier.

Le droit des patients

Quelques semaines avant cette décision, un jugement de la Cour de cassation venait rappeler le droit des patients dans ce domaine. En effet, à plusieurs reprises, des caisses primaires d'assurance maladie ont refusé de prendre en charge des soins infirmiers correspondant à des injections de produits non

remboursables. Une des multiples pressions visant à dissuader les patients de recourir aux thérapeutiques non conventionnelles, en leur faisant payer le prix fort. On a même vu des caisses réclamer, après coup, le remboursement de ces soins. Ainsi, dans les Deux-Sèvres, la CPAM a voulu récupérer, quatre ans après, plus de 4 000 francs d'actes infirmiers. Le comble, c'est que cette restitution a été demandée, non à la patiente qui en avait bénéficié mais à l'infirmière, considérant sans doute que celle-ci était en faute pour avoir coté les actes comme s'ils étaient remboursables. _La patiente qui avait bénéficié de ces injections a écrit à la caisse, soulignant que ces traitements lui étaient d'autant plus bénéfiques qu'ils lui évitaient les effets secondaires d'une chimiothérapie conventionnelle et les arrêts de travail qui en résultent. Une économie considérable pour la Sécurité sociale. La caisse a renoncé à réclamer la somme. Sans doute s'est-elle rendu compte qu'elle n'était pas dans son droit. En effet, en 1995, une patiente qui s'était vu refuser le remboursement de l'injection de tels produits s'est plainte auprès du tribunal de la Sécurité sociale de la Creuse, qui lui a donné raison. Mais le directeur régional des Affaires sociales ne l'a pas entendu de cette oreille et a porté l'affaire devant la Cour de cassation. Le 23 novembre 1995, celle-ci rejetait sa demande, jugeant que tous les soins infirmiers ayant fait l'objet d'une prescription médicale doivent être remboursés, même si les médicaments utilisés ne sont pas eux-mêmes remboursables.

Ce jugement n'a pas suffi à arrêter le zèle de certaines caisses. En 1998, Mme Lucas, une patiente des Côtes-d'Armor, s'est vu refuser le remboursement de l'injection de certains médicaments. Soutenue par l'association Santé - Liberté - Bretagne, défendue par son médecin le Dr Dumas, Mme Lucas porte plainte auprès du tribunal de la Sécurité sociale de Saint-Brieuc et obtient gain de cause. Passant outre au jugement de 1995, le directeur régional des Affaires sociales de Bretagne a porté l'affaire en cassation. Le 19 juillet dernier, la Cour rejetait son pourvoi. Sa décision réitérait le jugement précédent et condamnait le directeur à verser 12 000 francs à Mme Lucas, pour couvrir ses frais de justice. "Ces deux décisions vont faire jurisprudence. Il est bon que les patients en soient informés car il faut se battre pour que notre liberté de choix soit respectée", conclut Mme Lucas. Les malades soignés par ces thérapeutiques peuvent être amenés à déboursier plusieurs milliers de francs par mois, lorsque celles-ci ne sont pas prises en charge par la Sécurité sociale. C'est avec soulagement qu'ils apprendront qu'au moins les soins infirmiers leur seront désormais remboursés et que leurs médecins seront plus difficilement poursuivis. **Régis Pluchet**

- AFFAIRE MASCHI



LE DR JEAN-PIERRE MASCHI REHABILITE : LA « MASCHITHERAPIE » CONTRE LA POLLUTION ELECTROMAGNETIQUE (Nice matin AM/ Mercredi 20 Mars 2002 – tous droits réservés)

Issu d'une vieille famille niçoise, le Dr Jean-Pierre Maschi est ancien externe des Hôpitaux de Paris. Il a commencé à exercer comme généraliste de 1955 à 1962 à Tulear, au sud de Madagascar avant de s'installer à Nice. « Dès 1965, j'ai pris conscience, le premier au monde, de l'existence de la pollution électromagnétique. Dans les pays industrialisés, les gens souffraient de plus en plus d'affections cardiaques, neurologiques, rhumatismales très peu fréquentes dans les pays en voie de développement où les populations marchent pieds nus et sont donc en contact avec la terre. À Madagascar, la sclérose en plaques était ainsi une maladie inconnue ».

À partir de ces constatations et pour lutter contre les effets de la pollution électromagnétique « provoquée par les appareils ménagers, les vêtements en nylon, les lignes à haute tension, les radars, les stations émettrices de radio ou de télévision », le Dr Maschi mit au point une thérapeutique.

Ses malades, scandalisés que leur médecin soit radié à vie et que le ministre de la Santé refuse obstinément de désigner une commission d'enquête, créèrent alors le « groupement de défense de la Maschithérapie » : c'est ainsi qu'ils avaient dénommé la thérapeutique qui leur donnait satisfaction.

Outre ses conseils simples comme mettre le plus souvent possible ses pieds nus au contact de la terre (1), éviter de porter des chaussures dont les semelles sont des isolants électriques (en caoutchouc) et des vêtements ou sous-vêtements en fibres synthétiques, le Dr Maschi avait mis au point une ceinture en tissu de coton qui comportait une petite poche, située au niveau de la colonne vertébrale, destinée à recevoir un sachet contenant un mélange de minéraux utilisés dans les cures thermales, mais secs et pulvérisés.

Une thérapeutique sans mystère et au principe aussi simple que la théorie du praticien niçois sur la pollution électromagnétique. « En 1990, commente-t-il, Wolfgang Volkrodt, un spécialiste allemand des ondes électromagnétiques, a estimé que la pollution électromagnétique avait centuplé au cours de 30 dernières années et que durant cette période la densité de notre environnement électromagnétique avait été multipliée par un milliard ».

Le Dr Maschi estime essentielle cette constatation contenue dans un rapport de l'Organisation mondiale de la santé en 1985 sur la « Protection contre les rayonnements non ionisants » : « Si le sujet n'est pas relié à la terre, il se produit une tension sur la surface de son corps. Cette tension est nulle par contre s'il est relié à la terre ». L'ancien généraliste niçois ajoute : « Le corps humain doit être relié à la « masse ». C'est le bon sens ».

Chaussier Jean



LE DR JEAN-PIERRE MASCHI REHABILITE- (Nice matin AM/ Mercredi 20 Mars 2002 – tous droits réservés)

Sa radiation à vie par l'ordre des médecins pour «charlatanisme» en 1968, le généraliste niçois, qui soignait à sa façon rhumatisants et sclérosés en plaques, avait été annulée en 1990 Aujourd'hui, il vient d'obtenir une nouvelle victoire : la réhabilitation

Toutes proportions gardées, son tort aura été, comme Galilée, d'avoir eu raison trop tôt. Et le Dr Jean-Pierre Maschi l'a payé cher : l'expulsion par ses pairs du corps médical !

Alors que les antennes relais pour la téléphonie mobile sont suspectées d'émettre des ondes cancérigènes, ce praticien niçois prit conscience dès 1965 de l'existence d'un nouveau facteur écologique qu'il dénomma alors la pollution électromagnétique.

« À cette époque, les scientifiques commençaient seulement à s'intéresser à la pollution chimique de l'air, des eaux, des sols. Le grand public était encore tenu dans l'ignorance totale des problèmes d'environnement, d'écologie ».

Cette idée de nouvelle pollution amena le Dr Maschi à mettre au point une thérapeutique qu'il fit suivre à partir de 1967 à des rhumatisants puis à des sclérosés en plaques. (voir par ailleurs). Rapidement, ce traitement donna des résultats dépassant ses espérances. L'affaire Maschi allait commencer et être hyper médiatisée.

Malgré 600 lettres de soutien de malades

Après la parution dans toute la France d'articles de presse rapportant les témoignages de ses malades, le Conseil départemental de l'Ordre des médecins le convoquait en avril 1968 : « Il m'accusa de porter ombrage à l'honneur de ma famille, de la médecine niçoise et française ». Six mois plus tard, il était traduit devant le Conseil régional de l'ordre à Marseille.

« J'ai été radié à vie pour « publicité et charlatanisme », la sanction la plus grave de la juridiction ordinaire Les arguments invoqués : j'avais utilisé la même thérapeutique pour des maladies différentes. J'ai alors

fait appel devant le Conseil national qui refusa de faire examiner mes malades ».

En février 1970, le Conseil d'État confirmait sa radiation « alors qu'il avait reçu plus de 600 lettres de malades de toute la France me soutenant ». Des experts étaient quand même désignés par le ministère de la Santé. « Ils ont conclu que tous mes patients étaient des psychosomatiques et moi un déséquilibré mental dangereux pour ses malades ! ».

Le Dr Maschi continuait à soigner ses malades. Poursuivi à trois reprises (en 1971, 1974, 1978) par le Conseil départemental de l'ordre des médecins pour « exercice illégal de la médecine », il était condamné à des peines de principe -200 francs d'amende avec sursis par exemple.

Chaque audience de correctionnelle était l'occasion pour une centaine de ses patients de venir lui témoigner leur gratitude. Le professeur Joseph Thouvenot, titulaire de la chaire de physiologie à l'UER de médecine de Tours, vint prendre sa défense, affirmant à la barre que la médecine officielle devait prendre en considération ses découvertes empiriques.

Le même jour d'octobre 1978, s'adressant directement au Dr Maschi en pleine audience, le substitut Léon lui a dit : « Jusqu'à preuve du contraire, vous êtes un précurseur. Le vœu que nous faisons est celui-ci : aurez-vous la patience d'attendre pour faire attendre vos idées et votre thérapeutique ? Si vous avez raison, vous l'emporterez ».

« Étiquette infamante »

Le Conseil d'État et le Conseil de l'ordre national des médecins ayant considéré que le Dr Maschi s'était rendu coupable « d'atteinte à la probité », une amnistie était juridiquement impossible. Mais le praticien niçois remportait une première victoire : le 1er mars 1990, un décret du président François Mitterrand annulait sa radiation.

Il lui restait à franchir la dernière marche, celle d'un honneur entièrement rendu : la réhabilitation. Après avoir sollicité le président Jacques Chirac, il vient de l'obtenir le 7 février, recevant un courrier de la direction des affaires criminelles et des grâces du ministère de la Justice.

Une mesure que le Dr Maschi accueille bien sûr avec une immense satisfaction. « Pendant trente ans, j'ai dû porter l'étiquette infamante du charlatan radié à vie. Mais j'ai toujours été certain de l'exactitude de mes théories et de la valeur de ma thérapeutique. ». Me Pierre Pasquini, son ardent défenseur pendant un quart de siècle souligne. « À l'époque de sa radiation, le Dr Maschi a été victime des excès du Conseil de l'ordre qui refusait de constater ses découvertes sur la pollution électromagnétique et le considérait comme un charlatan. Que de temps perdu pour rien. »

Son nouveau combat : « avertir le public »

À 74 ans, - il a cessé d'exercer en 1991 -, le Dr Maschi mène désormais un autre combat. « La pollution électromagnétique est maintenant reconnue dans le monde entier. Mais il s'agit de faire admettre ses dangers par les responsables français de la santé. Depuis 35 ans, j'alerte les ministres. Je n'ai jamais eu de réponse. En 94 le Parlement européen a voté une résolution pour lutter contre les radiations non-ionisantes. La France n'en a jamais tenu compte ».

Le Dr Maschi veut se faire entendre à nouveau. Il vient de terminer en effet un nouvel ouvrage « Combat pour une idée » avec comme sous-titre « la pollution électromagnétique » dont il dit : « A la fois inodore, invisible, impalpable et indolore, elle est particulièrement dangereuse. Sans oublier qu'elle ne déclenche des troubles qu'après des années d'exposition. Il faut avertir le public. La polémique actuelle autour de la nocivité des téléphones portables confirme que j'avais raison dès 1967... »

Jean Chaussier

- AFFAIRE BRY

SOUTIEN au docteur BRY

COMMUNIQUE DE SOUTIEN au DOCTEUR BRY de la COORDINATION OUEST des Associations de Santé Citoyennes POUR LE LIBRE CHOIX THERAPEUTIQUE - 20, rue des Chaussumiers-37230 FONDETTES Tel/Fax:02 47 49 93 95

Nantes, le 21 AVR. 2001

Le 19 décembre 1999, le docteur Philippe BRY, pédiatre homéopathe à Fondettes (37), a fait l'objet d'une sanction d'interdiction temporaire d'exercer la médecine pendant un mois, prononcée à son encontre par le Conseil Régional de l'Ordre des Médecins.

Le Conseil lui reproche d'avoir, le 3 décembre 1998, établi une ordonnance relative à une isothérapie séquentielle de vaccins.

La technique d'isothérapie séquentielle, a été largement diffusée par un médecin suisse, le docteur Elmiger, depuis les années soixante-dix. Elle consiste à administrer une dilution homéopathique du ou des vaccins incriminés devant un effet secondaire suspecté, à des concentrations de plus en plus faibles, selon la technique de Korsakov, et dans l'ordre inverse où les vaccinations ont été reçues, en remontant le temps, de la vaccination la plus récente vers la vaccination la plus ancienne. Concernant les isothérapies de vaccin, les dilutions korsakoviennes sont disponibles dans toutes les pharmacies depuis mars 1997, à part quelques souches qui l'étaient déjà depuis 1983 : iso vaccin du DTP (diphtérie-tétanos-poliomyélite), du DTCP et du Tétracoq (DTP associé à coqueluche), iso vaccin Engerix B et Genhevac B (vaccins de l'hépatite B), iso ROR (rougeole-oreillons-rubéole). Plusieurs protocoles thérapeutiques sont possibles, fonction de l'ancienneté du vaccin, et des troubles pathologiques, et fonction du patient et du vaccin en cause.

L'isothérapie séquentielle est donc une modalité du mode de prescription des produits homéopathiques, qui suit les mêmes règles de fabrication, de délivrance, et d'administration, que l'ensemble des remèdes homéopathiques.

Concernant l'ordonnance d'isothérapie du 3 décembre 98, les griefs retenus par le Conseil de l'Ordre se réfèrent au non-respect des articles 34, 39, et 40 du Code de Déontologie médicale et de la Loi Huriet.

Or, à l'examen, ces critiques n'apparaissent pas fondées :

✓ En premier lieu, conformément à l'article 34, le docteur Bry a bien formulé ses prescriptions, avec toute la clarté indispensable, au demeurant pour un traitement de présentation simple, et a fourni au patient toutes les explications voulues, ce qui a amené ce dernier à accepter le traitement.

✓ En second lieu, le remède proposé est qualifié à tort par le Conseil de l'Ordre «d'insuffisamment éprouvé », alors que, comme précisé ci-dessus, les dilutions homéopathiques isothérapeutiques sont disponibles dans toutes les pharmacies et prescrites à grande échelle par tous les homéopathes européens. En outre cette modalité homéopathique particulière, remonte aux années 1960, sur l'initiative d'un médecin suisse allemand, le docteur SENN, de Lausanne, avant de franchir les frontières européennes grâce aux écrits du docteur ELMINGER.

✓ En troisième lieu, le docteur Bry n'a pour ces raisons fait courir aucun risque injustifié au malade (cf article 40 du Code de Déontologie), mais au contraire, s'est conformé « *au devoir qu'a le médecin de s'écarter des usages lorsque l'intérêt du malade l'exige* » (cf. décision de la Cour de Cassation du 19/11/57).

Enfin, l'ordonnance incriminée ne respecterait pas les dispositions de la loi Huriet du 20/12/88 concernant les essais cliniques sans but thérapeutique. Ne s'agissant que d'une simple modalité d'administration de substances homéopathiques, et non d'expérimentation sur la personne humaine (ces substances ayant fait leur preuve), on perçoit mal où pourrait résider l'infraction à cette loi. Au demeurant, la déclaration d'Helsinki de 1964 et celle de Tokyo en 1975, approuvées par l'assemblée médicale

mondiale, et signées par la France, donc applicables en droit français, mentionnent que « *lors du traitement d'un malade, le médecin doit être libre de recourir à une nouvelle méthode diagnostique ou thérapeutique, s'il juge que celle-ci offre un espoir de sauver la vie, rétablir la santé ou soulager les souffrances du malade.* » A noter également que les citoyens doivent disposer de la liberté de choix thérapeutique en vertu de l'article 16/3 du Code Civil.

Pour ces raisons, et devant cette sanction partielle, le docteur Bry a fait appel de la décision du Conseil Régional, auprès du Conseil National de l'Ordre. Dans le même temps, le Conseil Départemental, à l'origine de cette plainte en association avec celle d'un pédiatre de Saint-Cyr, faisait également appel, estimant le docteur Bry, insuffisamment sanctionné. Le Conseil National de l'Ordre, par sa décision du 12 janvier 2001, a rejeté la requête du docteur Bry, et a alourdi la sanction, portant l'interdiction d'exercer de un à deux mois.

La section disciplinaire du Conseil National soutient que le Conseil Régional d'Orléans, en accueillant la plainte d'un confrère contre le docteur Bry, n'a pas manqué au devoir d'impartialité qui s'impose à toute juridiction conformément à l'article 6.1 de la Convention européenne des Droits de l'Homme. Or, les conseillers départementaux doivent être considérés, non seulement comme les plaignants (instruction de la plainte), mais aussi comme des concurrents du docteur Bry, compte tenu que ce conseil comporte notamment plusieurs médecins de la même spécialité médicale. Les conseillers départementaux élisent les conseillers régionaux et les conseillers nationaux. Ces membres composent la juridiction de première instance et d'appel. De ce fait, il existe un lien troublant entre les concurrents du docteur Bry (les conseillers départementaux) et les membres des sections disciplinaires (conseillers régionaux et nationaux).

Dès lors, la suspicion de partialité des juges disciplinaires doit être regardée comme étant établie. La Cour européenne des Droits de l'Homme s'est prononcée dans ce sens, en condamnant l'Ordre des Médecins dans l'affaire qui l'opposait à SOS-Médecins -arrêt Gautrin, 38-1997, 822-1025 à 1028 du 20/5/98 : « *ni le Conseil Régional d'île de France, ni la section disciplinaire du Conseil National du même Ordre, ne furent un tribunal impartial.* » Pour sa part, le Conseil d'Etat a reconnu pour la première fois le 26/7/96 - affaire Pandit- que les dispositions de la Convention européenne des droits de l'Homme, sont applicables en matière disciplinaire. Une position analogue a été adoptée par la Cour de Cassation, chambre sociale, le 17/12/98.

Comme l'indique l'article de la Nouvelle République du 12/2/2001, la plainte n'émane pas d'une famille de patient, mais d'un pédiatre de l'agglomération tourangelle concurrent du docteur Bry. Cette plainte constitue une délation qui viole l'article 56 du Code de déontologie médicale, stipulant que « *les médecins doivent entretenir entre eux des rapports de bonne confraternité.* » Or cette violation du code n'a pas été relevée par les Conseils, départemental, régional, ni national.

Le Conseil National mentionne que l'intéressé en pratiquant le traitement isothérapeutique séquentiel, utilise « *des procédés thérapeutiques insuffisamment éprouvés et qu'il n'apporte aucune justification scientifique probante quant à l'efficacité des traitements qu'il prescrit.* »

Ces deux points sont inexacts, ainsi que nous l'avons commenté précédemment, car en l'absence d'autres thérapeutiques et en raison de résultats très positifs dans des cas identiques avec un traitement appliqué très largement par les homéopathes dans toute l'Europe, le docteur Bry était bien fondé dans cette prescription. Sur le deuxième point, si ce médecin n'apporte aucune justification scientifique, il obtient en revanche des résultats, alors même que l'Ordre n'apporte lui-même aucune justification scientifique sur l'éventuelle dangerosité de ce traitement. En tout état de cause, dans une lettre adressée le 20/7/99 au docteur Moulinier de Bordeaux, le Président du Conseil National de l'Ordre précise : « *dans l'état actuel de ses missions de service public, l'ordre des Médecins n'a pas compétence pour juger scientifiquement de la qualité d'un traitement, mais celle de s'assurer que celui-ci a été officiellement validé.* » Il en résulte que l'allégation du Conseil National que « *l'iso thérapie fait courir à ses jeunes patients des risques injustifiés* » ne correspond à aucune réalité, puisque au contraire, elle réussit très bien dans la détoxication des vaccins. Le Conseil ajoute que le docteur Bry « *a jeté la suspicion sur l'utilité des vaccinations chez les jeunes enfants.* » Ceci est erroné, car à aucun moment de la procédure, ce médecin n'a tenu de propos défavorables à l'égard des vaccinations. La sanction prononcée à l'encontre de ce praticien, est entachée

d'illégalité à plusieurs titres, car elle viole :

- La décision de la Cour de Cassation, et les déclarations d'Helsinki et de Tokyo précitées,

- L'arrêt du Conseil d'Etat (C.E.) du 29/7/50, « Comité de défense des libertés professionnelles », mentionnant que les décisions de restrictions aux libertés des médecins, prononcées par les Conseils de l'Ordre, ne peuvent être tenues pour légales que si elles sont justifiées par la discipline de la profession, ce qui ne saurait être le cas sur le fondement de prescriptions de médecines non conventionnelles reconnues par la Déclaration du Conseil de l'Europe de 1984 et les résolutions du Parlement européen du 29/5/97 et du Conseil de l'Europe du 4/11/99.

Le C.E. reconnaît aux membres de l'Ordre « des libertés individuelles » qui leur appartiennent « comme à la généralité des citoyens. »,

✓ L'arrêt Bouguen du C.E. du 2/4/43, qui indique que la loi fondamentale de l'Ordre est celle « du salut public. »,

✓ L'arrêt Privat du C.E. du 27/4/51, stipulant que les règles du code cessent de s'imposer lorsqu'elles sont contraires à l'intérêt supérieur des malades.

En vertu de ces textes, il est clair que la pratique médicale du docteur Bry, est conforme au droit positif. Elle l'est aussi au regard des règles d'éthique si l'on considère le serment de Genève de 1948 : « Je considérerai la santé de mon patient comme mon premier souci. » En effet, son efficacité, ses qualités relationnelles et son attention, et son sens élevé de l'H.

- AFFAIRE SCHROEDER

SOUTIEN AU DOCTEUR SHROEDER

SANTÉ SOLIDARITÉ, ASSOCIATION CITOYENNE DE SANTÉ POUR LA PRÉVENTION ET LE LIBRE CHOIX THÉRAPEUTIQUE (association existant depuis 1982, 1000 adhérents)

LE 11 MAI 2004 : UN COLLECTIF DE PLUS DE 500 PATIENTS SE CONSTITUE

La section disciplinaire du Conseil régional de l'Ordre des Pays de Loire a infligé au Docteur SCHROEDER de Nantes une sanction d'une gravité exceptionnelle : la radiation à vie.

À l'origine, la plainte d'une patiente lui reprochant des termes trop familiers et d'autre part des pratiques homéopathiques non éprouvées (non démontrées) en France.

Cette sanction nous apparaît, à nous ses patients, exorbitante eu égard aux faits qui lui sont reprochés. La familiarité du Docteur avec ses patients, nous la connaissons tous et si nous retournons le voir c'est bien parce que nous avons vérifié par nous-mêmes l'efficacité des traitements prescrits. Que ces traitements soient démontrés en France ou non ne change rien au bien être durable si ce n'est la santé que nous avons retrouvée.

C'est pourquoi nous nous sommes rassemblés pour former un "Collectif de patients".

Ce collectif provisoire dépasse en ce début mai 2004 les 500 adhérents et vu, les soutiens qui affluent, avoisinera le millier au moment de la comparution du Docteur SCHROEDER devant le Conseil national de l'ordre des médecins le 10 juin prochain. Bien sûr ne sera représentatif pour ce "tribunal" que le nombre d'adhérents se rendant le 10 juin Bd Haussmann à Paris, c'est pourquoi nous vous encourageons, si différentes raisons ne vous permettent d'être présent, de vous faire remplacer par une autre personne de votre choix.

D'autres actions vers nos élus et les acteurs de santé sont lancées, l'objectif est de défendre le Docteur SCHROEDER mais aussi de faire reconnaître les thérapies utilisées par celui-ci pour que nous puissions

choisir notre médicament chimique ou naturel.

Pour plus d'informations contactez l'association Santé Solidarité de 15h à 18h30 du lundi au vendredi au 02.40.48.62.75. Dans la mesure du possible un représentant du collectif y sera présent pour vous répondre. Nous remercions Santé Solidarité pour l'aide et le soutien qu'elle apporte au Collectif.

- AFFAIRE DELEPINE

SOCIETE. MEDECINE. DEUX MEDECINS RISQUENT L'INTERDICTION D'EXERCER (Les archives intégrales de l'humanité/Lundi 25 septembre 2000)

Le Conseil de l'ordre s'en prend à deux oncologues

Charge retenue contre les docteurs Nicole et Gérard Delépine : ils ont répondu à des interviews. En réalité, c'est leur opposition à certaines pratiques thérapeutiques dépassées qui est visée.

Les docteurs Nicole et Gérard Delépine se retrouvent poursuivis par le Conseil de l'ordre des médecins, sur plainte... dudit conseil ! Cette juridiction, créée par Vichy, dispose de l'exorbitant pouvoir de décréter n'importe quelle sanction. Il n'existe aucun barème. Une justice ordinale à la tête du client. Nicole Delépine, pédiatre et oncologue à l'hôpital Avicenne, à Bobigny (Seine-Saint-Denis), et son mari, le chirurgien Gérard Delépine, spécialiste des cancers osseux et pionnier de la chirurgie conservatrice, risquent l'interdiction d'exercer. Quelle faute, quel crime ont commis ces deux spécialistes ? Gérard Delépine a répondu aux questions de Quatre-vingt-treize, le magazine du département de la Seine-Saint-Denis. Quant à Nicole Delépine, responsable de l'unité d'oncologie pédiatrique à l'hôpital Avicenne de Bobigny, elle a reçu une journaliste du bulletin municipal Hebdo Bobigny (voir numéro du 15 juin 2000).

À suivre le Conseil de l'ordre, ces deux articles constitueraient une "atteinte aux articles 13, 19 et 20 du Code de déontologie". Autrement dit, on reproche à ces deux médecins de se faire de la publicité (art 19 et 20) et, plus perfidement, d'avoir manqué de "prudence" et d'avoir fait état de données médicales non confirmées (art. 13). Bien évidemment, la présence de Nicole Delépine sur la liste *Bouge l'Europe* aux dernières élections européennes, et la sortie de son livre Neuf petits lits au fond du couloir (1) n'ont absolument pas pesé... Si le Conseil de l'ordre se mettait à poursuivre tous les médecins qui répondent à des interviews, son tribunal interne siégerait sans relâche. La raison de ces procès est à rechercher ailleurs.

Depuis plusieurs années, Nicole et Gérard Delépine s'opposent à la tendance dominante en France qui professe que les cancers ne peuvent être vaincus que par la centralisation de toutes les données et la généralisation "d'essais multicentriques randomisés" (EMR), protocoles de soins non modifiables, administrés aux patients répartis en deux groupes par tirage au sort. Cette loterie détermine ceux qui vont recevoir le traitement et ceux qui ne le recevront pas ou qui se contenteront d'un placebo (un produit non actif) ou d'un traitement ancien. Cette méthode expérimentale, justifiée lorsqu'elle est appliquée à des maladies non mortelles, et lorsqu'on ignore, entre deux traitements, celui qui s'avérera le plus efficace, devient une sorte de loto insoutenable s'agissant de tumeurs malignes qui peuvent "flamber" en quelques jours. Bien évidemment, les patients ignorent le plus souvent qu'ils vont être tirés au sort. On sollicite simplement leur consentement pour un protocole expérimental, sans leur expliquer qu'ils peuvent être, par tirage au sort, sacrifiés pour éventuellement sauver d'autres malades dans le futur. Ne font-ils pas confiance à la médecine ?

L'article 35 du Code de déontologie, la fameuse "bible ordinale", exige pourtant que les malades reçoivent "une information loyale, claire et appropriée sur leur état, les investigations et les soins" qui leur sont proposés. Cette violation-là du Code ne semble pas émouvoir le Conseil de l'ordre.

On comprend que l'équipe des docteurs Nicole et Gérard Delépine gêne énormément. Elle se réfère aux

travaux des professeurs Georges Mathé et Lucien Israël (voir ci-contre), l'autre mouvance en cancérologie. Ces éminents cancérologues préconisent de faire le maximum pour amener les malades à la guérison ou à la rémission. Ce qui suppose, par exemple, de modifier les traitements selon l'état du malade et sa réaction au traitement, adaptations interdites s'il s'agit d'essais randomisés. À une cancérologie "prêt à porter", Nicole et Gérard Delépine préfèrent le "sur-mesure" : un protocole " T 10 ", mis au point par le professeur Rosen, à New York, dans le traitement des ostéosarcomes (cancers des os). L'efficacité de cette chimiothérapie a fait l'objet de publications scientifiques depuis 1982. Le couple Delépine, passionné par le combat contre cette terrible maladie, se réfère donc à des données confirmées, participe régulièrement aux congrès internationaux et bénéficie d'une reconnaissance internationale. Il semble, pourtant, qu'il existe actuellement en France la volonté d'éliminer toute résistance au dogme des essais randomisés. Pour lever un obstacle aux intérêts des laboratoires pharmaceutiques fortement impliqués dans ces essais ? On peut se le demander, tant l'acharnement persiste. L'unité d'oncologie pédiatrique dont s'occupe le docteur Nicole Delépine a d'abord fait l'objet d'un transfert de l'hôpital Herold à l'hôpital Robert Debré, avec une diminution de lits. Puis sa suppression a été annoncée. C'était sans compter avec la réaction des parents des petits malades, regroupés au sein de l'association Ametist. Nombre d'entre eux s'étaient tournés vers l'équipe Delépine, après que leurs enfants avaient été considérés comme perdus dans les grands centres de cancérologie. Cette lutte, soutenue par de nombreux élus (les communistes n'y étaient pas les moins nombreux) a permis in extremis le sauvetage du service réduit à neuf petits lits, transféré en 1999 à l'hôpital Avicenne de Bobigny. Très naturellement, la presse locale avait accueilli les nouveaux venus dans ses colonnes...

Contacté, le conseil de l'Ordre, tant au niveau départemental que régional, a refusé de répondre à nos questions. Juge et partie, il espérait sans doute sanctionner les deux médecins en catimini. C'est plutôt raté. L'association médicale de défense de la déontologie et des droits des malades lance une pétition nationale (2). Parmi les élus qui ont d'ores et déjà apporté leur soutien à Nicole et Gérard Delépine, signalons Daniel Toussaint, maire de Valentigney, Bernard Birsinger, député et maire de Bobigny et Robert Hue qui, dans un courrier à Nicole Delépine, exprime son indignation : " Au-delà du prétexte de publicité personnelle, ce qui vous est à tous deux reproché, c'est de dire clairement ce qui selon vous va mal à l'hôpital et de le dire publiquement. " Seule certitude, en effet : ce sur quoi les conseillers vont se prononcer n'a pas grand-chose à voir avec le contenu réel de la plainte. *Serge Garde*

- AFFAIRE SOS MÉDECINS

<http://www.estrepublicain.fr/regionfc/2006> - Région Franche-Comté

L'Est Républicain titre le 24/03/2006 : LE CONSEIL DE L'ORDRE ALLERGIQUE A SOS MEDECINS

Comparution du Docteur Tordjman, président de l'antenne comtoise de SOS médecins, devant le Conseil de l'Ordre. La plainte du Conseil de l'Ordre s'appuie sur divers courriers échangés entre les présidents des deux structures, l'Ordre accusant le Dr Tordjman de violation du secret médical.

Derrière cette accusation, un conflit ancien et récurrent est dénoncé par le journal, qui concernerait les réticences des membres du Conseil à l'ouverture d'une maison médicale qui se trouverait ainsi en concurrence avec les médecins libéraux locaux. Or, il semblerait que peu de confrères médecins acceptent de participer à ces gardes, - ce qui justifie d'autant plus l'existence de SOS .

L'avocat de SOS médecins France « a évoqué les refus de maints généralistes de ne plus être dérangés les soirs et les week-ends, la difficulté de l'ordre à reconnaître la délégation à SOS de l'organisation des gardes par la préfecture : «Pour que SOS soit convié aux réunions sur les permanences de soins, le Dr Tordjman a dû écrire au préfet qui a écrit au président de l'Ordre » ».

Pour le journaliste, « la traduction de son président local devant le Conseil régional de l'ordre, sous le prétexte d'une violation du secret professionnel, est symptomatique d'un certain acharnement. D'une obstination qui voudrait qu'on applique un remède de cheval à l'endroit d'une thérapie de groupe ».

Il poursuit : « Car la médecine est parfois malade d'elle-même, de ses propres excès ou de ses propres carences. Elle ne soignera rien en cherchant des poux à des confrères qui auraient le seul tort d'avoir diagnostiqué un vide ».

- AFFAIRE D'AURIA

LE DAL SOUTIEN LA LUTTE DU DOCTEUR MICHELE D'AURIA (Société- par L.B.
LIBERATION.FR : mardi 07 juin 2005 - 18:21)

Longue attente, appuyée par une grève de la faim de 54 jours pour le Dr Michele d'Auria, radié de l'Ordre par le Conseil Régional d'Ile de France.

«Nous vous confions notre confrère et ami, en voulant croire que vous pourrez lui administrer le seul traitement efficace contre le syndrome dont il est gravement atteint: l'arrêt des persécutions et l'autorisation d'exercer son métier», écrivait lundi Médecins du monde, Aide médicale internationale et Médecins sans frontières dans une lettre ouverte au Conseil national de l'ordre des médecins à la veille de l'examen d'un appel contre la radiation du médecin d'Emmaüs, Michele d'Auria.

Ce médecin, qui s'occupe des sans-abri et a été le médecin personnel de l'Abbé Pierre, a été radié il y a deux ans par le Conseil de l'Ordre, qui l'a également attaqué au pénal pour exercice illégal de la médecine, faux et usage de faux.

Victime d'une erreur judiciaire en Italie Michele d'Auria s'est réfugié en France sous une fausse identité – il travaillait jusqu'alors sous le nom d'Antonio Canino - et a travaillé avec dévouement, amour et chaleur auprès des plus démunis.

Pourtant, la justice française n'a retenu aucun des motifs invoqués par l'Ordre des médecins dans sa plainte et a prononcé un NON-LIEU définitif en faveur du Docteur d'AURIA (arrêt de la cour d'appel du 24 novembre 2004). Cependant l'Ordre maintient toujours son refus de réinscription.

Le médecin, soutenu par l'Abbé Pierre, a donc repris sa grève de la faim en attendant son appel au Conseil de l'Ordre national.

C'EST AU BOUT DE 54 JOURS DE GREVE QUE LE «MEDECIN DES PAUVRES» EST REINTEGRE

« Le Conseil national de l'ordre des médecins a déjugé mardi son instance régionale qui avait refusé de revenir sur la radiation de Michele d'Auria, médecin d'Emmaüs, recherché en Italie pour participation à des attaques à main armée qu'il nie. »

- QUELQUES AFFAIRES /POLEMIQUES

- Le Dr Patrick Pelloux qui avait déclaré «*Les urgentistes ne sont pas là pour faire le boulot que les médecins libéraux ne veulent pas faire*», a été convoqué par l'Ordre.

- Le Dr Michele d'Auria, médecin d'Emmaüs, accusé à tort (puis disculpé, car il y avait erreur sur la personne) par la justice d'avoir un passé terroriste en Italie pendant les «années de plomb», sera radié de l'Ordre, lequel Ordre semble avoir au passage dissimulé des preuves de l'innocence de leur confrère.

- **Le Dr Garetta, en grande partie responsable de la diffusion du sang contaminé, est pardonné par l'Ordre sans états d'âme.**

- Le Dr Carpentier, co-rédacteur d'un tract d'information sur la sexualité («apprenons à faire l'amour») distribué à la sortie d'un lycée, perd le droit d'exercer son métier pendant un an (octobre 1972).

http://fr.wikipedia.org/wiki/Ordre_des_médecins

- L'HOMÉOPATHIE ET LA PRESSE

L'UNACS PREND LA DEFENSE DE L'HOMÉOPATHIE (VOUS ET VOTRE SANTE)

L'UNACS (Union nationale des associations citoyennes de santé) a décidé de porter plainte contre The Lancet pour diffamation à l'encontre des médecins homéopathes, et désormais ils répondront aux coups par les coups, le dialogue n'étant plus possible et les attaques se faisant systématiquement.

Ce journal a publié un article attaquant les homéopathes, accusés de pratiquer une "médecine malhonnête", une "médecine placebo". A travers un tel article, ce sont tous les médecins ou praticiens de l'homéopathie qui sont visés, et les patients pris pour des sots et menacés de voir disparaître la médecine qui, souvent, leur a rendu la santé.

Ce n'est évidemment pas la première attaque de ce genre. De temps à autre, entre deux marronniers, les sectes et les francs-maçons, Stéphanie de Monaco et la reine d'Angleterre, nous avons droit à ce genre de diatribe.

Il faut être particulièrement de mauvaise foi pour se livrer à de telles arguties. Et ce pour trois principales raisons (il y en a d'autres, mais soyons brefs !) :

- Affirmer que l'homéopathie n'est qu'un placebo ; c'est nier deux cents ans ou presque de pratique, donc d'expérimentation clinique. La littérature homéopathique regorge d'observations innombrables (à commencer par les écrits de Samuel Hahnemann lui-même) sur les maladies les plus diverses. Toutes montrent une action tangible, constatée, relatée, se traduisant souvent par la guérison, des médicaments homéopathiques.

Car, contrairement à nombre de médicaments chimiques, comme ils agissent sur le terrain ils peuvent prétendre aboutir à la guérison (le souhait de Hahnemann et le point de départ de ses recherches) et pas seulement à la disparition des symptômes. Nier ces innombrables observations, passe encore, mais refuser de prendre en compte les excellents résultats obtenus chez les enfants, et mieux encore en médecine vétérinaire, relève de la mauvaise foi la plus pure. Où est l'effet placebo chez une jument ou un chiot ? Rappelons que l'expérimentation (reproduire les mêmes effets dans les mêmes conditions) est la base de la science, n'en déplaise aux tartufes du scientisme. A ce niveau, l'homéopathie peut prétendre être véritablement scientifique !

- Autre point important : on persiste à appliquer à l'homéopathie les mêmes critères d'appréciation que ceux utilisés pour la médecine allopathique. Or il ne sont pas valables, puisque l'homéopathie utilise des doses infinitésimales.

- Enfin, et c'est important aussi, l'homéopathie n'est pas, comme l'allopathie, une "médecine bulldozer" ni une réponse standardisée à une maladie. On ne donne pas les mêmes remèdes pour la même maladie à différentes personnes. Ceux-ci sont déterminés en fonction de paramètres tels que l'hérédité, les maladies antérieures, le psychisme, les conditions de vie, etc.

Revers de la médaille, l'homéopathe (qui a, de toute façon, fait auparavant des études médicales classiques) doit être un digne représentant de ce que l'on peut appeler "l'art médical" (avec tout ce que cela représente de finesse, d'intuition, de savoir et d'expérience), et non une machine à prescrire. Les échecs – rares – de l'homéopathie sont le plus souvent dus à une insuffisance du praticien.

Jacques Bessin et Hélène Barbier de Vimont

- PETITION POUR LE BOYCOTT DE L'ORDRE

LETTRE OUVERTE AUX PRESIDENTS DE SYNDICATS REPRESENTATIFS DES MEDECINS GENERALISTES

http://www.generalistes2002.net/article.php3%3Fid_article%3D76((mercredi 23 octobre 2002, par Michel Amar)

Cette lettre s'accompagne d'une pétition pour le boycott de l'ordre, dont ci-après quelques extraits de l'argumentaire :

1) L'ordre des médecins est déjà massivement désavoué par l'ensemble du corps professionnel :

La participation des médecins aux seules élections qui leur soient accessibles (ordres départementaux) est dérisoire : 25% en moyenne du corps électoral.

2) Justification du boycott rendue obligatoire par la position, nuisible aux intérêts des médecins généralistes, de l'Ordre.

3) Proposition de perspectives enfin démocratiques de la part des syndicats : dissolution des ordres politiques, accompagnée d'une proposition concrète de remplacement de ces institutions

EXTRAIT DES CONCLUSIONS :

« ...L'intervention récente de l'ordre dans un conflit syndical opposant les médecins aux pouvoirs publics dans le domaine de la permanence des soins prouvera sans doute à ceux d'entre nous qui doutaient de la pérenne nocivité de cette structure vis-à-vis des intérêts légitimes des médecins généralistes en particulier. Or le vrai pouvoir d'une institution est concédé en vertu de la sagesse de son usage et du respect que naturellement elle inspire, il n'a nullement besoin d'être imposé par la force...

Les médecins généralistes sont en état de légitime défense... »

- MAITRISER LES DEPENSES DE SANTE, FORT BIEN

Fliquer les médecins et les malades, c'est du totalitarisme !

La Sécu s'octroie bien évidemment le droit d'interdire certains choix médicaux, officiellement pour limiter la consommation médicale, en vérité pour pouvoir empêcher l'accès à certaines méthodes thérapeutiques "indésirables" pratiquées par des confrères non alignés.

Le danger est bien plus réel qu'il n'y paraît, il suffit de voir ce que pensent les caisses primaires de toute forme de médecine alternative.

Certaines CPAM de province n'ont pas hésité, en 1997, à affirmer que l'homéopathie et même la mésothérapie étaient des méthodes de traitement n'ayant aucun caractère d'efficacité et que le fait d'y recourir, ne pouvant aboutir à aucun résultat, était totalement injustifié.

Conséquence : des médecins pratiquant de tels actes ont été poursuivis et condamnés à une interdiction d'exercer par le Conseil de l'ordre des médecins pour abus d'actes ! Comme il y a collusion totale entre industrie pharmaceutique, Sécu et Conseil de l'ordre, le médecin se voit automatiquement condamné à chaque fois. En même temps qu'apparaissait le carnet de santé, étaient mises en place les RMO (Références Médicales Opposables). Il s'agit de l'application décidée unilatéralement par la Sécu d'un cadre de prescription obligatoire et dont le non-respect entraîne automatiquement (sans passer par aucune structure juridique) des sanctions contre les médecins rebelles. En effet, la Sécu a décrété, à coup de

statistiques, qu'il fallait soigner toutes les maladies d'une certaine façon et pas d'une autre, elle interdit ainsi par ce système toute initiative personnelle du médecin, jusqu'au choix même des médicaments !

En attendant, la mise en place au mois de septembre de la carte Sésam Vitale va permettre de mieux "surveiller" encore l'ensemble du corps médical.

Donc, pour résumer et clarifier la situation, il y a maintenant un certain nombre de médicaments admis pour soigner, car choisis unilatéralement par les caisses (on peut en obtenir la liste auprès d'elles).

Quant aux autres, ceux qui ne font pas partie du club privilégié des élus, et leur présence dans les ordonnances est pour l'instant seulement tolérée, en attendant qu'ils soient interdits ou tout simplement non remboursés.

Pour mieux faire comprendre mon propos, je vais l'illustrer avec un exemple : le traitement de l'angine. Dorénavant, on ne pourra plus prescrire que 3 médicaments au maximum dans cette affection de la gorge : 1 antibiotique + 1 anti-inflammatoire + 1 antipyrétique (médicament agissant contre la fièvre). Comme on peut le constater, c'est déjà une totale atteinte à la liberté du choix dans la prescription. Mais ça n'est pas tout : la Sécu impose, pour chacune des familles de ces médicaments, une liste que chaque médecin prescripteur doit respecter, sinon il est immédiatement traduit devant le fameux Conseil de l'ordre, qui peut aller jusqu'à la radiation, c'est-à-dire l'interdiction définitive d'exercer son métier de médecin. On comprend très vite que, devant le risque de sanction, les médecins n'osent pas lutter contre ce diktat. Les mêmes principes sont appliqués aux examens biologiques, radiographies, échographies, etc... Ainsi, comme on le voit, je l'espère, dans ma démonstration, la Sécu, progressivement, aidée par le Conseil de l'ordre, met sournoisement en place un système de verrouillage des soins avec la même efficacité qu'une pieuvre. Le but véridique est donc très différent de celui qui est avoué !

Par le Docteur François Epineuze, phlébologue, homéopathe

www.les4verites.com/les4verites/lesnumeros/4verites188.htm: La Sécu ficelle médecins et malades

MÉDECINES NON CONVENTIONNELLES ET SECTES

- AFFAIRE SANTÉ SOLIDARITÉ

SANTÉ - SOLIDARITÉ

Association citoyenne de santé pour le libre choix thérapeutique

Enregistrement officiel n° 14060 à la Préfecture de Loire-Atlantique

Siège et Accueil : 34, rue des Hauts-Pavés – 44000 NANTES – Tél./Fax : 02 40 48 62 75

www.sante-solidarite.com

Nantes, le 7 février 2006

A l'attention de Monsieur AYRAULT, Député Maire

Monsieur le DEPUTE MAIRE

Objet : Refus d'accès aux salles municipales

Depuis des années l'association Santé-Solidarité s'adresse au service associatif de la Mairie pour disposer des salles nécessaires à son fonctionnement ; ces salles, à l'exception des plus grandes sont généralement gratuites, ce dont nous vous sommes reconnaissants.

Depuis début 2006, toutes les demandes que nous avons faites, après avoir reçues un accord verbal, ont été rejetées, sans préavis, par courriers signés en P.O. Me CLERGEAU, et sans que l'on puisse nous dire pourquoi.

Seule mention indiquée dans les courriers :

« ... la Ville de Nantes ne donne pas suite à ces demandes. »

A la suite d'un véritable marathon téléphonique de plusieurs jours, le directeur du service, M BORE à bien voulu nous recevoir le jeudi 26 janvier, pour nous informer de la raison de ces refus, formulés à la suite d'interventions dont les origines sont:

- l'ADFI, » association de protection des familles contre les organisations dangereuses »
- La direction des services sanitaires de la mairie
- La préfecture.

Cependant, avant de nous communiquer un avis définitif, il nous a demandé un délai de 8 jours.

Lors d'un nouveau rendez-vous vendredi 3 février, il nous fut confirmé que notre association n'aurait plus accès aux salles municipales car nos conférences étaient « trop sujettes à caution ».

Nous remercions M BORE de ces données qui nous permettent enfin de vous adresser, dans un esprit de totale transparence et non polémique, le manifeste ci-joint.

Ces refus nous mettent en grande difficulté, car les annonces et les conférenciers ont été réservés depuis longtemps déjà, et nous n'avons pas les moyens de prévenir le public intéressé par ces conférences. Nos préjudices sont sans précédent, à la fois financiers mais surtout en terme de crédibilité.

Nous sommes une association de protection de la santé, s'inscrivant dans un mouvement des droits de l'homme pour une citoyenneté de la santé. La privation de salles publiques et ses conséquences, constitue une entrave certaine à la vie démocratique et une atteinte à la liberté d'association et de réunion.

Avec plus de 20 ans d'existence et plus de mille adhérents, nous ne sommes pas inconnus de vos services. Notre dernier contact avec la mairie remonte à un rendez-vous avec Me RETAILLEAU, le 26 octobre dernier, cette dernière, malgré certaines pressions, nous ayant confirmé l'accès aux salles municipales. Une lettre de demande de rendez-vous auprès de Madame CLERGEAU datée du 6 janvier est restée sans effet.

Nous vous remercions à l'avance, Monsieur le Député Maire, de bien vouloir nous rétablir l'accès aux salles et de nous indiquer la nature des problèmes que nous rencontrons.

Nous souhaitons aussi avoir connaissance des informations détenues par la mairie nous concernant.

S'agissant de l'accès à l'expression citoyenne par les salles, biens publics, nous attirons votre attention sur les conséquences que peut avoir une décision aussi discriminatoire.

Nous vous prions de croire, Monsieur le Maire, à nos sentiments très distingués.

Le président

Jean-Hugues Plougonven

REFERE-LIBERTE

Celui-ci déposé par l'Association le 8 est jugé le 10/02.

A l'audience, la mairie venue en force avec un avocat, s'évertue à démontrer que l'association est bien sectaire et déclare qu'elle à été trompée!

Une tromperie publique qui dure depuis 18 ans ?

Le Tribunal retient les atteintes graves aux droits civiques qu'entraîne cette décision parfaitement arbitraire et discriminatoire, fait droit à la requête de l'Association et ordonne à la mairie de revoir sa copie et d'en rendre compte au Tribunal sous 8 jours!

Un réconfort pour ceux qui perdaient espoir dans notre justice

Voici ce qui arrive aux associations qui s'en prennent aux lobbies (médico pharmaceutiques en l'occurrence) et qui démontre que nos élus se coupent progressivement du Peuple A suivre Santé-Solidarité s'inscrit dans un mouvement des droits de l'homme pour une citoyenneté de la Santé Indépendante grâce à ses 1035 adhérents!

- ADFI

LES DERIVES DE LA COURSE AU BIEN-ETRE

<http://www.prevensectes.com/rev0602.htm#19>

« L'Adfi, une association spécialisée dans la lutte contre les sectes met en garde contre certains praticiens spécialisés en médecine parallèle.... Il faut se méfier du "channeling", ces théories censées ouvrir une voie directe vers Dieu, et aussi des spiritualités qui promettent réussite sentimentale et professionnelle... »

Plus loin : « Autres théories sujettes à d'éventuelles dérives: la psychobiogénéalogie, qui affirme que les maladies viennent de nos ancêtres et propose de décoder l'ADN. Ou la méthode Hamer, qui déclare que les maladies graves proviennent de conflits psychologiques, et préconise une alimentation légère à la place de la chimiothérapie. »

Dénoncer d'éventuelles dérives, observer des phénomènes nouveaux : chacun d'entre nous ne peut que le souhaiter.

Cependant, accoler les termes de bien-être, dérive... voie directe vers Dieu, channeling, psychobiogénéalogie, sans connaissance précise de ces thérapies sème clairement amalgame et confusion.

COURRIER DE L'ADFI AU MAIRE DE NANTES (SANTÉ SOLIDARITÉ)

ADFI NANTES

Association de Défense Des familles et de l'individu

Membre de l'UNADFI

Reconnue d'utilité publique

Agrée par le Ministère de l'Éducation Nationale

Et par le Ministère de la Jeunesse et des Sports

Centre d'Étude et de Documentation sur les Sectes

B.P 88 723

44187 NANTES CEDEX 4

Tél : 02 51 88 95 20

Accueil sur rendez-vous

Nantes, le 26/03/02

À l'attention de Madame Dupont

Madame,

Vous trouverez ci-joint un document concernant le CDIC dont le relais nantais est « Santé Solidarité ».

D'une façon générale, « Santé Solidarité » invite pour ses conférences des intervenants qui s'opposent à la médecine classique, entre autres des personnes affichant

le titre de « Docteur » dont le Conseil national de l'ordre des médecins ignore l'existence (« Docteurs » étrangers ou radiés de l'ordre).

BULLES 84 4EME TRIMESTRE 2004

Les médecins face aux dérives sectaires en matière de santé : conseils donnés par le docteur Daniel GRUNWALD, secrétaire général émérite, Conseil national de l'ordre des médecins (présent au sein du conseil d'orientation de la MIVILUDES) en raison d'une incontestable extension des dérives sectaires dans le domaine de la santé.

Ces dernières sont essentiellement :

- les « techniques de soins » basées sur des conceptions « orientalistes » transformées,
- les activités basées sur des prises en charge, dites « psychothérapiques », jugées nocives car elles sont critiques et en opposition vis-à-vis de la médecine moderne « officielle ».

Selon le Dr Grunwald, la situation s'appuie sur deux points :

- les patients sont abusés de façon plus ou moins consentante,
- les thérapeutes sont eux-mêmes soit abusés, soit des « prosélytes inspirés auto certifiés et autoproclamés », trompant les personnes leur accordant confiance.

Le Dr Grunwald insiste donc sur la nécessité de porter plainte auprès des conseils de l'ordre ou des tribunaux civils, de façon à pallier au manque de plaintes portées contre les thérapeutes en question.

Mais se demande t'il si cette absence de plainte ne correspond pas plutôt à une absence de raisons de porter plainte ?

- MIVILUDES

LA FAUTE AUX MEDECINES ALTERNATIVES... ALTERNATIVE SANTE, AVRIL 2004, N° 310 (Alternative Santé, 11, rue Meslay, 75003 PARIS, tél. 01 44 54 87 00)

Amalgamer les thérapeutiques alternatives aux pratiques sectaires fait toujours recette. En publiant son premier rapport, la Miviludes (Mission interministérielle de vigilance et de lutte contre les dérives sectaires) rappelle qu'elle a pour objectif non de s'attaquer à des doctrines mais de signaler "des actes contraires aux droits de l'homme, aux libertés fondamentales ou qui constituent une atteinte à l'ordre public".

Les informations de la Mission sur certains groupes ont de quoi faire frémir, quand ceux-ci font l'apologie de la pédophilie, de l'inceste ou de l'euthanasie. On reste tout aussi perplexe quand certains soi-disant thérapeutes font arrêter les traitements conventionnels du cancer au seul profit de prétendues techniques de psychothérapies ou, sous couvert de psychothérapie, se livrent à des pratiques ésotériques (désenvoûtement, recours à des entités extraterrestres). Mais à côté de ces dérives, la Mission met en cause pêle-mêle : la sophrologie, la naturopathie, l'iridologie, l'ostéopathie, la magnétothérapie, le jeûne, la thérapie par les plantes, les élixirs floraux, la psychogénéalogie, les constellations familiales, et les groupes qui refusent les vaccinations obligatoires. L'indigence des informations données sur tous ces sujets est tout à fait déplorable. Une grande partie du rapport concerne les moyens de lutte utilisés contre les dérives sectaires dont la Miviludes demande un élargissement. R.P.

COURRIER DE MONSIEUR GILLES BOTTINE AU MAIRE DE NANTES

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

PREMIER MINISTRE

MISSION INTERMINISTÉRIELLE DE VIGILANCE
ET DE LUTTE CONTRE LES DÉRIVES SECTAIRES

Paris, le 1^{er} avril 2003

LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL
MD- N° 4227
Vos Réf : MMD/MS/LMM 0314

Monsieur le Député Maire,

Par lettre du 24 mars 2003, vous souhaitez que soit explicitée ma lettre du 5 février dernier et connaître la conduite à tenir vis-à-vis de l'association dénommée Santé Solidarité.

Le contenu préoccupant des documents que vous m'avez communiqués, les réserves exprimées dans mon courrier du 5 février 2003, devraient conduire à écarter cette association des partenariats associatifs qu'entretient la ville de Nantes. En effet, une collectivité territoriale engage sa responsabilité par le choix des organismes qu'elle associe à des actions en matière de santé publique.

Cette association véhicule des doctrines avérées sectaires, dont le danger et les conséquences pour la santé sont établis. Le principe de précaution et le devoir de vigilance dictent de l'écarter des réflexions et des travaux portant sur la santé publique. Cette mise à l'écart est motivée au premier chef non par le caractère éventuellement sectaire des doctrines véhiculées, mais par la teneur du discours : propos hostiles à la politique de vaccination, théories détournant des malades atteints de pathologies lourdes de l'accès aux soins conventionnels. Au second chef, la mention des Fleurs de Bach, du Docteur Véret, de produits en usage dans une zone à l'intersection de l'exercice illégal de la médecine ou de la pharmacie, du charlatanisme et du sectarisme, confortent l'appréciation portée sur cette association et sur le caractère potentiellement nocif du discours et des théories qu'elle véhicule.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Député Maire, l'expression de mes sentiments très distingués.

Gilles BOTTINE

Monsieur le Député Maire de Nantes
Pôle conseil juridique
2 rue de l'Hôtel de ville
44094 NANTES CEDEX

66 rue de Bellechasse - 75 007 PARIS - TÉLÉPHONE : 01 42 75 76 08
FAX : 01 42 75 77 92

Courrier adressé par Monsieur Gilles Bottine à la mairie de Nantes à la demande du maire afin de justifier le refus des salles à l'Association Santé Solidarité.

SECTES : UN RAPPORT S'INQUIÈTE POUR LES ENFANTS, LA SANTÉ ET L'HUMANITAIRE (SANTÉ SOLIDARITÉ www.sante-solidarite.com/actions.htm)

Le rapport de la MIVILUDES de 2005 publié début 2006, annonce qu'elle a décidé de se pencher sur les "alter-médecines" qui cachent les sectes : cela révèle l'illégalité (discrimination avérée).

"La Miviludes s'inquiète aussi de "l'engouement pour les alter-médecines, multifformes mais qui ont pour

point commun de ne bénéficier d'aucune validation scientifique, d'être exercées dans la plupart des cas par des thérapeutes autoproclamés et d'aboutir à terme à un refus pur et simple des soins médicaux traditionnels".

Elle dénonce ce "mouvement qui érige en dogme une philosophie qui nie en bloc tous les progrès de la science et de la médecine auxquels les plus grands savants du monde ont voué leur vie depuis deux siècles".

Ces propos du genre allégations sans fondement, ou incantations à la gloire de l'ignorance et de la pensée unique implique une nouvelle vigilance de notre part. Certes des « charlatans » il y en a, de plus en plus, dans les médecines conventionnelles ou non. Si la collectivité faisait son travail, par un suivi et un approfondissement des différentes pratiques, on éviterait les dérives et excès de tous bords. Ceci étant, compte tenu de ces nouvelles déclarations, il faut s'attendre à une accélération du ciblage de tous les acteurs du libre choix thérapeutique.

RAPPORT DE LA MIVILUDES - MARS 2005 - L'EXPRESS.FR AVEC AFP - 22 MARS 2005

"L'air du temps est propice à des manifestations dont on ne sait si elles relèvent du charlatanisme ou des dérives sectaires", a ajouté Jean-Louis Langlais, président de la Miviludes, soulignant la difficulté de cerner le phénomène de "dérive sectaire".

LES « ALTER-MEDECINES » ENVAHIES PAR LES SECTES (AVRIL 2006)

http://www.alsapresse.com/jdj/06/04/27/IGF/2/article_9.html - À la une / Monde et France / Page 2 / Article

« La vogue de nouvelles pratiques de soins peut favoriser les sectes », avertit le rapport 2005 de la Miviludes.

« La présence croissante d'une dimension « guérisseuse » et du « tout psychologique » ...

« Ces pratiques à la frontière de l'escroquerie et du charlatanisme suscitent encore peu de plaintes »... et n'auraient pour la Miviludes comme seul but que d'exploiter financièrement des clients ignorants et naïfs.

Si la Miviludes déplore le peu de plaintes déposées contre lesdits charlatans, elle n'imagine pas que l'absence de plaintes soit liée à une absence de raison de plaintes.

- CCMM (CENTRE CONTRE LES MANIPULATIONS MENTALES)

COURRIER DE MONSIEUR ADNET À LA MAIRIE DE NANTES

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE REIMS
LABORATOIRE POL BOUIN

SERVICE D'HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE, CYTOLOGIES NORMALES ET PATHOLOGIQUES
PROFESSEUR J.J. ADNET
CHEF DE SERVICE

Madame,

Suite à votre lettre et aux documents transmis, je réponds brièvement, devant partir en déplacement, en espérant que vous convaincrez le juge du caractère sectaire de « Santé Solidarité » à Nantes.

Nous connaissons bien le réseau Hamer dans notre région, après l'affaire AUBE à Saint Quentin : les méthodes sont les mêmes, et la FECRIS (Fédération Européenne de Lutte contre les Sectes) établit le réseau actuel connu des implantations de la Secte dont le Gourou est actuellement en prison en Allemagne.

Le réseau Hamer dans notre région était animé par Marc Fréchet (décédé), et le Docteur Passonne, Chirurgien au centre Hospitalier de Saint Quentin, qui a été suspendu par l'ordre des médecins.

Dans tous les descriptifs, le Docteur Scohy, Président du Syndicat Hippocrate, et secrétaire de l'association GRENAT, avec sa revue « Clefs pour vivre », constitue un maillon de la chaîne.

Vous trouverez ci-joint l'Éditorial que j'ai fait pour la revue « Regard Sur », du centre Roger Ikor, un article du « Quotidien du Médecin » parlant de la secte Hamer, et notre dernier petit ouvrage sur les Sectes conçu par le centre Roger Ikor.

Nous pourrions en reparler téléphoniquement, si vous le souhaitez à mon retour à partir du 1^{er} Août prochain.
Avec mes sentiments cordiaux,

Professeur J.J. Adnet, Délégué du CCMM.

Double : Monsieur Alain VIVIEN, Président du CCMM 138 Avenue Félix Faure 75015 Paris

LE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ

- LE CONSENSUS ACTUEL SUR L'INFORMATION ET LE CONSENTEMENT

Depuis le début des années 1990, en France, de nombreux textes législatifs, réglementaires ou jurisprudentiels, ont affirmé ou réaffirmé l'obligation faite aux médecins, et d'une façon générale aux services de santé, d'informer les patients, et de solliciter leur accord avant toute investigation ou intervention thérapeutique.

Le [Code de déontologie médicale](#) (1995, [27]) contient un article sur l'information (Art. 35), un article sur le consentement (Art. 36). Un autre article spécifie les conditions du consentement pour les soins prodigués aux mineurs et aux majeurs protégés (Art. 42).

"Art. 35. Le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille, une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose. [...]"

"Art. 36. Le consentement de la personne examinée ou soignée doit être recherché dans tous les cas.

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.

Si le malade est hors d'état d'exprimer sa volonté, le médecin ne peut intervenir sans que ses proches aient été prévenus et informés, sauf urgence ou impossibilité."

La **Charte du patient hospitalisé** (1995) traite, en son Titre III "de l'information du patient et de ses proches", et en son Titre IV "du principe général du consentement préalable".

Cette Charte stipule (au Titre III) que les établissements de santé doivent garantir à tous une "égalité d'accès à l'information", que le médecin "doit donner une information simple, accessible, intelligible et loyale à tous les patients" et répondre "avec tact et de façon adaptée" à leurs questions, que "le secret médical n'est pas opposable au patient", que les personnels paramédicaux "participent à l'information du malade, chacun dans son domaine de compétence", - tout cela "afin que le patient puisse participer pleinement ... aux choix thérapeutiques qui le concernent et à leur mise en oeuvre quotidienne".

La Charte précise aussi (au Titre IV) :

... "aucun acte médical ne peut être pratiqué sans le consentement du patient, hors le cas où son état rend nécessaire cet acte auquel il n'est pas à même de consentir. Ce consentement doit être libre et renouvelé pour tout acte médical ultérieur. Il doit être éclairé, c'est-à-dire que le patient doit avoir été préalablement informé des actes qu'il va subir, des risques normalement prévisibles en l'état des connaissances scientifiques et des conséquences que ceux-ci pourraient entraîner."

La Charte, enfin, reconnaît au patient un droit de contestation :

"Tout patient, informé par un praticien des risques encourus peut refuser un acte de diagnostic ou un traitement, l'interrompre à tout moment à ses risques et périls. Il peut également estimer ne pas être suffisamment informé, souhaiter un délai de réflexion ou l'obtention d'un autre avis professionnel."

Ces principes sont rappelés dans le résumé de la Charte, qui devrait être affiché dans tous les établissements de soins :

"3. L'information donnée au patient doit être accessible et loyale. Le patient participe aux choix thérapeutiques qui le concernent.

4. Un acte médical ne peut être pratiqué qu'avec le consentement libre et éclairé du patient."

Enfin la Charte détaille (au Titre V) les actes médicaux pour lesquels le consentement fait l'objet de dispositions spécifiques : actes de recherche (loi n° 88-1138 modifiée), traitement de données nominatives (loi n° 94-548), assistance médicale à la procréation et diagnostic prénatal (loi n° 94-654), prélèvement et utilisation d'éléments du corps humain à des fins thérapeutiques (transplantation) ou de recherche (loi n° 94-654), études génétiques (loi n° 94-653), tests de dépistage, notamment du VIH ("aucun dépistage ne peut être fait à l'insu du patient").

La **loi n° 94-653 du 29 juillet 1994 relative au respect du corps humain** ([73]), et modifiant le **Code civil**, lie la règle du consentement préalable au principe du respect de l'intégrité de la personne:

"Art. 16-3. Il ne peut être porté atteinte à l'intégrité du corps humain qu'en cas de nécessité thérapeutique pour la personne.

Le consentement de l'intéressé doit être recueilli préalablement, hors le cas où son état rend nécessaire une intervention thérapeutique à laquelle il n'est pas à même de consentir."

Pour les actes de recherche, la **loi n° 88-1138 du 20 déc 1988 sur la protection des personnes qui se prêtent à des recherches biomédicales, dite loi Huriot** (révisée, 25 juil 1994, [69]) détaille le contenu de l'information à donner à la personne, pour que son consentement soit réellement éclairé :

"Art. L. 209-9. Préalablement à la réalisation d'une recherche biomédicale sur une personne, le consentement libre, éclairé et exprès de celle-ci doit être recueilli après que l'investigateur, ou un médecin qui le représente, lui a fait connaître :

- l'objectif de la recherche, sa méthodologie et sa durée,
- les bénéfices attendus, les contraintes et les risques prévisibles, y compris en cas d'arrêt de la recherche avant son terme,
- l'avis du comité ... [CCPPRB]."

Pour les actes de soin, l'arrêt de la **Cour de cassation** (1ère chambre civile, [34]) du 25 février 1997 ne rappelle pas seulement que le médecin a l'obligation d'informer, elle précise qu'il doit pouvoir prouver qu'il l'a fait :

"Celui qui est légalement ou contractuellement tenu d'une obligation particulière d'information doit rapporter la preuve de l'exécution de cette obligation. [...] Le médecin est tenu d'une obligation particulière d'information vis-à-vis de son patient et (il) lui incombe de prouver qu'il a exécuté cette obligation."

La Cour argumente que le défaut d'information de la part du médecin a entraîné pour le patient un préjudice, qui consiste en la "perte de la chance d'avoir pu faire un choix éclairé", et qu'en cas de contestation sur la réalité du déni d'information, la charge de la preuve incombe au médecin parce que "le recueil d'un consentement éclairé par l'information donnée est la condition même du droit conféré au médecin d'agir sur la personne humaine. Il lui appartient donc de prouver que ce droit lui avait été donné, ce qui implique qu'il doit démontrer avoir donné l'information nécessaire au consentement."

Ces textes français rejoignent nombre de textes internationaux qui appliquent au domaine médical la

doctrine des "droits de l'homme".

Ainsi la [Convention européenne sur les Droits de l'Homme et la biomédecine](#) (1997, [31]):

"Chapitre II - Consentement. Article 5 - Règle générale

Une intervention dans le domaine de la santé ne peut être effectuée qu'après que la personne concernée y ait donné son consentement libre et éclairé.

Cette personne reçoit préalablement une information adéquate quant au but et à la nature de l'intervention ainsi que quant à ses conséquences et ses risques.

La personne concernée peut, à tout moment, librement retirer son consentement."

La déclaration de Lisbonne (1981, amendée: Bali 1995) de l'[Association Médicale Mondiale](#) sur "Les droits du patient" ([5]) énumère, parmi ces droits, un "droit de décision" :

"Tout adulte compétent a le droit de donner ou de refuser de donner son consentement à une méthode diagnostique ou thérapeutique. Il a droit à l'information nécessaire pour prendre ses décisions. Il doit pouvoir clairement comprendre l'objet d'un examen ou d'un traitement, les effets de leurs résultats et les conséquences d'un refus de consentement.

Le patient a le droit de refuser de participer à la recherche ou à l'enseignement de la médecine."

Le CCNE constate que la doctrine affirmée actuellement par les textes français, en accord avec un large consensus européen et international, est forte et homogène : pas d'intervention médicale sur un être humain sans son consentement préalable, et pour qu'il puisse faire un choix judicieux, obligation de l'informer de façon honnête et complète.

L'emploi du terme "consentement" présuppose que le médecin, dépositaire d'un savoir technique, a l'initiative de proposer une ou des solutions au problème posé par le patient ; le patient accepte ou refuse, il ne propose pas. Cette impression d'inégalité entre celui qui sait et celui qui ne sait pas est corrigée par la notion que le patient "participe" à la décision, voire que le patient est ultimement l'auteur du "choix éclairé" et celui qui, par son consentement à l'acte proposé, confère au médecin un droit d'intervention que le médecin ne peut pas s'arroger lui-même.

Ces textes devraient empêcher le retour de certains abus du passé, par exemple: anciens transfusés qui ne savent pas l'avoir été, personnes stérilisées à leur insu, etc.

- LES MEDECINS ET LES MEDECINES NON CONVENTIONNELLES : UNE NECESSAIRE INTEGRATION

Isabelle ROBARD - Juris Classeur/Actualités - (4^{ème} trimestre 2002)

.....En fait, le débat central est le suivant : que faire en cas de volonté du patient de recourir à ce type de traitement (administration de produit dénué d'AMM) ?

Il a été jugé à plusieurs reprises que la volonté du patient ou de sa famille n'avait aucune incidence sur la responsabilité du médecin. Aucune circonstance ne peut justifier de pareilles pratiques ni l'insistance manifestée par les proches du malade pour que soit administré le traitement (CE 22 sept 87 : BPM 1988, page 45), ni le fait que les traitements aient échoué (CE 22 sept 87 : BOM 1988, page 45), ni la volonté même du patient, l'abandon des traitements proposés et le refus d'une intervention (SD 10 juin 1987 : BOM 1987 page 17).

Pourtant, dans une affaire jugée en 1999, la Section disciplinaire a confirmé la relaxe prononcée en première instance, d'un médecin qui, face à la volonté sans faille de la patiente refusant de se faire opérer d'un cancer du sein, avait au contraire souhaité se faire suivre par homéopathie et par un régime nutritionnel adapté, de la façon suivante :

« Considérant qu'il résulte de l'instruction que le Dr X... ne l'a pas détournée des analyses et traitements classiques, mais s'est au contraire efforcée d'obtenir qu'elle s'y soumette ; qu'elle s'est heurtée comme ses confrères appelés à examiner cette malade à un refus obstiné qu'elle n'a pu vaincre ; qu'il n'est pas

établi que les traitements homéopathiques et diététiques qu'elle lui a prescrits aient comporté des risques pour sa santé ou lui aient fait perdre le bénéfice d'une thérapeutique plus salubre.... »

La section a en fait respecté la volonté de la malade dûment prouvée. Car, respecter la déontologie quant au traitement, est-ce imposer un traitement au risque de bafouer un autre principe fondamental : le consentement du malade ? Un juste équilibre doit en effet être trouvé et certes l'on peut comprendre la volonté de protection du malade,

Néanmoins, cette protection ne doit pas conduire jusqu'à l'interdiction de recourir à des médicaments émanant notamment de la communauté européenne, qui n'auraient pas d'autorisation française.

En fait, on constatera que malgré quelques évolutions positives de la jurisprudence ordinaire, malgré la loi de 1992 sur l'importation de médicaments étrangers, de graves problèmes demeurent.

..... en suite, le décalage entre la loi de 1992 et la position ordinaire impliquant une responsabilité accrue du médecin en cas de telles prescriptions, aboutit à encourager le patient à se soigner seul, y compris en cas de pathologie grave, alors que ce dernier a comme besoin vital d'être suivi par un médecin.

En fait devrait pouvoir s'appliquer le principe du *déni de médecine*, expression employée pour la première fois par Maître ROLAND, dans un plaidoyer qu'il avait présenté le 14 juin 1965 au Palais de Justice de Lyon (*Vie et Action* n° 30 hors série nov-déc 1965).

En effet, lorsque plus aucun traitement en fonctionne et/ou lorsque le patient se refuse à suivre un traitement officiellement et habituellement proposé, alors qu'il a été informé de toutes les voies thérapeutiques existantes, il doit être possible, même si ces traitements sont dénués des autorisations requises en France, de faire bénéficier le patient, au moins à titre palliatif et compassionnel, voire même à titre thérapeutique, d'autres formes de soins et ceci, sans que le médecin ne risque de poursuites ordinaires.

Nous retombons sur le principe éthique suivant : la primauté de la personne, principe supérieur à la santé publique, comme en atteste l'article 2 du code de déontologie :

« Le médecin au service de l'individu et de la santé publique, exerce sa mission dans le respect de la vie humaine, de la personne et de sa dignité ».

Comme l'écrit le Docteur Louis René, ancien président de l'ordre national de médecins et membre du comité consultatif national d'Éthique : « respecter la dignité du patient, c'est lui proposer, et non lui imposer, une séquence diagnostique ou thérapeutique » (Code de déontologie médicale introduit et commenté par Louis René Ed Seuil Points-Inédit essais, 1996).

- PROPOSITIONS POUR UNE REFORME DES ETUDES MEDICALES

D'APRES LE RAPPORT DE DEUX DEPUTES, LES PRS J F. MATTEI ET J.C. ETIENNE.

DE LA MEDECINE A LA SANTE. PARIS, FLAMMARION MEDECINE-SCIENCES, 1997

Actuellement, le domaine de la Santé intéresse uniquement les professionnels du monde médical, l'Assurance maladie et les grandes industries pharmaceutiques. Mais, compte tenu, des drames survenus ces dernières années: Hormone de croissance., hépatite C, sang contaminé (Centres de transfusions et industries pharmaceutiques), encéphalopathie spongiforme bovine (Agriculture), amiante (Industrie du bâtiment), Tchernobyl (Industrie nucléaire), il apparaît que tous les secteurs de l'économie doivent tenir compte du fait que leur activité a une incidence sur la santé de la population et sur l'environnement.

En France, l'Université a pour rôle de diffuser au plus grand nombre des connaissances de haut niveau. Ces connaissances doivent permettre ultérieurement d'apprendre un métier. Or, la Faculté de médecine est refermée sur elle-même, elle n'est ouverte qu'aux futurs médecins, et ceux-ci n'ont aucune possibilité de réorientation ou de reconversion véritable.

Le rapport sur les études médicales des Professeurs J.F. Mattéi et J.C. Etienne permet d'envisager une nouvelle orientation pour les Facultés de médecine qui doivent devenir des Facultés de Santé.

En tant que "Commission Citoyenne "et Usagers de la santé, nous sommes favorables au rapport des deux députés, les professeurs J.F. Mattéi et J.C. Etienne. Notre projet s'en inspire en partie. Ce rapport a le mérite d'exposer clairement l'état actuel des études de médecine et propose des solutions pour améliorer la formation des futurs médecins. Ce rapport a été jusqu'à présent rejeté et compte tenu de l'actualité, il peut revenir sur le devant de la scène.

En plus de l'application des réformes proposées dans ce rapport, nous demandons la création de **Facultés de médecines holistiques**. Nous désirons que ces Facultés soient ouvertes aux étudiants qui ont validé la deuxième année du deuxième cycle des études médicales. Nous voulons que l'enseignement dispensé dans ces Facultés comprenne en particulier la Naturothérapie, l'Homéopathie, l'Ostéopathie et la Médecine chinoise, que ces Facultés soient en même temps des centres d'enseignement, des centres de soins et des centres de recherche et que les étudiants y effectuent normalement leur internat.

- DROIT A CHOISIR SON TRAITEMENT ET COMITÉ CONSULTATIF D'ÉTHIQUE (CCNE)

Le comité Consultatif National d'Éthique (CCNE), dans la ligne de la Loi Kouchner 2002, a rendu la 9 juin 2005 un avis public selon lequel « devant le refus d'un traitement d'un patient, le médecin ne peut passer outre ». Par exemple, pour un malade qui renoncerait à une chimiothérapie, à une trachéotomie ou à une perfusion, un témoin de Jéhovah en danger de mort et qui refuserait une transfusion sanguine, quand bien même le médecin arguerait de la « fragilité » de la personne ou de son « autonomie limitée », voire même de comportements qu'ils jugent « sectaires ».

Dans ses onze recommandations et dans un esprit de décision « copartagée », le comité insiste sur le dialogue, la reconnaissance réciproque entre le patient et le médecin et les informations répétées dans le temps. Il ne doit pas y avoir de chantage, du genre « Vous refusez ? Alors allez ailleurs ! », qu'il décrit comme le sommet de l'inéthique ». « Il ne faut pas que le refus de soins s'accompagne d'un refus d'accompagner ».

Il voit trois exceptions à cette règle : le cas d'une personne inconsciente, d'une personne fortement déprimée, ou lors de risques d'épidémie.

Il faut que la médecine descende de son cheval, conclut le CCNE.

- CONSENTEMENT ECLAIRE ET CONSEIL DE L'ORDRE

COMMENT FAIRE FACE A UN REFUS DE VACCINATION ? PAR LE DR JEAN POUILLARD, VICE-PRESIDENT DU CNOM

Quelques mots relevés dans les conseils donnés par le Dr Jean Pouillard (« Archives de pédiatrie, X, 2003, p.571-578 ») aux médecins en cas de refus des parents à une vaccination sur leur enfant (les mots surlignés ou en gras le sont dans le texte) :

- ✓ politique vaccinale en France
- ✓ dangerosité supposée des vaccins
- ✓ dramatisation des effets secondaires

- ✓ refus devant être considéré comme une **maltraitance par refus de soins**
- ✓ obligation "éthique"
- ✓ **vaincre les réticences de ce patient**
- ✓ **cette attitude irréfléchie**
- ✓ ultimes manœuvres de persuasion

- LE RESPECT DE LA VOLONTE DU PATIENT ET SES LIMITES

La question du respect du refus du patient s'est posée avant tout lorsqu'un pronostic vital était en jeu ; la loi demeure ambiguë sur l'attitude du médecin devant cette situation.

Dans le cas particulier d'un refus d'une transfusion exprimé par des parents pour leurs enfants mineurs, notre droit a posé une obligation de soins en cas d'urgence ou, en dehors de toute urgence, en la subordonnant à la possibilité d'obtenir une autorisation du Juge des enfants . En revanche si la situation de danger concerne un malade majeur, le médecin ne peut théoriquement passer outre le refus même s'il doit tout faire pour le dissuader de refuser le traitement. L'article 36 du Code de Déontologie (issu du décret du 6 décembre 1995) prévoit que "*lorsque le malade, en état d'exprimer sa volonté, refuse les investigations ou le traitement proposé, le médecin doit respecter ce refus après avoir informé le malade de ses conséquences*".

Ainsi la loi reconnaît au malade la possibilité absolue de refus de soin, le Code de déontologie d'une part enjoignant le médecin de respecter la volonté du malade, la loi du 4 mars 2002 d'autre part faisant du malade lui-même le titulaire d'un droit au refus de soin, encore renforcé par les dispositions récentes de la loi sur le

"droit des malades et la fin de vie".

Le respect du consentement se trouve renforcé si le refus se fonde sur les convictions religieuses de l'intéressé. Or **la liberté de religion** est garantie par notre constitution et par la Convention européenne des droits de l'homme. La question s'est posée de savoir si le traitement imposé en cas d'urgence ne constituait pas une violation de la liberté de religion. Cette question fut tranchée négativement par la cour d'appel de PARIS dans ses arrêts du 9 juin 1998.

Le consentement à l'acte médical se rattache au principe du **respect de l'intégrité du corps humain**, au nom de la dignité de la personne humaine. Ce principe est présent dans la Déclaration universelle des droits de l'homme, la Commission européenne des droits de l'homme, et la Charte des droits fondamentaux y consacre son titre 1 et y place le principe de l'intégrité du corps humain. Tout individu a droit à l'intangibilité de son corps et nul ne peut y porter atteinte sans sa volonté même dans un but curatif. Les articles 16.1 et 16.3 du Code civil affirment les principes d'inviolabilité et d'intégrité du corps humain. La Cour de cassation en a déduit que, hors les cas prévus par la loi, nul ne peut être contraint de subir une intervention chirurgicale. De même, la convention sur les Droits de l'Homme et la Biomédecine d'Oviedo (non encore ratifiée par la France !), même si elle autorise des restrictions lorsqu'elles sont prévues par la loi et sont nécessaires à la protection de la santé publique ou à la protection des droits et des libertés d'autrui, stipule néanmoins que "*la personne concernée peut à tout moment retirer son consentement*".

Mais ce principe n'est pas pour autant absolu puisque le législateur impose parfois de se soumettre à des examens ou des soins (vaccination obligatoire, traitement des maladies mentales, de certaines maladies infectieuses sexuellement transmissibles ou non, de la toxicomanie).

A contrario, la jurisprudence a considéré dès avant la loi du 4 mars 2002 qu'un médecin ne commet pas de faute en s'inclinant devant la volonté du malade et n'encourt donc pas de sanction civile, pénale ou disciplinaire. De même, le médecin ne commet pas l'infraction de non-assistance à personne en danger et n'encourt aucune sanction disciplinaire dès lors que la thérapeutique préconisée n'avait pu être appliquée en raison du refus obstiné et même agressif du malade. Le Conseil d'État s'est clairement prononcé en ce sens en sanctionnant pour erreur de droit une décision du Conseil de l'ordre de tenir pour fautive la prescription seulement d'un traitement palliatif à une malade atteinte d'un cancer de l'utérus qui refusait de se soumettre au seul traitement susceptible d'avoir une action efficace sur son mal.

Un arrêt postérieur a paru remettre en cause ce principe. Une patiente atteinte d'un cancer avait refusé tout traitement chirurgical ou radiothérapeutique. Le praticien lui a prescrit des produits homéopathiques et de l'acupuncture et n'avait adressé la malade à un spécialiste qu'en phase terminale. Le Conseil d'État a considéré que le médecin avait commis une faute en acceptant de traiter la maladie par des traitements illusoire qui l'avaient privée d'une chance de survie. Il est vrai qu'en l'espèce, on a ainsi jugé alors que le médecin n'avait pas tenté de convaincre la patiente de la nécessité d'un traitement plus approprié. À cette exception près est posé ainsi le principe de l'exclusion de la faute du médecin qui s'incline devant la volonté du malade.

LES TEXTES DE LOIS

- LE CODE DE DEONTOLOGIE MEDICALE ET LA LOI

S'il peut apparaître légitime d'affirmer que, dans le domaine de sa propre santé, le malade peut se vouloir et jusqu'au bout le maître de lui-même, cette simple affirmation de principe fait bien peu de cas de la réalité des choses. Le malade, face à la souffrance, à la maladie, à l'approche de la mort, ne s'en trouve pas moins diminué par la conscience de sa propre faiblesse et par là-même exposé à une perte d'autonomie qui va jusqu'à atteindre sa faculté de discerner ce qu'il peut vouloir, ce qu'il peut accepter et plus encore sa faculté de l'exprimer. À ses côtés, sinon le plus souvent en face de lui, le médecin, le soignant, fort de sa science, parfois malgré ses doutes ou ses hésitations, souhaite accomplir sa mission d'aller jusqu'au bout des traitements qu'il juge les plus appropriés, pour soulager, guérir ou retarder le moment de la mort.

Mais qu'en est-il alors de la liberté du malade, de la notion d'un consentement exigé de sa part et de la nécessité de créer les conditions d'un exercice réel de ce consentement que l'on s'accorde à vouloir "éclairé"... Que serait un consentement qui ne s'accompagnerait pas, comme nous l'avons vu, d'une possibilité de refus ? C'est à cette question qu'a voulu répondre la loi du 4 mars 2002, reprenant et développant les dispositions du Code de déontologie médicale, en s'attachant à reconnaître aux usagers de la santé une plus grande autonomie de décision en matière de soins médicaux afin d'assurer une plus grande égalité dans les rapports entre médecin et patient.

La loi consacre la prééminence du consentement du patient, disposant de la manière la plus nette que :

" Toute personne prend, avec le professionnel de santé, compte tenu des informations et des préconisations qu'il fournit, les décisions concernant sa santé. Le médecin doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informé des conséquences de son choix. Si la volonté de la personne de refuser ou d'interrompre tout traitement met sa vie en danger, le médecin doit tout mettre en oeuvre pour la convaincre d'accepter les soins indispensables. Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment ".

La reconnaissance d'un droit du patient au refus de traitement est ici particulièrement claire. On constatera que cette disposition témoigne du souci du législateur de tenter d'instaurer un dialogue (d'aucuns diraient une égalité des pouvoirs) entre devoirs du médecin et droits du malade dans la prise de décision. Ainsi, il ne s'agit plus simplement pour le malade de donner son assentiment mais bien plus encore de participer à la décision du professionnel de santé. Le législateur veut ainsi rééquilibrer la relation entre le médecin et le malade, rééquilibrage devant assurer plus sûrement le respect du principe du consentement. Ce rééquilibrage apparaît d'autant plus difficile, et par là-même nécessaire, que, du fait des progrès de la science que nous avons évoqués ci-dessus, s'accroît l'écart entre ce que le malade perçoit de son corps et ce que la médecine sait -ou croit savoir- de lui.

Mais la jurisprudence antérieure à cette loi et celle qui a pu la suivre est ambivalente sinon contradictoire. La loi affirme un principe, mais sa mise en pratique se heurte à des conceptions opposées.

- LE RAPPORT LANNOYE

MR PAUL LANNOYE, DEPUTE EUROPEEN

Le 29 mai 1997, le Parlement européen a voté, à une courte majorité des membres présents (152 pour, 125 contre et 28 abstentions) le rapport de la commission de l'environnement et de la santé sur le statut des médecines non conventionnelles dans l'Union européenne. Ce vote était l'aboutissement d'un processus long de plusieurs années, amorcé à mon initiative avec l'appui de quelques collègues, l'objectif étant de mettre en place une législation européenne accordant un statut légal aux disciplines médicales non conventionnelles et garantissant la libre circulation des thérapeutes au sein de l'Union des 15 États membres de l'Union européenne.

Le résultat final est loin d'être à la hauteur de cet objectif ; le poids du lobby médical a en effet été suffisant pour affaiblir dans une large mesure la prise de position politique du Parlement.

En dernière minute, un amendement déposé par des députés socialistes espagnols, français et belges, supprimant du texte de la résolution toute demande relative à une législation communautaire a été adopté de justesse. Cet amendement, soutenu par la frange la plus conservatrice de l'assemblée, était en fait l'expression finale de la stratégie d'obstruction utilisée par le milieu médical pour empêcher le changement.

Il est intéressant de signaler à cet égard que sur les 22 médecins membres du Parlement aucun n'a voté en faveur du paragraphe 1 de la résolution demandant à la Commission européenne de "s'engager dans un processus de reconnaissance des médecines non conventionnelles". Il faut savoir que le traité Européen donne en effet à la Commission (sorte de gouvernement européen fonctionnant en articulation permanente avec le Conseil des ministres) le monopole de l'initiative en matière de législation, le Parlement n'agissant, parallèlement avec le Conseil des ministres, qu'en réaction aux textes proposés par voie d'amendements.

L'intérêt d'une résolution votée à l'initiative du Parlement, comme dans le cas des médecines non conventionnelles, réside donc dans le fait qu'elle constitue un signal politique et une invitation à l'action dans le chef de la Commission.

Tout plaide aujourd'hui en faveur d'une initiative ambitieuse au plan européen, la situation actuelle étant de toute manière juridiquement intenable et politiquement en porte-à-faux avec l'opinion publique et l'évolution de l'Union européenne.

Une législation communautaire incohérente

En matière de soins de santé, deux conceptions totalement opposées coexistent aujourd'hui au sein de l'Union européenne. La première considère que seul le corps médical (les médecins) peut pratiquer les soins de santé, soigner les malades, exception faite pour certaines professions auxquelles il est permis de pratiquer des actes médicaux ou paramédicaux déterminés, soit sous leur propre responsabilité, soit sous celle d'un médecin (infirmiers, dentistes, kinésithérapeutes, sages-femmes, pharmaciens). Hormis ces cas spécifiques, il y a exercice illégal de la médecine. Cette vision est celle qui s'est imposée dans les pays du sud, en ce compris la France, la Belgique] et le Luxembourg.

Cela dit, l'existence de fait d'une pratique des disciplines médicales non conventionnelles dans ces mêmes pays, de même que la demande croissante émanant des patients, a entraîné certaines tolérances, voire même certaines ouvertures à géométrie variable :

* en Espagne, le décret du 12 avril 1991 autorise l'implantation sur le territoire national de centres étrangers pour y délivrer une formation de niveau universitaire avec possibilité de reconnaissance officielle des diplômes ;

* en France, l'acupuncture est reconnue par l'Académie de médecine depuis 1950 et peut être pratiquée légalement par les docteurs en médecine; par ailleurs, les médicaments homéopathiques font l'objet d'un remboursement par la sécurité sociale au titre de prescriptions médicales.

La seconde, dominante dans les pays du nord de l'Europe, mais plus spécifiquement aux Pays-Bas, en

Grande-Bretagne, en Irlande[2] et dans les pays nordiques, adopte l'approche inverse : 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'organisation des soins et de politique de santé.

C'est ainsi qu'au Royaume-Uni et en Irlande, en vertu du droit coutumier, toute personne non qualifiée, c'est-à-dire non médecin, peut pratiquer une thérapie à condition de ne pas prétendre au titre de docteur en médecine. Cette situation, positive dans la mesure où aucune politique répressive n'est menée et où les patients bénéficient d'une totale liberté quant au choix de leur thérapeute présente néanmoins l'immense inconvénient, en l'absence de reconnaissance légale des formations et des titres, de ne protéger ni les praticiens sérieux et compétents ni les patients face à des personnes peu qualifiées ou d'éventuels charlatans. Cette carence est comblée au Royaume-Uni depuis 1993 pour les ostéopathes et depuis 1994 pour les chiropracteurs: l'"Osteopaths Act" et le "Chiropractors Act" prévoient un enregistrement des praticiens, l'établissement d'un Conseil et une protection du titre.

Aux Pays-Bas, une loi relative aux Professions du Secteur des Soins de santé individuels (BIG wet = Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg) a été adoptée en novembre 1993. Elle autorise en principe à quiconque la pratique médicale. Toutefois, la loi énumère les actes réservés, c'est-à-dire qui ne peuvent être posés que par des praticiens autorisés. De plus, la loi assortit la liberté de la pratique médicale d'une disposition pénale : nuire à la santé d'un individu est passible d'une peine. L'exposé des motifs de la loi dit notamment que "de nombreuses personnes ont depuis longtemps le sentiment que l'interdiction qui frappe l'exercice illégal de la médecine est une situation anachronique. Les patients majeurs doivent pouvoir se tourner vers le circuit régulier ou alternatif et choisir le thérapeute dont ils espèrent le résultat le plus positif. On ne devrait limiter cette liberté que dans l'intérêt du patient".

En Allemagne, la liberté de soigner existe depuis 1873 et la profession de Heilpraktiker (praticien de santé) est reconnue depuis 1939 ; même si aucune formation spécifique n'est exigée, un examen de connaissances médicales de base est requis de même qu'une inscription au registre de la profession]. En outre, tant les médicaments homéopathiques qu'anthroposophiques sont inclus dans la pharmacopée nationale (avec commission spécifique créée en 1978 où siègent des représentants de la discipline concernée).

Enfin, 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 n° 409 de 1960. Par ailleurs, la chiropraxie est légalement reconnue comme profession de soin de santé au Danemark (loi n° 415 du 06.06.1991), en Suède (loi n° 1988/89 : 96) et en Finlande.

Très récemment (avril 1999), la Belgique a adopté une nouvelle législation, largement inspirée du rapport du PE, qui s'avère être aujourd'hui la plus avancée en Europe, reconnaissant et réglementant les pratiques non conventionnelles dans les domaines de l'homéopathie, de l'acupuncture, de l'ostéopathie et de la chiropraxie.

Cette diversité d'approches et de législations nationales est difficilement compatible avec la libre circulation des citoyens européens instaurée par le Traité et qui doit, tôt ou tard, se réaliser pleinement.

En effet, le traité Européen prévoit explicitement en ses articles 52 à 66 (titre III) la liberté de circulation et la liberté d'établissement pour les praticiens.

Comment justifier qu'un praticien de santé officiellement agréé dans un Etat membre puisse se voir traduire en justice pour exercice illégal de la médecine dans un autre? Comment justifier qu'une personne malade qui a recours à une thérapeutique non conventionnelle se voit privée du traitement qu'elle a choisi lorsqu'elle se trouve dans un pays voisin? Il y a là une incohérence profonde et préjudiciable tant à l'intérêt des praticiens sérieux et compétents qu'à celui des patients.

Par ailleurs, il est tout aussi incohérent de voir qu'une législation communautaire spécifique existe depuis 1992 pour les médicaments homéopathiques alors que l'homéopathie n'est pas reconnue comme discipline médicale à part entière.

Une demande en croissance continue.

Aujourd'hui, les différentes enquêtes effectuées dans l'Union européenne montrent un intérêt croissant de la population pour différentes thérapeutiques dites alternatives ou complémentaires : selon le pays, 20 à 50 % des gens y ont recours. Assez curieusement, cet engouement n'est en rien freiné par le statut d'illégalité qui les frappe dans certains États membres. Contrairement à ce que prétendent certains, le risque pour les patients est beaucoup plus grand dans un régime d'illégalité puisqu'il n'existe pas de protection légale ni du titre revendiqué par un praticien ni de garantie légale de ses compétences, ce qui laisse la porte ouverte à d'éventuels charlatans. De même, les praticiens qualifiés et sérieux sont en permanence insécurisés face à la concurrence déloyale de gens peu ou non qualifiés puisque tous sont hors la loi...

Légiférer diminuerait donc le risque.

L'argument souvent avancé selon lequel les thérapeutiques en cause sont insuffisamment éprouvées et mettent donc en péril la santé des patients ne tient pas. D'une part, aucune de ces thérapeutiques, dès lors qu'elle est correctement appliquée ne présente de risque important, ce qui n'est pas le cas de l'allopathie ; d'autre part, on ne voit pas pourquoi l'expérience acquise dans les pays les plus libéraux ne peut pas profiter à tous.

La démarche qui consiste à regarder dans les différents pays voisins est élémentaire ; dès lors qu'une thérapeutique est reconnue sous l'une ou l'autre forme (commercialisation des médicaments, organisation d'un enseignement, reconnaissance du titre et de la pratique) dans un État membre de l'Union ou dans un pays disposant de moyens scientifiques d'investigation modernes, il s'impose de lui accorder au minimum un préjugé favorable.

Il faut signaler qu'une pétition réclamant l'adoption d'une législation communautaire basée sur le principe du libre choix thérapeutique envoyée au président du Parlement européen a recueilli plus de 230.000 signatures provenant essentiellement des pays les plus répressifs, c'est-à-dire la France, la Belgique, l'Italie et l'Espagne.

Il est clair qu'il sera de plus en plus difficile de rester sourd face à une telle demande et de continuer à écouter un establishment médical campant sur ses prérogatives et sur des certitudes démenties chaque jour par les faits.

Le rapport du PE

Les lignes de force du rapport déposé devant le Parlement européen étaient les suivantes :

1. l'Union européenne doit s'engager dans la voie d'une reconnaissance légale au plan européen des différentes disciplines non conventionnelles les plus pratiquées ;
2. aucun jugement n'est porté sur la validité des thérapeutiques, mais il existe un préjugé favorable pour celles qui bénéficient d'une certaine forme de reconnaissance légale dans l'un ou l'autre État membre et/ou qui sont largement pratiquées au plan international ;
3. le souci prioritaire de garantir la qualité des soins implique :
 - une formation de haut niveau ;
 - la reconnaissance d'un statut pour les praticiens (protection du titre) ;
 - l'inclusion des médicaments dans la pharmacopée européenne ;
 - un processus d'adaptation pour les praticiens actuellement non reconnus ;
 - une définition claire du champ de compétence de chacun ;
 - l'inclusion progressive des différentes disciplines dans le système de sécurité sociale (un livre vert devrait proposer une réforme en profondeur).
4. Le processus de reconnaissance a toute son importance ; il implique la mise en place :
 - A. d'une commission paritaire chargée d'évaluer l'efficacité des méthodes thérapeutiques non conventionnelles ;
 - B. d'une commission d'évaluation composée, pour chaque État membre, de praticiens qualifiés des disciplines médicales non conventionnelles, de chercheurs, de représentants des producteurs pharmaceutiques et des herboristes, d'associations de consommateurs et d'associations d'usagers des disciplines médicales non conventionnelles compétents en la matière, ainsi que de représentants de la Commission ; cette commission donne son accord sur les critères de qualité, de même que sur les normes d'efficacité et d'innocuité sur lesquelles seront basées les monographies publiées dans le supplément de la

pharmacopée européenne ;

C. d'une commission d'équivalence composée de praticiens et d'enseignants qualifiés des disciplines médicales non conventionnelles concernées, où chaque État membre serait représenté, et chargée d'examiner, cas par cas, la situation des personnes aujourd'hui en activité et leurs diplômes ainsi que les mises à niveau éventuelles pour que celles-ci puissent accéder au même statut.

Suivi et perspectives d'avenir

Le vote du 29 mai 1997 a certes été décevant dans la mesure où la plupart des propositions concrètes exposées ci-dessus ont été rejetées ; il n'en est pas moins vrai qu'un certain nombre d'acquis sont incontestables.

Le Parlement européen s'est en effet prononcé clairement :

- sur le fait que des approches différentes en matière de santé ne doivent pas être considérées comme mutuellement exclusives ;
- en faveur d'une totale liberté de choix thérapeutique des médecins ; tout médecin doit pouvoir utiliser toutes ses ressources et connaissances pour soigner et recourir à la thérapeutique de son choix ;
- sur le constat de ce que "la liberté d'établissement des praticiens n'est pas respectée" ; le Parlement affirme qu'il n'est pas question de restreindre le droit des praticiens actuellement reconnus dans un État membre au nom d'une harmonisation européenne ;
- chaque discipline devrait être capable d'organiser la profession au plan européen (code de déontologie, registre et critères de formation).

Pratiquement, tous les principes à la base d'un processus de reconnaissance, tels que proposés, ont été adoptés.

Comme exposé ci-dessus, les propositions concrètes en direction de la Commission et du Conseil s'avèrent cependant limitées.

En effet, le Parlement européen

1/ appelle la Commission, si les résultats de l'étude le permettent, de lancer un processus de reconnaissance des médecines non conventionnelles et de prendre les mesures nécessaires pour encourager la mise en place de commissions appropriées ;

2/ appelle la Commission à effectuer une étude complète sur la sécurité, l'efficacité, le champ d'application et le caractère complémentaire ou alternatif des médecines non conventionnelles et d'établir une comparaison des législations nationales auxquelles les praticiens sont soumis.

3/ demande au Conseil d'encourager le développement de programmes de recherche dans le champ des médecines non conventionnelles prenant en compte l'approche individuelle et holistique, le rôle préventif et les caractéristiques spécifiques de chaque médecine et s'engage à faire de même.

Qu'en penser deux ans après? La publication des travaux réalisés dans le cadre du programme COST B4 a dans une large mesure, répondu à la demande du Parlement reprise en 2/ ci-dessus. En outre, à la suite du vote favorable du Parlement, le point 3/ a été, du moins dans l'esprit, intégré dans le 5ème programme-cadre (1998-2002) de Recherche et Développement européen, ce qui ouvre une brèche considérable dans un mur d'opposition qui s'est révélé indestructible depuis 15 ans.

Il reste à la Commission à mettre en place ce qui me paraît incontournable, c'est-à-dire des commissions paritaires relatives à chaque médecine non conventionnelles et chargées de définir à la fois les méthodes d'évaluation pertinentes, le champ de la responsabilité et les pratiques réservées.

À cet égard, l'expérience acquise dans un certain nombre d'États membres (en particulier au Royaume-Uni) devrait permettre de gagner du temps et de contribuer à lever des objections qui reposent plus sur une méconnaissance des disciplines non conventionnelles et de leur spécificité que sur une argumentation rationnelle.

- LA LOI KOUCHNER

Cette loi du 4 mars 2002, et notamment deux articles du Code de la Santé publique, rééquilibre le rapport entre l'institution médicale et les usagers, dans le domaine de l'information et du consentement du malade. Elle vient appuyer tout particulièrement des parents qui, en connaissance et en leur âme et conscience, estiment qu'une intervention ou un traitement lourds comporte de fortes chances d'aggraver la maladie, ou comporte des chances élevées de décès ou de séquelles permanentes.

«**Art. L. 1111-4.** – Toute personne prend, avec un professionnel de la santé, et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, des décisions concernant sa santé.

«Le médecin doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix. Si la volonté de la personne de refuser ou d'interrompre un traitement met sa vie en danger, le médecin doit tout mettre en œuvre pour la convaincre d'accepter les soins indispensables.»

«Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment.»

«Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, aucune intervention ou investigation ne peut être réalisée, sauf urgence ou impossibilité, sans que la personne de confiance prévue à l'article L. 1111-6, ou la famille, ou à défaut, un de ses proches n'ait été consultée.»

«Le consentement du mineur ou du majeur sous tutelle doit être systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision. Dans le cas où le refus d'un traitement par la personne titulaire de l'autorité parentale ou par le tuteur risque d'entraîner des conséquences graves pour la santé du mineur ou du majeur sous tutelle, le médecin délivre les soins indispensables.»

«L'examen d'une personne malade dans le cadre d'un enseignement clinique requiert son consentement préalable. Les étudiants qui reçoivent cet enseignement doivent être au préalable informés de la nécessité de respecter les droits des malades énoncés au présent titre.»

«Les dispositions du présent article s'appliquent sans préjudice des dispositions particulières relatives au consentement de la personne pour certaines catégories de soins ou d'interventions.»

Additif : loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie
Article L 1111-4.

Article 3

Dans la deuxième phrase du deuxième alinéa de l'article L.1111-4 du code de la santé publique, les mots: «un traitement» sont remplacés par les mots: «tout traitement».

Article 4

Le deuxième alinéa de l'article L.1111-4 du code de la santé publique est complété par quatre phrases ainsi rédigées:

«Il peut faire appel à un autre membre du corps médical. Dans tous les cas, le malade doit réitérer sa décision après un délai raisonnable. Celle-ci est inscrite dans son dossier médical.

«Le médecin sauvegarde la dignité du mourant et assure la qualité de sa fin de vie en dispensant les soins visés à l'article L.1110-10.»

Article 5

Après le quatrième alinéa de l'article L. 1111-4 du code de la santé publique, il est inséré un alinéa ainsi rédigé: «Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, la limitation ou l'arrêt de traitement susceptible de mettre sa vie en danger ne peut être réalisé sans avoir respecté la procédure collégiale définie par le code de déontologie médicale et sans que la personne de confiance prévue à l'article L.1111-6 ou la famille ou, à défaut, un de ses proches et, le cas échéant, les directives anticipées de la

personne, aient été consultés. La décision motivée de limitation ou d'arrêt de traitement est inscrite dans le dossier médical.»

**- L' « AFFAIRE » GOULETTE : EXEMPLE DU DROIT
DES PATIENTS AU CHOIX (Votre Santé n° 72, septembre 2005 – 44 Boulevard
Magenta, 75 010 Paris, tél : 01 40 18 70 50, www.votre-sante.net)
LES LEÇONS DE L'AFFAIRE GOULETTE**

La cour d'appel d'Angers (chambre spéciale des mineurs) a rendu, le 26 juillet dernier, deux arrêts, l'un sur le référé, l'autre sur le fond, infirmant les deux ordonnances prises début juillet par un juge pour enfants du Mans. Alexis, 15 ans, va donc pouvoir se faire soigner "ailleurs" que dans le service d'hématologie du CHU d'Angers, où il avait été hospitalisé contre son gré et celui de ses parents, déchu par ordonnance du juge, de leur autorité parentale. On veut croire que ce dramatique incident est clos, sauf à se rappeler ce terrible dicton français : "La vengeance est un plat qui se mange froid !" Et Dieu sait combien les blessures d'amour-propre peuvent pousser à la vengeance.

Mais la gravité de la situation vécue par cet adolescent et sa famille ne doit pas tromper : il s'est trouvé un médecin, un procureur et un juge pour estimer normal que l'on retire l'autorité parentale à deux parents qui refusaient un soin qu'ils estimaient dangereux. Tout de suite catalogués comme sectaires et coupables de mettre la vie de leur enfant en danger, ils n'ont pu se faire entendre qu'avec l'appui d'une association de patients, l'Unacs Ouest (Union nationale des associations citoyennes de santé) et le secours d'un avocat très au courant de ces situations. Sans ces aides, ils n'auraient sans doute pas pu se faire entendre ni surtout connaître la démarche à suivre pour obtenir gain de cause. Quelles leçons en tirer ?

La première concerne la maladie grave dont souffre Alexis et que tous reconnaissent, la maladie de Hodgkin, affection maligne qui atteint les ganglions lymphatiques et qui conduisait à la mort, il y a encore quelques années. Suivi depuis cinq ans par les plus grands services, il était en période de rémission au terme d'une nouvelle série de chimiothérapie. On doit s'en réjouir et souligner que les perspectives de guérison (ou de rémission très prolongée) pour cette maladie se sont considérablement accrues depuis une vingtaine d'années, en particulier grâce aux chimiothérapies et aux différentes techniques d'aplasie médullaire cherchant à "nettoyer" les lieux de production cellulaire de leurs cellules anormales et à réintroduire ensuite des lignées cellulaires saines issues de la propre moelle du patient par autogreffe.

C'est là que semble s'être construit un différend entre le médecin qui "proposait" cette technique et la famille qui émettait des doutes sur les risques et l'efficacité. Dans une surenchère stupide, ces derniers se retrouvent convoqués par la justice au mois de mai et accusés de mettre la vie de leur enfant en danger. On peut seulement dire, à ce stade, que le médecin a abusé de son autorité morale pour chercher à forcer la main des parents et de leur enfant alors qu'il aurait dû s'expliquer avec eux et différer toute décision non acceptée. Quant à dire que la vie d'Alexis était en danger, que la technique proposée était la seule à pouvoir le sauver, qu'elle ne présentait aucun danger, etc., ce sont des propos mal sonnants dans la bouche d'un spécialiste qui aurait mieux fait de tenir compte de ses interlocuteurs que de son amour-propre. Deuxième leçon !

La troisième leçon à tirer concerne les profonds changements de la relation entre les médecins et leurs patients (famille comprise). La loi du 4 mars 2002 sur les droits des malades et la qualité du système de santé n'a fait que réglementer des pratiques qui s'imposent entre médecins et malades. Dans le domaine du cancer, comme pour d'autres maladies à évolution longtemps silencieuse et à issue souvent mortelle, les décisions thérapeutiques ont été et sont encore souvent héroïques pour le patient, de nombreuses thérapies nouvelles sont à l'essai. Raison de plus pour jouer cartes sur table de la part du médecin et ne pas essayer de ruser avec les patients ! On peut être convaincu sans convaincre, il faut savoir l'admettre. Le point d'honneur n'a pas sa place là dedans, sinon cela tourne à l'affrontement. Mieux vaut négocier ou passer la main, surtout quand il y va de la vie d'un patient, le reste est indécent...

Dernière leçon, à notre avis, le recours à une association comme l'Unacs, l'appel à l'opinion, sont des moyens héroïques de chercher à se faire entendre, et l'on ne peut que l'approuver entièrement. Le renforcement obtenu du poids social par cet appui est indiscutable, et chacun a bien vu que les voix opposantes se faisaient beaucoup plus discrètes à partir du moment où l'opinion a prêté une oreille attentive à cette affaire. Il ne faut pas hésiter à rechercher des appuis de ce genre quand on a la conviction de son bon droit.

Reste qu'au-delà de ce genre d'affrontements très éprouvants il devient urgent que le corps médical prenne la mesure de cette évolution des esprits. Les temps sont révolus où il était possible d'imposer à un patient une solution qui le révolte ou le répugne. Il a droit d'abord à toutes les explications les plus complètes (sans baratin charlatanesque !) et encore le droit de choisir la solution qui lui paraît la meilleure. Ce devrait être au corps médical de fournir toutes les précisions souhaitées. Autrement cela s'appelle de la rétention d'informations dues au patient, une forme d'abus de pouvoir.

On voit que la route est longue encore jusqu'à l'établissement de relations normales entre certains médecins et leurs patients. Raison de plus pour avancer !

Pierre CORNILLOT

Pierre Cornillot est médecin, professeur de médecine et biologiste hospitalier. Il a fondé la faculté de santé, médecine et biologie humaine de Bobigny, dont il a été le doyen de 1968 à 1987. Il a présidé l'université Paris-Nord (1987-1992), puis a créé et dirigé l'IUP Ville et Santé sur le campus de Bobigny (1993-2001). Il est président de l'association Santé internationale. Après s'être investi parallèlement dans des actions d'aide au développement des pays du Sud, il se préoccupe aujourd'hui de la rédaction d'ouvrages sur la santé et la formation médicale, le système de santé et la recherche.

Retour haut de page Vous pouvez vous procurer le n° 72 du mois de septembre 2005 dans les "maisons de la presse" ou en envoyant un chèque de 6 euros (précisez au dos du chèque n° 72) au journal "Votre santé", 44, bd de Magenta, 75010 Paris.

Si vous ne trouvez pas ce numéro, le meilleur service que vous pouvez nous rendre est d'insister auprès de votre libraire pour qu'il le commande. Donnez-lui la référence M05063 - 72 indiquée au-dessus du code barre, et il pourra, sans problème, si ce n'est de la mauvaise volonté, commander des exemplaires du numéro en cours et les recevoir en quelques jours.

- LE CODE DE DÉONTOLOGIE MÉDICALE

ARTICLE 5 DU CODE DE DEONTOLOGIE (article R.4127-5 du code de la santé publique)

Le médecin ne peut aliéner son indépendance professionnelle sous quelque forme que ce soit. "Cette indépendance est acquise quand chacun de ses actes professionnels est déterminé seulement par le jugement de sa conscience et les références à ses connaissances scientifiques, avec, comme seul objectif, l'intérêt du malade".

ARTICLE 32 DU CODE DE DÉONTOLOGIE (article R.4127-32 du code de la santé publique)

Dès lors qu'il a accepté de répondre à une demande, le médecin s'engage à assurer personnellement au patient des soins consciencieux, dévoués et fondés sur les données acquises de la science, en faisant appel, s'il y a lieu, à l'aide de tiers compétents.

ARTICLE 39 DU CODE DE DÉONTOLOGIE (article R.4127-39 du code de la santé publique)

Les médecins ne peuvent proposer aux malades ou à leur entourage comme salutaire ou sans danger un remède ou un procédé illusoire ou insuffisamment éprouvé. Toute pratique de charlatanisme est interdite.

DÉPENDANCE LABORATOIRES PHARMACEUTIQUES/ MÉDECINS ET DU CONSEIL DE L'ORDRE

- QUI GERE LA FORMATION CONTINUE ET L'EVALUATION DES PRATIQUES DES MEDECINS EN FRANCE ?

« Si, comme le dit l'adage, "l'argent est le nerf de la guerre" alors il faut se rendre à l'évidence : ce sont les firmes pharmaceutiques qui assurent la formation et l'évaluation du corps médical français. » ...

« Les gestionnaires de la Formation professionnelle conventionnelle (FPC), pourtant financée par l'argent de la collectivité nationale, n'excluent pas formellement la possibilité d'intrusion d'intérêts privés pour cofinancer, par exemple, l'environnement des formations proposées. »

En refusant de prendre les distances que commandent l'éthique et la santé publique avec des intérêts autres que ceux des patients, les responsables de santé publique et les professionnels de santé prennent le risque de voir se reproduire régulièrement ce que le magazine Nature présentait récemment comme "la plus grande catastrophe de l'histoire de l'industrie pharmaceutique [qui] a peut-être causé plus de 20 000 décès" : le scandale du rofecoxib (Vioxx®). Vioxx® voit venir le temps où la responsabilité juridique de ces derniers sera recherchée dans ce type d'affaire, et plus seulement celle des firmes.

Propos trouvés sur le site du Formindep.

- Article 5 du Code de déontologie médicale : Le médecin ne peut aliéner son indépendance professionnelle sous quelque forme que ce soit. "Cette indépendance est acquise quand chacun de ses actes professionnels est déterminé seulement par le jugement de sa conscience et les références à ses connaissances scientifiques, avec, comme seul objectif, l'intérêt du malade".

- **Bulletin de l'Ordre des médecins n°5, mai 2004, " Soyons réalistes, il semble difficile d'imaginer une FMC sans le support essentiel que représente l'industrie pharmaceutique " explique le Dr Michel LEGMANN, vice-président du CNOM chargé de la FMC.**

[http://bulletin.conseilnational.medecin.fr/CNOM/bulletin.nsf/\(html\)/405BOMN405P08A1?OpenDocument](http://bulletin.conseilnational.medecin.fr/CNOM/bulletin.nsf/(html)/405BOMN405P08A1?OpenDocument)

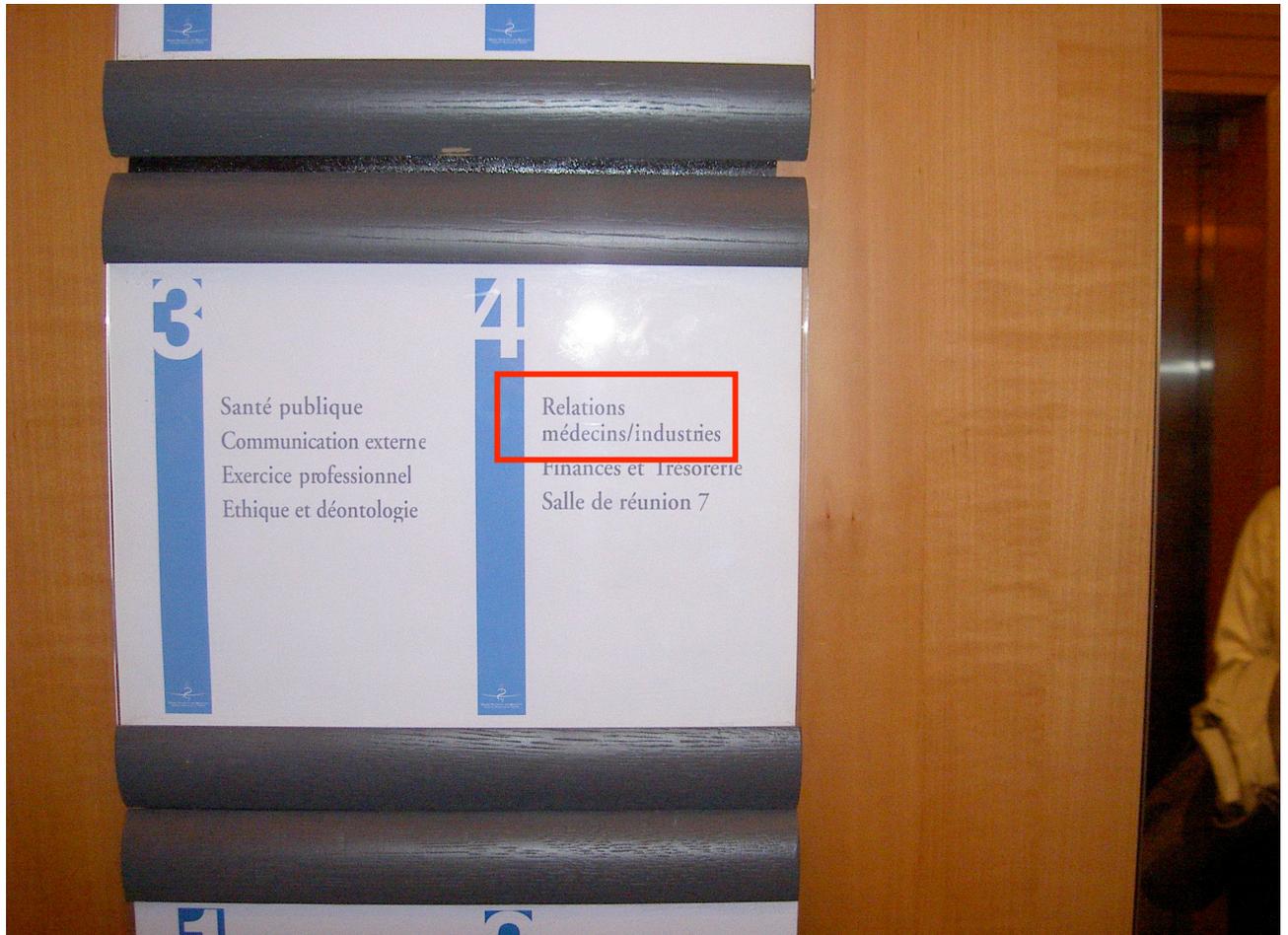
-Sandra BOUTIN - L'EPP des libéraux est financée - Jeudi 1 septembre 2005 <http://www.egora.fr>

-Pierre MONOD, Les défis de la qualité, Jeudi 10 juin 2004
http://www.egora.fr/3v_script/winbreve_asp/winbrevevemedecin.asp?size=12&where=0&newsid=33135

"Les leçons amères du scandale Vioxx®"- revue de presse de Laurent FRICHET du 2 septembre 2005-
site <http://sante.net>

- SIÈGE DU CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MÉDECINS, Boulevard Haussmann, à PARIS

Une photo qui ne laisse planer aucune ambiguïté !



LES THÉRAPEUTIQUES ÉPROUVÉES ET SCIENTIFIQUES

- LES EVALUATIONS MEDICAMENTEUSES ET LEURS VARIABLES (ETUDE AMERICAINE)



- LE SCANDALE DE LA CERIVASTATINE DE BAYER
(REVUE PRATIQUES, 52 rue Gallieni - 92240 Malakoff - Tél. : 01 46 57 85 85 -
<<http://www.pratiques.fr>>

RESUME : A propos de la commercialisation des anticholestérolémiants et des statines en particulier, l'auteur fait la démonstration de l'absence de rigueur scientifique, voire morale de l'AFSSAPS et des firmes pharmaceutiques lorsqu'il s'agit de promouvoir un médicament extrêmement rentable financièrement. Ceci aux dépens de la santé et des finances publiques.

LES PROBLEMES DE SANTE PUBLIQUE LIES A L'UTILISATION DES STATINES EN PREVENTION PRIMAIRE

En 2001 Bayer a retiré brutalement du marché la cérivastatine, sa statine anti-cholestérol. Les autorités de santé, en particulier l'AFSSAPS (1), ont présenté ce retrait comme une réaction exagérée du fabricant, ne remettant pas en cause l'intérêt des statines. Qu'en est-il en réalité ?

La cérivastatine dont l'AMM (2) datait de 1997 avait provoqué dans le monde la mort de 52 patients par rhabdomyolyse. Le bilan définitif, 100 victimes environ, peut en effet sembler dérisoire par rapport au nombre de malades traités, 500 000 rien qu'en France. Présentée sous cette forme dans tous les médias, la cause semble entendue. On a affolé le bon peuple pour rien et le pauvre Bayer n'est qu'une nouvelle victime de la fureur procédurière des américains (8 000 procès en cours aux USA).

En réalité, au-delà du cas de la cérivastatine, un tour d'horizon sur cette classe de produit, les modalités de leur mise sur le marché, les conditions de leur prescription, pose toute une série de problèmes qui mettent en évidence d'énormes carences dans la conduite de la politique de santé publique.

UNE EFFICACITE TRES INEGALE

Il faut rappeler que pour la maladie coronarienne, seules deux statines ont prouvé leur efficacité, la simvastatine et à la pravastatine en prévention secondaire et que seule la pravastatine démontre une efficacité en prévention primaire. La prévention primaire consiste à traiter une population asymptomatique sur la base d'un cholestérol élevé pour diminuer le risque de premier accident coronarien, tandis que la prévention secondaire traite le malade pour réduire le risque de récurrence.

Mais la mise sur le marché de produits « *me-too* » (3), par les multinationales concurrentes, d'un intérêt thérapeutique souvent faible, est devenu un droit acquis qui s'impose à toutes les agences de santé, au mépris de la sécurité des patients et des impératifs de santé publique.

En revanche, la rentabilité financière ne fait pas défaut. Le rapport 2001 de la Cour des Comptes sur la Sécurité sociale constate que les statines ont bénéficié de prix de mise sur le marché plutôt élevé par rapport à la moyenne de pays européens et peu différents de la demande des entreprises. Elle remarque surtout que les statines mises sur le marché le plus tardivement et qui n'ont pas démontré d'efficacité thérapeutique en prévention primaire ou secondaire avaient eu des prix d'entrée sur le marché similaires aux meilleures statines !

CHOLESTEROL ET MALADIE CORONARIENNE

Toutes les statines sont utilisées en prévention primaire comme hypolipémiants. Ce problème s'était déjà posé pour les fibrates. Dans un article d'octobre 2001, *Sciences et Avenir* a rappelé le cas du clofibrate testé dans une énorme étude « auprès de 10 627 hommes : une partie prendra du clofibrate, l'autre un placebo. Le clofibrate diminuera comme promis d'environ 20 % l'incidence des infarctus. Mais il augmente la mortalité cardio-vasculaire (208 décès, contre 173 dans le groupe placebo) et surtout la mortalité par cancers. Malgré ces résultats calamiteux, le clofibrate est mis sur le marché en France au début des années 1970 ; il n'en sera retiré qu'en 1990. »

L'affaire du clofibrate n'a pas empêché les multinationales d'imposer aux agences de santé une nouvelle catégorie thérapeutique, celle des agents anti-cholestérol. C'est une classe de médicaments pour le moins originale puisqu'elle est constituée de médicaments qui peuvent être prescrits sur la seule base d'un cholestérol élevé alors qu'ils n'ont pu faire la preuve de leur efficacité en terme de mortalité sur cette population. Les fibrates et toutes les statines ont été classés en SMR (4) important ou majeur comme hypolipémiants lors de la dernière réévaluation de l'AFSSAPS.

LE CAS DE LA PRAVASTATINE

Le cas de l'étude WOSCOPS qui justifie l'utilisation de la pravastatine en prévention primaire est fort instructif. Pour le site Internet de l'association ARCOL, qui regroupe nombre de spécialistes français du cholestérol, « Les résultats remarquables de l'étude WOSCOPS ont posé le problème de la transposition de ces résultats à des populations différentes. La population de l'étude présentait un risque cardio-vasculaire absolu assez élevé (...) du fait notamment de l'origine géographique (Écosse), de la proportion de fumeurs (44 %) et de patients avec des antécédents vasculaires (16 %). Le nombre de sujets à traiter (NST) pour éviter un événement coronarien majeur est donc apparu très raisonnable. A partir des données épidémiologiques, on peut estimer qu'en France où l'incidence des maladies coronariennes est sensiblement moindre qu'en Écosse, le NST serait multiplié par 2 à 3. »

Cet essai a sélectionné une population dont l'âge et le sexe assure une relation exceptionnellement forte entre cholestérol et maladie coronarienne. L'Écosse tient avec la Finlande la palme mondiale de la plus forte corrélation. Les taux d'infarctus chez les 35-64 ans y sont cinq fois supérieurs à ceux de la France d'après l'étude Monica. Ajoutons que la population traitée par WOSCOPS comporte plus de fumeurs qu'une population masculine française du même âge. La proportion importante d'antécédents vasculaires fait qu'il ne s'agit plus d'une véritable étude de prévention primaire. Dans ces conditions on ne peut pas soutenir qu'il faudrait multiplier le NST par 2 ou 3. Il faudrait le multiplier par 5 au minimum conformément à l'étude Monica et encore bien sûr en le transposant au traitement d'une population exactement similaire. Mais si on passe à la population française à cholestérol élevé effectivement visée par les traitements anti-cholestérol, qui comporte des femmes non ménopausées, et des structures d'âges très différentes, le NST serait probablement à multiplier par 10 ou par 20 !

Pour sauver 20 vies avec WOSCOPS, il a fallu traiter 3302 personnes en bonne santé pendant 5 ans, ou 165 personnes par vie sauvée. Le risque individuel de décès est passé de 1,8 % à 1,2 %, soit une réduction du risque de 0,6 % (et de 2,2 % en y ajoutant les accidents non mortels). Cette présentation, certes peu commerciale, permet de cerner la puissance thérapeutique d'un traitement, son coût et se faire une idée des risques liés aux effets secondaires. Si un effet secondaire mortel se produit chez 0.6 % des patients, il suffit à annuler l'efficacité du traitement.

Si le NST transposé à la population française est à multiplier par 10 ou 20, l'efficacité devient statistiquement indétectable et les effets secondaires pourraient augmenter la mortalité de la population traitée.

Réfléchir à partir du NST et l'ajuster à la population française susceptible d'être traitée est très éclairant et conduit à se poser des questions clés. Peut-on accepter de prendre le risque de traiter, quasiment à vie, une population asymptomatique aussi importante, pour un aussi faible résultat, un coût exorbitant pour la collectivité (500 millions d'euros par an), avec des médicaments ayant des effets secondaires importants ?

LA POSITION DE L'AFSSAPS

L'ambiguïté de la position de l'AFSSAPS transparait dans son « argumentaire de référence sur la prise en charge du patient dyslipidémique » (p. 18). L'AFSSAPS indique, après avoir rappelé l'efficacité démontrée de la simvastatine et pravastatine en prévention secondaire et de la pravastatine en prévention primaire par l'essai WOSCOPS :

« Il faut du reste souligner que l'autorisation de mise sur le marché de la pravastatine en prévention primaire repose sur l'extrapolation des résultats de l'étude WOSCOPS, mis en évidence dans une population à haut risque cardiovasculaire, à une population-cible française de niveau de risque qui pourrait être équivalent, chez l'homme mais aussi chez la femme.

- Les statines commercialisées à ce jour, en France, sont la simvastatine, la pravastatine, la fluvastatine, l'atorvastatine. »

Il faut vraiment lire l'AFSSAPS entre les lignes pour en déduire que plusieurs statines autorisées par l'AFSSAPS (la fluvastatine et l'atorvastatine et bien sûr la cêrivastatine de Bayer) n'ont pas démontré d'efficacité thérapeutique dans des essais cliniques contrôlés en prévention primaire ou secondaire. Alors pourquoi donc sont-elles autorisées en prévention primaire comme hypolipémiantes à SMR important ? Les amateurs apprécieront aussi les « extrapolations » pratiquées par l'AFSSAPS (mes soulignés dans le texte) pour transposer les résultats de l'essai WOSCOPS à la population française en général puis à la population féminine en particulier (qui jouit d'une exceptionnelle protection jusqu'à la ménopause)...

UNE EXTRAORDINAIRE MAL PRESCRIPTION

On comprend que dans ce contexte les médecins français puissent avoir de la difficulté à prescrire les statines à bon escient. On reste cependant confondu devant l'étendue et la gravité de la mal prescription.

Les résultats des études de prescription indiquent ainsi qu'en Ile-de-France 33 % des patients n'avaient pas bénéficié d'un dosage de LDL. Un taux qui est de 43 % selon l'étude menée en Corse, de 26 % pour celle de Vesoul et de 38 % à Elbeuf. Par ailleurs, la tentative préalable de régime n'est pas mise en place dans près de 40 % des cas. Lorsque les analyses sont réalisées, un quart à un tiers des traitements sont initiés avec un taux de LDL inférieur au seuil recommandé. Quant aux analyses de suivi du traitement, fondamentales pour ajuster celui-ci et limiter les effets secondaires, elles sont tout aussi déficientes...

Dans l'essai WOSCOPS, les prescripteurs sont des professionnels chevronnés et déjà en transposant à une population française asymptomatique l'utilisation de la pravastatine, l'efficacité du traitement est probablement nulle. On ne peut même pas exclure, compte tenu de

l'emploi massif de statines moins efficaces que la pravastatine en prévention primaire et de l'ampleur de la mal prescription, une augmentation de la mortalité finale de la population traitée, d'autant qu'on découvre sans cesse de nouveaux effets secondaires aux statines (ce point très important dépasse la cadre alloué à cet article). Les études de prescription précitées, toutes concordantes, se sont accumulées depuis plusieurs années sans aucune réaction de l'AFSSAPS ou des pouvoirs publics, muselés par leurs errements lors de l'octroi des AMM initiales, malgré la gravité du problème en terme de santé publique.

EN MARGE EN BAS

<http://gestionsante.free.fr>

(1) Créée en 1998, l'AFSSAPS, l'agence française de sécurité sanitaire des produits de santé, a repris les attributions de l'agence du médicament.

(2) L'AMM (autorisation de mise sur le marché) des médicaments est du ressort de l'AFSSAPS. Leur prix est fixé à un niveau interministériel par le CEPS, Comité Économique des Produits de Santé.

(3) Terme anglais utilisé en mercatique pour désigner un produit concurrent d'un produit innovant, qui cherche à prendre des parts d'un marché rentable. Les médicaments me-too ont des principes actifs différents, mais une même visée thérapeutique.

(4) En théorie le Service Médical Rendu du médicament inclut l'efficacité, la sécurité d'emploi, la place dans la stratégie thérapeutique, la gravité de l'affection à laquelle il est destiné, ses conditions réelles d'utilisation et son intérêt en terme de Santé Publique.

Jacques Valentin

- LA MORT PAR LA MÉDECINE

Tiré de Life Extension Magazine Mars 2004. Traduit de l'américain par Jean-Jacques Petit, DC

(www.silvergen.com/Death%20by%20Medicine.htm)

La traduction et les commentaires de cet article sont accessibles à l'adresse :

(<http://adcp33.websanslimit.net/FPDF/mortmedecine.pdf>)

« La médecine conventionnelle est la première cause de mortalité aux USA », telle est l'affirmation de 4 chercheurs scientifiques et médecins américains, à travers un travail de compilation et de synthèse de publications américaines, françaises et anglaises. Les auteurs insistent sur les pressions faites par les laboratoires pharmaceutiques pour maintenir les consommations médicamenteuses, et leur participation à la mise en accusation de la médecine naturelle, soutenue par la FDA, en publiant notamment les études tendant à en limiter les effets, et en maintenant confidentielles les études prouvant leurs avantages.

Leur bilan :

- ✓ Nombre de décès « par soins » supérieur à celui des décès par maladies cardiovasculaires ou cancéreuses (réputées les plus mortelles)
- ✓ Pollution par rejet dans les toilettes de tonnes de médicaments et hormones
- ✓ Guerre malhonnête contre les médecines naturelles
- ✓ Non contrôle du devenir des mélanges de médicaments, qui augmentent notablement les maladies iatrogènes, sous-évaluées aujourd'hui
- ✓ Connaissance insuffisante par les médecins de l'utilisation et des effets secondaires des médicaments
- ✓ Absence de preuve par les cancérologues que la chimiothérapie prolonge la survie des patients
- ✓ Probable induction de cancers secondaires par la chimiothérapie elle-même.

✓ Il est évident pour eux que modèle d'infailibilité proposé par la médecine mène à une malhonnêteté intellectuelle, et à la nécessité de dissimuler les erreurs plutôt que de les admettre.

- SÉNAT - N° 150 – SESSION ORDINAIRE DE 2004-2005

Annexe au procès-verbal de la séance du 25 janvier 2005

PROPOSITION DE RESOLUTION (EXTRAIT) *tendant à la création d'une commission d'enquête sur les conditions de délivrance et de suivi des autorisations de mise sur le marché des médicaments,*

Par MM. François AUTAIN, Guy FISCHER, Roland MUZEAU, Mmes Éliane ASSASSI, Marie-France BEAUFILS, MM. Pierre BIARNÈS, Michel BILLOUT, Mme Nicole BORVO COHEN-SEAT, MM. Robert BRET, Yves COQUELLE, Mmes Annie DAVID, Michelle DEMESSINE, Évelyne DIDIER, MM. Thierry FOUCAUD, Robert HUE, Gérard LE CAM, Mmes Hélène LUC, Josiane MATHON, MM. Jack RALITE, Ivan RENAR, Bernard VERA et Jean-François VOGUET, Sénateurs.

(Renvoyée à la commission des Affaires sociales et pour avis à la commission des Lois constitutionnelles, de législation, du suffrage universel, du Règlement et d'administration générale.)

Santé publique.

EXPOSE DES MOTIFS

Mesdames, Messieurs,

L'actualité de ces derniers mois a été marquée, dans le domaine de la santé, par la révélation d'accidents graves voire mortels, consécutifs à la prise de médicaments, ayant pourtant satisfait aux contrôles exigés par les autorités sanitaires, et présentés comme des nouveautés supérieures aux médicaments déjà existants dans la même classe thérapeutique.

Citons par ordre chronologique :

- Certaines molécules anticholestérol :

- ✓ la *cerivastine* (laboratoire BAYER) commercialisée en France sous les noms de « Stalor » et de « Cholstat », retirée du marché en 2001 après le décès de 52 patients ;
- ✓ le *crestor* (laboratoire ASTRAZENIKA) mis en cause pour les mêmes effets indésirables.

- Certains anti-inflammatoires, prescrits contre l'arthrose :

- ✓ le *Vioxx*, produit phare du laboratoire MERCK, retiré du marché le 30 septembre 2004 parce que rendu responsable, selon une étude américaine, de 28 000 infarctus mortels ;
- ✓ le *Celebrex* de PFIZER, soupçonné en France d'être à l'origine d'accidents vasculaires comparables.

- Certains antidépresseurs, en raison d'un risque aggravé de comportement violent et suicidaire, notamment chez l'enfant et l'adolescent : après le *Deroxat* de GLAXOSMITHKLINE, mis judiciairement en cause en 2004, c'est au tour du *Prozac*, produit leader des laboratoires ELI LILLY, d'être sur la sellette.

- Les mises en cause ne s'arrêtent pas là : certains médicaments contre l'hypertension artérielle (*Tenormine*), contre l'asthme (*Serevent*), contre l'obésité (le *Meridia* de ABOTT - *Sibutral* en France) ou l'acné (*Accutane* des laboratoires ROC) sont accusés soit d'être inefficaces, soit de produire des effets secondaires particulièrement graves. Et la liste n'est malheureusement pas close.

Ces différentes affaires aux répercussions politiques et économiques incalculables, ont au moins deux éléments en commun, quel que soit le laboratoire concerné et le type de molécule en cause.

- **La dissimulation par les laboratoires d'études négatives sur le médicament incriminé.** Ainsi, la firme BAYER, selon un rapport d'expertise effectué à la demande d'un juge du pôle santé du TGI de Paris^{1(*)}, aurait délibérément voulu tromper les autorités sanitaires en minimisant les dangers constatés dès 1991 de la *cerivastine*, soit dix ans avant son retrait. Il est de même établi que les risques liés à la prise d'antidépresseurs étaient connus des laboratoires mais gardés secrets.

- **La singulière absence d'anticipation et de réaction des autorités sanitaires (FDA américaine, EMEA européenne, AFSSAPS française) qui se sont montrées incapables de jouer le rôle de contre-pouvoirs indépendants par rapport à la puissance de l'industrie pharmaceutique** : les décisions de retrait des produits mis en cause sont le fait, on doit le constater, non pas des agences largement prises de court, mais des laboratoires eux-mêmes, au vu des risques financiers.

- CANADA : CANCER PAR CONTAMINATION VIRALE DES VACCINS CONTRE LA POLIO - ARCHIVES MEDICALES: ANCIENNES UNES

[Attention : il se pourrait qu'entre les années 1950 et 1960, le virus simien SV40 qui avait contaminé certains vaccins contre la polio](#) (vaccins Salk fabriqués au Canada par les laboratoires Connaught à Toronto) soit responsable de différents cancers de nos jours. La production du vaccin avait été arrêtée après que la contamination virale ait été découverte, mais la contamination a été massive et le virus SV40 est présentement actif dans le corps de plusieurs millions de canadiens sans que l'on sache exactement ses effets. On soupçonne juste qu'il empêche les gènes suppresseurs de tumeurs de jouer leur rôle, et donc qu'il joue un rôle indirect dans le processus de cancérisation.

Les preuves de l'oncogénicité de ce virus se font de plus en plus nombreuses, comme l'étude publiée dans le *Lancet* où il a été montré près de la moitié des patients au pays ayant un lymphome non hodgkinien portent le virus SV40 dans leurs tumeurs. L'édition du Dr. David Malkin soutient cette hypothèse, même si chose plus troublante, le SV40 est aussi présent chez des patients n'ayant jamais été vaccinés. Un nouveau mode de transmission aurait-il été occulté ?

Mais sinon, comment expliquer autrement que le nombre de patients présentant cette forme de lymphome ait doublé en 30 ans ? À chacun son fardeau : l'Europe a le prion, et le Canada a le SV40...

- LA CONSOMMATION MÉDICAMENTEUSE

Pour 2004, nous avons prévu de mener des analyses sur la consommation de trois classes de médicaments, les psychotropes, les traitements hormonaux substitutifs et les antibiotiques.

LES MEDICAMENTS PSYCHOTROPES

La consommation de psychotropes en France a donné lieu à de nombreuses études, d'une part parce qu'au début des années 1990, la consommation française était très au-dessus de celle de ses voisins, d'autre part parce que plusieurs rapports ont montré qu'une partie de ces produits était parfois utilisée de manière inappropriée au regard des recommandations de bonne pratique. Deux analyses récentes ont été en particulier publiées :

- une étude de la CNAMTS à partir de MEDICAM, qui évalue les taux de consommateurs, les taux de consommateurs de longue durée, le type de psychotropes prescrits, le tout selon l'âge, le sexe, l'ALD et la région ;

- une étude de la DREES à partir du GERS et d'IMS (sources secteur du médicament) qui évalue les ventes d'antidépresseurs (en donnant des chiffres sur les autres classes de psychotropes), la structure par classe du marché, les motifs de prescription, le prix moyen de la boîte et les DQD (dose quotidienne définie) prescrites ainsi que le prix par DQD.

Nous proposons de compléter cet état des lieux par deux éclairages que ces études n'ont pu explorer à partir des données utilisées.

Catherine Sermet

Les Français ont la réputation d'être de gros consommateurs de médicaments et en particulier de médicaments psychotropes. Ces résultats datant d'une étude de 1992 n'ont jamais été démentis depuis, et certaines comparaisons en particulier sur les antibiotiques ont confirmé la place de la France parmi les premiers consommateurs de ces produits. Une analyse plus spécifique pourrait porter sur une comparaison internationale (France, Allemagne, Royaume-Uni) de consommation des inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS). Nous disposons en effet de données de ventes d'IMS sur ces produits pour l'Allemagne et le Royaume-Uni. Pour la France, nous disposons des ventes de médicaments déclarées par l'industrie pharmaceutique aux autorités françaises et d'une publication récente de la DREES calculant des doses définies quotidiennes pour la France.

Observatoire français des drogues et des toxicomanies.

Projet de programme de recherche 2004 – Novembre 2003 Page 48

MEDICAMENTS PSYCHOTROPES : UNE ETUDE DE L'ASSURANCE MALADIE SUR LA CONSOMMATION ET LES PRATIQUES DE PRESCRIPTION

Mis en ligne le lundi 10 novembre 2003 - par CNAM - Caisse Nationale d'Assurance Maladie

Une étude importante de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (France) - dossier de presse

Point d'information mensuel : Le 6 novembre 2003

LA PROBLEMATIQUE

Les médicaments psychotropes, ensemble hétérogène de molécules (cf.annexe), ont comme point commun de proposer une réponse chimique à un trouble psychiatrique identifié. Les progrès obtenus ces dernières années vont dans le sens d'une meilleure tolérance apparente. Cette plus grande maniabilité peut faire courir le risque d'une banalisation du recours à ces médicaments.

Selon le CREDES, les Français sont les plus grands consommateurs de psychotropes en Europe. Plus de 150 millions de boîtes d'anxiolytiques, d'hypnotiques, d'antidépresseurs et de neuroleptiques ont été remboursées par l'Assurance Maladie en 2002 pour les assurés du régime général (hors fonctionnaires et étudiants). Cette importante consommation spécifique à la France constitue un enjeu majeur de santé publique.

Une étude réalisée par l'Assurance Maladie dresse un portrait des personnes qui se sont fait rembourser des psychotropes.

Les principaux résultats

Durant l'année de l'enquête (2000), près de 25% de la population protégée par le régime général avait bénéficié au moins une fois du remboursement d'une prescription de psychotropes [1].

Les psychotropes les plus utilisés étaient les anxiolytiques (17,4% de la population a bénéficié d'une prescription d'anxiolytiques au moins une fois dans l'année) suivis des antidépresseurs (9,7%), des hypnotiques (8,8%), des neuroleptiques (2,7%), des médicaments utilisés dans la dépendance alcoolique (0,5%), du lithium (0,1%). D'une façon générale, la prévalence et la fréquence des remboursements de psychotropes augmentent avec l'âge.

Elles sont également beaucoup plus importantes pour les femmes que pour les hommes chez les plus de 70 ans : 55% des femmes et 33% des hommes. Cette progression aussi importante de la consommation avec l'âge est une donnée récente (elle n'apparaît pas dans les études de 1994).

11% de la population protégée sont des utilisateurs réguliers de psychotropes (plus de 4 remboursements par an). Plus précisément, 7% sont des consommateurs réguliers d'anxiolytiques, 4,9% d'antidépresseurs, 3,7% d'hypnotiques. La majorité des personnes (64%) auxquelles sont remboursés des psychotropes paie le ticket modérateur. Les personnes souffrant d'une affection de longue durée, les personnes invalides, et dans une moindre mesure, les personnes bénéficiaires de la CMU complémentaire représente environ 36 % des consommateurs.

Au total, les ordonnances remboursées de psychotropes sont effectuées dans 90 % des cas par un médecin généraliste. La part des psychiatres dans les remboursements des psychotropes est variable selon les molécules : de 9,5 % pour les prescriptions d'anxiolytiques à 48% pour le lithium utilisé dans le cas de maladies psychiatriques spécifiques.

Quelques observations

Certains résultats suscitent des interrogations : _ la forte proportion de personnes se faisant rembourser des antidépresseurs (9,7% de la population) alors que les études actuelles estiment le nombre de personnes dépressives à environ 4,7% de la population. _ Le fort pourcentage de consommateurs réguliers d'anxiolytiques et d'hypnotiques (40% des utilisateurs de ces deux médicaments sont des consommateurs réguliers) n'est pas en adéquation avec les recommandations médicales selon lesquelles ces traitements doivent être occasionnels. _ A contrario, on doit s'interroger sur le fort pourcentage de personnes se faisant rembourser de façon ponctuelle des antidépresseurs (30%) alors qu'il s'agit d'un traitement de fond donc sur la durée. La consommation est-elle réelle ? Le traitement est-il abandonné au bout de quelques jours ?

L'augmentation de la consommation de psychotropes avec l'âge ne repose sur aucune donnée médicale. Ce phénomène est en outre préoccupant car le rôle des psychotropes est réel dans les chutes accidentelles (on estime que les psychotropes sont responsables d'environ de 20 à 30 % des chutes des personnes âgées).

Ces médicaments peuvent également être à l'origine de troubles confusionnels et nombre d'entre eux ont des effets secondaires cardiaques connus ou potentiels.

D'autres résultats confirment les études médicales existantes. En particulier les résultats concernant la consommation des médicaments contre la dépendance à l'alcool qui concerne dans 66% des cas des hommes et dans 20% des cas des bénéficiaires de la CMU complémentaire.

De nombreuses études ont montré une prévalence plus grande de la dépendance de l'alcool parmi les hommes et les liens entre précarité et dépendance alcoolique. Comme pour le bon usage des antibiotiques, l'Assurance Maladie souhaite travailler avec les médecins libéraux sur le thème des psychotropes.

L'étude complète médicaments psychotropes : consommation et pratiques de prescription en France métropolitaine. Données nationales, 2000 » est disponible sur le site internet de l'Assurance Maladie, Ameli.fr, rubrique Connaître l'Assurance Maladie/Publications

ANNEXE - QUELQUES CHIFFRES SUR LES MEDICAMENTS PSYCHOTROPES

Extraits de MEDIC'Assurance Maladie 2002

Les quantités prescrites

Au cours de l'année 2002, le régime général d'Assurance Maladie (hors fonctionnaires et étudiants) a remboursé plus de 150 millions de boîtes de psychotropes (+ 3,3% /2001) dont :

- ✓ 46,7 millions de boîtes d'antidépresseurs (+ 5,9%)
- ✓ 56 millions de boîtes d'anxiolytiques (+ 3,2%)
- ✓ 35,3 millions de boîtes d'hypnotiques (+ 1,8%)
- ✓ 14,5 millions de boîtes de neuroleptiques (-0,4%)
- ✓ 1,2 millions de boîtes pour les médicaments de sevrage d'alcool (+ 0,6%)
- ✓ 500 000 de boîtes pour les médicaments de Lithium (-2,2%).

Trois médicaments psychotropes figurent parmi les 25 médicaments les plus prescrits :

- ✓ le premier est un somnifère (hypnotique) : STILNOX®, 14 millions de boîtes, + 6,8% (rang 5 contre 6 en 2001) ;
- ✓ le deuxième est un antidépresseur DEROXAT®, 11 millions de boîtes, + 11,3% (rang 11 contre 16 en 2001) ;
- ✓ le troisième est un anxiolytique TEMESTA®, 8 millions de boîtes, +10,2% (rang 25 contre 36 en 2001).

Le recul de PROZAC®, IMOVANE®, LEXOMIL® et XANAX® (respectivement rang 42, 30, 28 et 31 contre 19, 20, 24, 25 en 2001) s'explique essentiellement par la pénétration de leurs génériques mais la prescription de ces molécules n'est pas en régression .

Les dépenses d'Assurance Maladie

Les dépenses de remboursement des médicaments psychotropes entrant dans le champ de l'étude se sont élevées à plus de 950 millions d'euros (soit + 6,5%/2001).

- ✓ 474 millions d'euros pour les antidépresseurs (+ 6.1%), sels de lithium compris
- ✓ 146 millions d'euros pour les anxiolytiques (+ 1,3%)
- ✓ 92 millions d'euros pour les hypnotiques (-6.6%). (champ de l'étude)
- ✓ 220,5 millions d'euros pour les neuroleptiques (+13%)
- ✓ 17,5 millions d'euros pour les médicaments de sevrage d'alcool (+ 5,1%)
- ✓ 4 millions pour les médicaments de Lithium (-2,4%)

Les anxiolytiques (par ex. Lexomil®, Temesta®)) visent à traiter les symptômes des crises d'angoisse aiguë pour les prescriptions ponctuelles ainsi que les troubles anxieux réactionnels (indication transitoire). Il existe des effets indésirables dont le risque de dépendance, les troubles de la mémoire et le risque de sédation.

Les hypnotiques (ex : Imovane®, Stilnox®) traitent les troubles du sommeil durables ayant un retentissement sur l'activité de la journée. Les antidépresseurs (ex Déroxat®, Prozac®, Anafranil®) sont indiqués dans le cas d'états dépressifs avec des symptômes à caractère durable et invalidant.

[1] L'étude porte uniquement sur les prescriptions de ville.

- DIMINUER LES RISQUES DES PRESCRIPTIONS

EXCESSIVES

http://www.lefigaro.fr/sciences/20060712.FIG000000011_diminuer_les_risquesdes_prescriptions_excessives.html

Le Figaro -Publié le 12 juillet 2006 - Catherine Petitnicolas

L'assurance-maladie lance une campagne pour sensibiliser patients et médecins sur les conséquences des interactions entre médicaments.

« PREMIER CONSOMMATEUR européen de médicaments, et de loin devant tous les autres, notre pays est par là même confronté aux risques d'effets indésirables inhérents à cette poly-consommation ... Afin de réduire les 130 000 hospitalisations annuelles (soit de 5 à 10% du total des hospitalisations) consécutives à ces complications provoquées par un ou plusieurs médicaments (iatrogénie médicamenteuse). »

- UNE CHAPPE DE PLOMB SUR LE MAGNESIUM

Par Pierre Lance, L'ÈRE NOUVELLE, page 6 - LES 4 VÉRITÉS HEBDO - N° 535 - la publication anti-bourrage de crâne - 17 mars 2006 -<http://assoc.orange.fr/lerenouvelle/pub/> MALGRE LES MISES EN GARDE DES PROFESSEURS DELBET, BOUCHET ET DU DR QUIQUANDON : ECHEC FLAGRANT DES LABORATOIRES !

EFFICACE ACTION D'UN POLITIQUE : HONNEUR A MADAME BILLI DE NICE.

Son action désintéressée a réjoui le cœur des citoyens altruistes, de bon sens. Pourquoi la Presse s'est-elle soudainement tue après avoir embrasé l'Hexagone de déclarations affolantes? Depuis que l'épidémie semble circonscrite, plus aucune déclaration intempestive !

NOUS AVONS AVERTI DEPUIS LONGTEMPS LES RESPONSABLES DE NOTRE AGRICULTURE SUR LES ERREURS AGRONOMIQUES DE NOS SPECIALISTES AU SUJET DES DEFICITS DES SOLS EN MAGNESIE; ON AJOUTE TROP DE POTASSE ET TROP PEU DE MAGNESIE. IL S'ENSUIT DES CARENCES PREJUDICIALES A LA SANTE DES SOLS, DES PLANTES, DES ANIMAUX ET PAR CONSEQUENT FAIBLE IMMUNITE DU CORPS HUMAIN. VOIR LE LIVRE DE JOSEPH FAVIER " EQUILIBRE MINERAL ET SANTE ", MAIS AUSSI LES LIVRES DU PROFESSEUR DELBET ET DU PROFESSEUR BOUCHET DE NANTES. VOILA POURQUOI, ENTRE-AUTRES, LES FRANCAIS SONT SI DEPRESSIFS, CHAMPIONS DU MONDE DES CONSOMMATEURS DE PSYCHOTROPES.

ROLE DU MAGNESIUM: (d'après le Dr Quiquandon et le Professeur Delbet) - Il joue un rôle important dans les systèmes de défense non spécifiques de l'organisme, principalement dans la brucellose, la fièvre aphteuse, dans les processus d'ossification et comme élément protecteur dans le cancer, vraisemblablement à cause de son antagonisme vis-à-vis du potassium. D'après les études du biologiste Jean Bouchet : régions pauvres en magnésium = régions à cancer ; régions riches en magnésium = faible taux de cancer.

Mais revenons au CHIKUNGUNYA.

P.S. C'est grâce au Dr André Passebecq qui est mentionné dans l'article, qu'Aurélien est là parmi nous et nous permet de connaître ses écrits. Cet homme est à l'origine de notre démarche.

OBJET : LA GUERRE DU CHIKUNGUNYA

L'épidémie de chikungunya désole l'Île de la Réunion. Notre société décrépite ayant abandonné son sort entre les mains de la cléricature médicaliste, elle n'a rien à proposer en l'occurrence à ceux qui souffrent et risquent de mourir. En revanche, quiconque se permet de leur offrir un remède simple qui a fait ses preuves depuis 80 ans devient aussitôt la cible des mandarins infatués qui enragent que l'on puisse sauver sa peau à l'écart de leurs ordonnances.

C'est la mésaventure, contée par Jean-François Roubaud dans « Nice-Matin » des 9 et 10 mars, qui vient d'arriver à Mme Marie Billi, conseillère municipale communiste de la ville de Nice. Cette femme de cœur et de courage connaissant depuis trente ans les vertus thérapeutiques du chlorure de magnésium, s'était dit qu'il pourrait bien être efficace contre le chikungunya. Elle expédia à la Réunion des dizaines de télécopies conseillant son utilisation contre cette maladie, que nos médecins décérébrés par la Faculté regardaient progresser les bras ballants. Et elle reçut quelques jours plus tard des dizaines d'appels et de messages de remerciement de Réunionnais guéris grâce à elle. Aussi continua-t-elle ses envois.

La nouvelle du remède-miracle se répandit dans l'Île et tous les pharmaciens furent bientôt en manque de chlorure de magnésium. Ce fut alors la levée de boucliers des mercenaires du caducée contre la conseillère municipale qui se permettait de piétiner leurs plates-bandes sacrées. En tête du cortège le Dr Maryvonne Hayeck, du Centre antipoison de Marseille, agitant frénétiquement le risque d'atteinte du foie et de complication rénale. Je dirai à cette pauvre femme ignorante que j'ai moi-même consommé depuis 40 ans, en cures périodiques, du chlorure de magnésium, auquel je dois sans doute en grande partie ma santé de fer. Quand on parle à cette dame des personnes guéries, elle se retranche hystériquement derrière « l'effet placebo », qui a bon dos et qui sert d'alibi à tous les fanatiques de la médecine chimique.

Jean-Marie Souffleau, pharmacien inspecteur régional de la DRASS, monte à son tour au créneau et déclare : « Le chlorure de magnésium est une simple matière première (??? ! !). Nous n'en connaissons ni les effets positifs, ni les effets secondaires ». Voilà du moins un honnête aveu d'ignorance. Sauf qu'il est impardonnable à un pharmacien inspecteur de n'avoir pas connaissance des remarquables travaux du Professeur Pierre Delbet, membre des Académies de médecine et de chirurgie, qui découvrit durant la première guerre mondiale les vertus thérapeutiques du chlorure de magnésium et qui démontra son efficacité, notamment contre le cancer. (Il est un des personnages du 2e tome de mon livre « Savants maudits, chercheurs exclus », Guy Trédaniel éditeur).

Mon ami André Passebecq, ancien chargé de cours à la Faculté de Bobigny, vient quant à lui d'expédier 6 kg de chlorure de magnésium à ses amis réunionnais.

Le chlorure de magnésium a toutefois un grave défaut, très suffisant à expliquer que les marchands du temple médical le passent sous silence : il ne coûte - au détail - que 1,20 euro le sachet de 20 gr vendu sans ordonnance. Et comme il peut soigner à peu près tout (la faiblesse de notre système immunitaire découlant très souvent d'une carence en magnésium), vous imaginez la ruine de tous ces beaux messieurs si cela venait à se savoir. Alors, chut ! Pas un mot à la Reine-Mère. Nous, ce qui nous intéresse, c'est la maladie, autant que possible inguérissable. La santé, on s'en fout, ça ne rapporte rien !

J'ai adressé mes compliments et mes encouragements à Marie Billi. Qu'elle soit communiste, je m'en moque, personne n'est parfait. D'ailleurs son parti s'est aussitôt désolidarisé de son action, ce qui, je l'espère, lui ouvrira les yeux sur le courage des « camarades ». En revanche, elle a reçu le ferme soutien de Pierre Vergès, vice-président du Conseil régional de la Réunion, qui a déclaré à « Nice-Matin » : « Si, depuis un an, tout le monde avait investi autant d'énergie que Mme Billi dans le combat contre le chikungunya, ce tsunami sanitaire serait peut-être aujourd'hui contenu ».

Il le serait très certainement, mais les cardinaux du stéthoscope qui ruinent la nation par le biais de la Sécu entendent bien continuer à faire passer tous les moutons de Panurge sous leurs fourches caudines.

Pierre Lance

- SANG CONTAMINE : AFFAIRE CLASSEE...

www.tasante.com/sous_rubrique/sexe/protections/Pages/sang_contamine.php

La Cour de cassation vient de rendre un non-lieu dans l'affaire du sang contaminé. Les 30 conseillers ministériels et médecins qui ont pris la décision de continuer à écouler les stocks de sang contaminé par le virus du sida en 1985 sont donc libres... Seuls les docteurs Garetta et Allain, responsables du Centre National de Transfusion sanguine (CNTS), ont été condamnés chacun à 4 ans de prison ferme en 1993. Edmond Hervé, secrétaire d'État à la santé, a été condamné pour homicide involontaire, mais a été dispensé de peine... Les 5000 personnes contaminées, dont un tiers sont mortes aujourd'hui, n'ont plus aucun recours.

"On a l'impression qu'on nous a tué nos enfants une deuxième fois." Après 18 ans de procédure judiciaire, les parents de 2 petits garçons hémophiles contaminés à 5 et 8 ans et décédés à 11 et 15 ans du sida sont sous le choc. Pourtant *"de 1983 à 1985, ils savaient que les produits sanguins étaient contaminés à 45 %, 60 % puis 100 %"* affirme, désarmé, le papa des 2 petites victimes... Et pourtant on a continué à diffuser des produits sanguins entre avril et octobre 1985 alors que le risque de contamination par le virus du sida était avéré depuis 1983 et que des tests de dépistage étaient officiellement disponibles depuis mars 1985...

Rappel des faits

1983

- Plusieurs techniques d'inactivation du virus sont présentées au congrès de Munich sur le SIDA.
- Nomination du Dr Michel Garetta (seul condamné avec le Dr Allain) à la tête du Centre National de Transfusion Sanguine.
- La Fondation nationale américaine des hémophiles recommande officiellement de chauffer les produits

destinés aux hémophiles. Un rapport du Dr Jean-Baptiste Brunet (chef de bureau des maladies transmissibles à la Direction générale de la Santé - DGS) atteste de l'efficacité de cette méthode pour décontaminer les poches de sang infectées par le virus du sida.

1984

- Un procédé de chauffage est mis au point au centre de transfusion de Lille, qui commencera à le distribuer en avril 1985. Cette technique est proposée au CNTS (Centre National de Transfusion Sanguine), qui la refuse.

1985

- À l'hôpital Cochin à Paris, le Dr François Pinon établit que 5 donneurs parisiens sur 1.000 sont porteurs du virus du SIDA et que tous les produits destinés aux hémophiles sont "potentiellement contaminés". Le Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS) acquiert enfin la technique de chauffage par un laboratoire suisse, mais il met huit mois pour l'appliquer industriellement.

- Le Professeur Luc Montagnier valide scientifiquement la technique de chauffage mise au point par le centre de transfusion sanguine de Lille. Elle sera homologuée par le ministère de la santé 6 mois plus tard.

- Un groupe de travail de la Société nationale de la transfusion sanguine étudie les problèmes liés au dépistage des dons du sang. Il est chargé d'évaluer les tests de dépistage du sida Pasteur, Abbott et Organon. Ils informent alors par une note interne à la DGS: " Il est probable que tous les produits sanguins préparés à partir de pools de donneurs parisiens soient actuellement contaminés ".

- Le Professeur Jean Ducos informe le ministère de la Santé que les produits distribués dans les centres sont contaminés, suivant les lots, de 13 à 100 %. Le CNTS cesse, ce mois-là, sa production de produits non chauffés.

- Laurent Fabius se déclare favorable au dépistage systématique des donneurs.

- Le Dr Michel Garetta informe la Direction Générale de la Santé (DGS) de " l'urgence absolue " de stopper la contamination des hémophiles et de leurs familles.

- 10 mai : dans une note adressée au cabinet du ministre de la Santé, la DGS recommande le chauffage des produits et la mise en place immédiate du dépistage systématique pour les donneurs de sang et évalue le coût financier de l'opération à 160 millions de francs. Le bureau de l'Association Française des Hémophiles vote une motion demandant que " dans un très bref délai, qui ne devrait pas dépasser le 1er octobre 1985, toute cession de produits antihémophiliques non traités soit interdite sur l'ensemble du territoire ".

Il aura fallu plus d'un an pour que le protocole de chauffage des poches de sang destinées à la transfusion et le dépistage systématique des donneurs soient appliqués... Pendant ce temps-là, des enfants choppaient le virus du sida dans l'indifférence la plus totale, croyant que la transfusion allait les sauver, elle les a tués.

- LES NOUVELLES TECHNIQUES PUBLICITAIRES DE L'INDUSTRIE PHARMACEUTIQUE – www.monde-diplomatique.fr - mai 2006 – page 34 & 35

Alan Cassels - Chercheur en politique des médicaments (université de Victoria, Canada).

Ray Moynihan - Journaliste, spécialiste de la santé (*British Medical Journal, The Lancet, The New England Journal of Medicine*).

POUR VENDRE DES MEDICAMENTS, INVENTONS DES MALADIES : QUELQUES EXTRAITS QUI SE PASSENT DE TOUT COMMENTAIRE !

Cet article publié par le monde diplomatique tire ses références de *Selling Sickness. How Drug Companies Are Turning Us All Into Patients*, Allen & Unwin, Crows Nest (Australie), 2005. Il dévoile comment le marché des médicaments ne peut aujourd'hui s'accroître qu'en élargissant les concepts des maladies. Comme le disait Knock, tous les bien portants étant des malades qui s'ignorent.

« Les stratégies marketing des plus grosses firmes pharmaceutiques ciblent dorénavant les bien-portants de manière agressive. Les hauts et les bas de la vie de tous les jours sont devenus des troubles mentaux, des plaintes somme toute communes sont transformées en affections effrayantes, et de plus en plus de gens ordinaires sont métamorphosés en malades. Au moyen de campagnes de promotion, l'industrie pharmaceutique, qui pèse quelque 500 milliards de dollars, exploite nos peurs les plus profondes : de la mort, du délabrement physique et de la maladie – changeant ainsi littéralement ce qu'être humain signifie. »

L'avenir financier de l'industrie pharmaceutique est assuré : *« Les années à venir seront les témoins privilégiés de la création de maladies parrainée par l'entreprise. »*

Le rêve fou des promoteurs de l'industrie pharmaceutique est de produire des médicaments consommables même par les bien portants, convaincus que leur sort en dépend. L'idée « géniale » est qu'il suffit d'élargir la définition des maladies, voire du moindre trouble présent dans la vie quotidienne, de les nommer, de les majorer et dramatiser, de façon à ce qu'ils deviennent ainsi des affections inquiétantes, transformant en gens malades des gens ordinaires et tout à fait bien sains. En clair, les bien portants rapportent plus que les malades ! Ce sont donc les firmes médicales qui favorisent la création de troubles médicaux.... Sans compter que très souvent, les experts médicaux qui rédigent les protocoles thérapeutiques sont rétribués par l'industrie pharmaceutique... Cependant, de plus en plus de voies s'interrogent sur ces liens médecins-industrie pharmaceutique, chers au conseil de l'ordre des médecins....

En obligeant nos concitoyens à regarder par le petit bout de la lorgnette (taux de cholestérol et infarctus, fracture du col du fémur et baisse de la densité osseuse...), l'on fait oublier totalement les notions de prise en charge globale, d'hygiène de vie, pour ne se focaliser que sur des prescriptions de molécules supposées donner la réponse. Le comble est que bien souvent ces médicaments déclenchent eux-mêmes les troubles qu'ils sont censés prévenir ou guérir.

But secondaire, et fort intéressant : « Les voies alternatives pour comprendre et soigner les problèmes de santé, de même que la réduction du nombre estimé de malades, sont souvent reléguées à l'arrière-plan, pour satisfaire une promotion frénétique des médicaments. »

- UNE STRATEGIE PAYANTE

NOVARTIS A ENREGISTRE UNE FORTE AUGMENTATION DE SON CHIFFRE D'AFFAIRES ET DE SON BENEFICE, DEPASSANT LA CROISSANCE DU MARCHE PHARMACEUTIQUE MONDIAL AU COURS DES SIX PREMIERS MOIS DE 2006

Bâle, le 17 juillet 2006 – En commentant les résultats, le Dr Daniel Vasella, Président et Administrateur-délégué de Novartis a déclaré : *« Notre forte performance au premier semestre 2006 est réjouissante. Notre stratégie, axée sur une offre de produits de santé, a permis une croissance dynamique, toutes les divisions ont délivré d'excellents résultats et augmenté leur part de marché. La division Pharmaceuticals a renforcé sa position concurrentielle, particulièrement en ce qui concerne les produits cardiovasculaires et oncologiques qui ont affiché de forts taux de croissance à deux chiffres. Nous avons réalisé des gains de productivité particulièrement importants au deuxième trimestre, alors que nous nous préparons à lancer plusieurs blockbusters potentiels pour le traitement du diabète de type 2, l'hypertension, l'asthme et les maladies de l'œil. Je suis certain que, stimulé par notre stratégie et par notre engagement dans l'innovation, Novartis va poursuivre sa croissance vigoureuse, réalisant une nouvelle fois un chiffre d'affaires et des bénéfices records. »*

Le chiffre d'affaires du Groupe est en hausse de 15% en USD (+17% en monnaies locales), grâce à la vigoureuse croissance des ventes sous-jacentes et aux contributions des acquisitions récentes !

Le chiffre d'affaires de la Division Pharmaceuticals croît de 18%, grâce aux fortes performances aux Etats-Unis et à une croissance à deux chiffres dans les segments Cardiovasculaire, Oncologie et Neurosciences.

VITALISME ET MATÉRIALISME

DEFINITION DU VITALISME

Doctrine métaphysique considérant que la vie n'a pas d'autre explication qu'elle-même.

En biologie, il y a toujours eu deux grandes écoles opposées, celle des vitalistes et celle des mécanistes. Les vitalistes, qui croyaient que la vie était dirigée de l'intérieur, par une force spirituelle, l'élan vital de Bergson, par exemple, se sont progressivement effacés devant les mécanistes. La découverte de la structure de l'ADN a été pour eux un coup très dur.

Il était depuis longtemps difficile de nier l'explication mécaniste de la respiration ou de la digestion, par exemple. Par contre, tout ce qui concernait la croissance des organismes demeurait rempli de mystère. Ce mystère semblait à jamais protégé par la coquille de l'oeuf. «Un vitaliste, écrivait Georges Canguilhem en 1946, c'est un homme qui est induit à méditer sur les problèmes de la vie davantage par la contemplation d'un oeuf que par le maniement d'un treuil ou d'un soufflet de forge». La découverte de l'ADN allait permettre de découvrir des treuils et des soufflets à l'intérieur de l'oeuf.

Pour Georges Canguilhem, le vitalisme ne se réduit toutefois pas à l'invocation d'une force spirituelle condamnée à rétrécir au fur et à mesure que progresse l'explication mécaniste. Il s'apparente à ce que nous appellerons le «regard contemplatif sur la vie». «L'oeil du vitaliste, écrit Canguilhem, recherche une certaine naïveté de vision antétechnologique, antélogique, une vision de la vie antérieure aux instruments créés par l'homme pour étendre et consolider la vie : l'outil est le langage».

Commentant un ouvrage du biologiste allemand Radl, Canguilhem poursuit: «L'homme, dit-il, peut considérer la nature de deux façons. D'abord il se sent un enfant de la nature et éprouve à son égard un sentiment d'appartenance et de subordination, il se voit dans la nature et il voit la nature en lui. Ou bien, il se tient face à la nature comme devant un objet étranger, indéfinissable. Un savant qui éprouve à l'égard de la nature un sentiment filial, un sentiment de sympathie, ne considère pas les phénomènes naturels comme étranges et étrangers, mais tout naturellement, il y trouve vie, âme et sens. Un tel homme est fondamentalement un vitaliste. Platon, Aristote, Galien, tous les hommes du Moyen Âge et en grande partie les hommes de la Renaissance étaient, en ce sens, des vitalistes. Ils considéraient l'univers comme un organisme, c'est-à-dire un système harmonieux réglé à la fois selon des lois et des fins. Ils se concevaient eux-mêmes comme une partie organisée de l'univers, une sorte de cellule de l'univers organisme ; toutes les cellules étaient unifiées par une sympathie interne, de sorte que le destin de l'organe partiel leur paraissait avoir naturellement affaire avec les mouvements des cieux».

Georges Canguilhem, *La connaissance de la vie*, Paris, Librairie Philosophique J. Vrin, 1985, p. 88.

Enjeux

Dans un article paru dans le magazine *Harper's* de février 2002, le biologiste américain Barry Commoner constate la réfutation du dogme central de la biologie moléculaire: l'idée que chaque protéine de l'organisme correspond à un gène et que le passage de l'un à l'autre se fait selon un procédé mécanique simple.

Ce sont, précise Barry Commoner, les résultats du projet de cartographie du génome qui réfutent cette thèse. Compte tenu du nombre approximatif de protéines dans l'organisme, on s'attendait à trouver environ 100 000 gènes. Or on n'en a trouvé que 30 000. La plupart des spécialistes de la biologie moléculaire adhérant au dogme central comme à un dogme religieux, et plusieurs d'entre eux ayant des

intérêts financiers dans les entreprises de biotechnologie, il ne fallait pas s'attendre à ce qu'ils fassent eux-mêmes le constat de l'échec de la biologie moléculaire.

Il s'agit bel et bien d'un échec, soutient Commoner. À l'intérieur de la cellule, divers facteurs échappant aux dogmes de la biologie moléculaire font qu'une même séquence d'ADN constituant un gène peut être à l'origine de plusieurs protéines différentes. Il faut également renoncer à la vision mécaniste simpliste selon laquelle l'ADN serait à l'origine de la vie. Dans l'état actuel des connaissances, conclut Barry Commoner, il faut plutôt soutenir que c'est la cellule qui, pour assurer sa reproduction, a créé l'ADN.

Cette façon de voir est l'équivalent, au niveau de la cellule, de l'hypothèse Gaia au niveau de la biosphère. De même que c'est la vie qui a créé les gaz de l'atmosphère et les maintient en équilibre, c'est la vie qui a créé les molécules d'ADN. N'est-ce pas là un retour au vitalisme ?

LES STATISTIQUES DES CANCERS

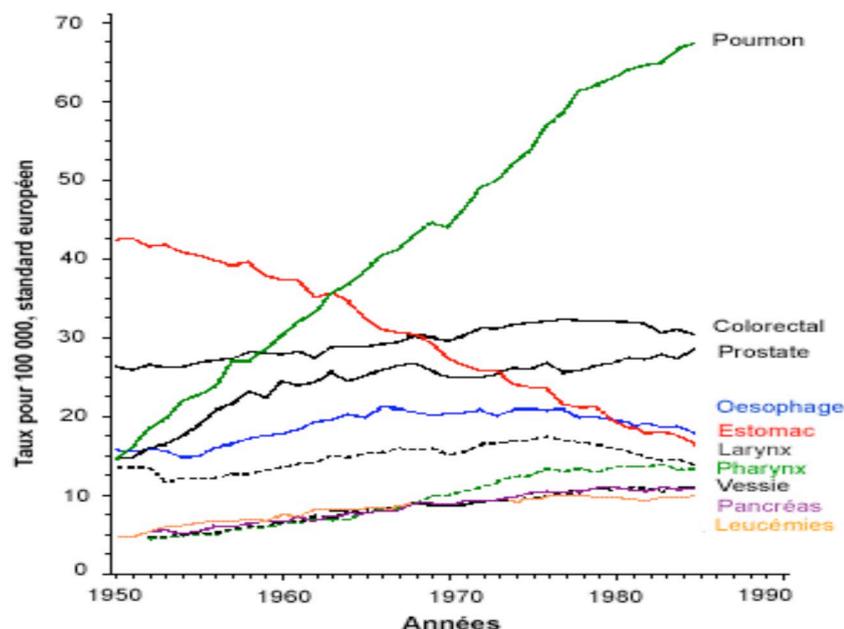
- LE CANCER EN CHIFFRES (DOCTISSIMO)

La mortalité française par cancer chez les hommes est la plus élevée d'Europe alors que celle des femmes n'est qu'au quatrième rang européen. En fonction du sexe, les cancers les plus fréquents par ordre d'importance sont :

- Chez l'homme : le cancer du poumon et des voies aérodigestives supérieures (bouche, pharynx, larynx), les cancers colo-rectal, de la prostate, de l'estomac, de la vessie et de l'oesophage.
- Chez la femme : le cancer du sein, les cancers colo-rectal, de l'utérus, de l'estomac et de l'ovaire.

EVOLUTION DE LA MORTALITE PAR CANCER

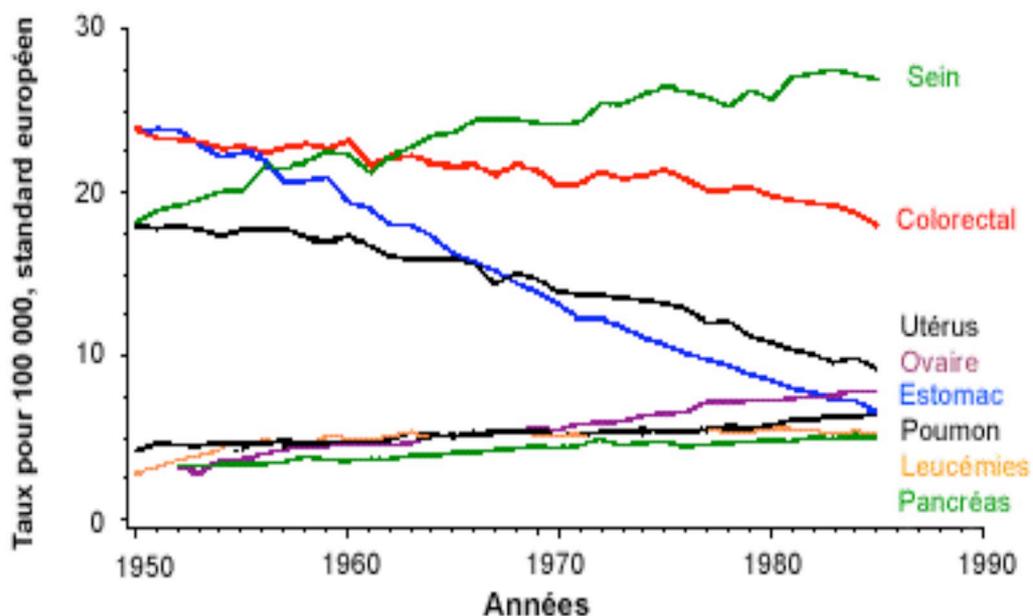
Chez les hommes, on constate une augmentation de la mortalité par cancer du poumon depuis 1950. Entre 1950 et 1990, ce chiffre a été multiplié par 4,5.



Évolution de la mortalité par cancer pour les hommes tous âges. © HILL C. et coll : Évolution de la mortalité par cancer en France entre 1950 et 1985 -INSERM ed, Statistiques de santé

Chez les femmes, la mortalité par cancer du sein a augmenté de 1,6 entre 1950 et 1990. Mais le dépistage plus précoce a permis d'enrayer cette progression. Plus préoccupant, on peut noter l'augmentation très importante du cancer du poumon chez les femmes. Cette courbe inquiétante suit celle du tabagisme féminin.

Même si leur consommation de tabac commence à diminuer, les femmes sont aujourd'hui plus nombreuses à fumer que les hommes en France. Résultat : une augmentation fulgurante du nombre de cancers du poumon. En Grande-Bretagne et aux États-Unis, c'est, désormais, la première cause de mortalité par cancer chez les femmes, devant le cancer du sein.



Évolution de la mortalité par cancer pour les femmes tous âges. © HILL C. et coll : Évolution de la mortalité par cancer en France entre 1950 et 1985 - INSERM ed, Statistiques de santé. **David Bêrn**

- DECES PAR CANCER EN FRANCE

Le nombre total des **décès** par cancer en **France** était, en 1997, de **146 705**, soit environ 241 décès pour 100 000 habitants. C'est la deuxième cause de mortalité après les cardiovasculaires. En 2000, 278.000 personnes étaient atteintes d'un cancer et 150.000 en sont mortes.

Les cancers des voies aérodigestives supérieures représentent 15 % des cancers (en majorité cancers du larynx).

Nombre de décès par organes (source INSERM)

Poumons, bronches et trachée	24 383
Côlon-rectum	15 403

Autres parties de l'appareil digestif et péritoine	11 096
Sein	11 031
Prostate	9 338
Pancréas	6 743
Estomac	5 593
Leucémies	4 922
Cavité buccale et pharynx.	4 918
Autres parties de l'appareil respiratoire et organes thoraciques	4 654
Vessie	4 525
Œsophage	4 323
Tissus lymphoïdes et histiocytaire	4 158
Carcinome in situ, tumeurs à évolution imprévisible et de nature non précisée	3 612
Rein et organes urinaires autres	3 361
Ovaire et autres annexes de l'utérus	3 236
Utérus	2 970
Encéphale.	2 723
Larynx	2 199
Myélome multiple et tumeurs immunoprolifératives	2 142
Peau	1 613
Os et cartilage articulaire.	640
Autres organes génito-urinaires.	622
Tumeurs bénignes	604
Tissu conjonctif et autres tissus mous	581
Maladie de Hodgkin	279
Sièges autres et non précisés	10 124

**- INSTITUT NATIONAL DU CANCER DU CANADA 19 -
STATISTIQUES CANADIENNES SUR LE CANCER 2005
INCIDENCE ET MORTALITÉ ACTUELLES**

Répartition des cas selon l'âge et le sexe

44 % des nouveaux cas de cancer et 60 % des décès dus à cette maladie surviennent chez les sujets de

70 ans et plus.

Les taux d'incidence du cancer et de mortalité par cancer sont plus élevés chez les femmes que chez les hommes pendant la période de reproduction, bien que les hommes affichent des taux plus élevés à toutes les autres étapes de la vie.

La mortalité diminue chez les hommes à tous les âges et chez les femmes de moins de 70 ans. Ces diminutions sont plus rapides chez les enfants et les adolescents (entre 0 et 19 ans).

Probabilité d'être atteint du cancer ou d'en mourir

D'après les taux d'incidence actuels, 38 % des Canadiennes et 44 % des Canadiens seront atteints d'un cancer au cours de leur vie.

D'après les taux de mortalité actuels, 24 % des femmes et 29 % des hommes, soit environ 1 Canadien sur 4, mourront du cancer.

FAITS SAILLANTS

Prévalence

2,4 % des Canadiens et 2,7 % des Canadiennes ont reçu un diagnostic de cancer au cours des 15 dernières années.

Chez les femmes, 1 % ont survécu à un cancer du sein diagnostiqué au cours des 15 dernières années, tandis que chez les hommes, 0,7 % ont survécu à un cancer de la prostate diagnostiqué au cours des 15 dernières années.

Estimations de l'incidence du cancer et de la mortalité par cancer, Canada, 2005

On estime que 149 000 nouveaux cas de cancer et 69 500 décès causés par cette maladie surviendront au Canada en 2005. La proportion de nouveaux cas et de décès chez les hommes dépasse de 4,7 % et de 11,9 %, respectivement, celle observée chez les femmes (tableau 1).

Chez les deux sexes, au moins 50 % des nouveaux cas de cancer sont attribuables à trois types particuliers, à savoir le cancer de la prostate, le cancer du poumon et le cancer colorectal chez l'homme, et le cancer du sein, le cancer du poumon et le cancer colorectal chez la femme. À lui seul, le cancer du poumon cause 29 % des décès par cancer chez l'homme et 25 % chez la femme (figures 1.1 et 1.2). Il faut user de prudence lorsqu'on compare les données sur la mortalité par cancer colorectal avec les données des années antérieures à 2003 en raison d'un changement dans les méthodes de classification (voir l'*Annexe II* pour plus de renseignements).

Le cancer du poumon demeurera la principale cause de décès par cancer chez les Canadiennes en 2005. On estime en effet que 8 300 décès lui seront attribuables, comparativement à 5 300 pour le cancer du sein. Au cours des trois dernières décennies, on a observé dans la population féminine canadienne une augmentation rapide des taux de mortalité par cancer du poumon, mais une légère diminution des taux de mortalité par cancer du sein normalisés selon l'âge. L'incidence du cancer du poumon chez la femme continue également de progresser. Le nombre de nouveaux cas de cancer du poumon étant estimé à 10 200, celui-ci occupe le deuxième rang chez la femme, juste devant le cancer colorectal qui, avec 9 000 nouveaux cas prévus, vient au troisième rang. Le cancer du sein continue de se classer au premier rang pour l'incidence chez les Canadiennes, le nombre de nouveaux cas s'élevant à un peu plus du double des nouveaux cas de cancer du poumon.

INCIDENCE ET MORTALITÉ ACTUELLES

Le nombre de nouveaux cas de cancer de la peau autre que le mélanome est estimé à partir des taux d'incidence obtenus par le registre du cancer de la Colombie-Britannique, qui possède les données les plus complètes. Prière de consulter l'*Annexe II : Méthodologie* pour de plus amples détails.

Rapport entre le nombre de décès et le nombre de nouveaux cas

Le rapport entre le nombre de décès et le nombre de nouveaux cas, qui est de 47 % dans l'ensemble, est légèrement plus élevé chez l'homme que chez la femme.

D'après ce rapport, on pourrait classer arbitrairement les sièges ou types de cancer énumérés au tableau 1 en trois groupes : ceux pour lesquels le pronostic est très bon (rapport égal ou inférieur à 30 % – cancer du sein, cancer de la prostate, mélanome, cancer du corps de l'utérus, cancer du col de l'utérus, cancer de la thyroïde, maladie de Hodgkin et cancer du testicule); ceux pour lesquels le pronostic est assez bon (rapport supérieur à 30 %, mais inférieur à 50 % – cancer colorectal, lymphomes non hodgkiniens, cancer de la vessie, cancer du rein, cancer de la cavité buccale et cancer du larynx); et ceux dont le pronostic est mauvais (rapport 50 % ou supérieur – cancer du poumon, leucémie, cancer du pancréas, cancer de l'estomac, cancer de l'ovaire, cancer de l'encéphale, myélome multiple et cancer de l'oesophage).

INCIDENCE ET MORTALITÉ ACTUELLES

Tableau 1

Nombre estimé de nouveaux cas et de décès pour divers sièges ou types de cancer, selon le sexe, Canada, 2005

	Nouveaux cas Estimations pour 2005			Décès Estimations pour 2005			Ratio décès/cas Estimations pour 2005		
	Total	H	F	Total	H	F	Total	H	F
Tous les cancers	149 000	76 200	72 800	69 500	36 700	32 800	0,47	0,48	0,45
Poumon	22 200	12 000	10 200	19 000	10 700	8 300	0,86	0,89	0,82
Sein	21 800	150	21 600	5 300	45	5 300	0,24	0,30	0,24
Prostate	20 500	20 500	–	4 300	4 300	–	0,21	0,21	–
Côlon et rectum	19 600	10 600	9 000	8 400	4 500	3 900	0,43	0,42	0,43
Lymphomes non hodgkiniens	6 400	3 400	3 000	3 000	1 600	1 350	0,46	0,47	0,46
Vessie	5 000	3 700	1 250	1 650	1 150	500	0,34	0,32	0,40
Rein	4 500	2 800	1 650	1 500	950	570	0,34	0,34	0,34
Mélanome	4 400	2 300	2 000	880	540	340	0,20	0,23	0,17
Leucémie	4 000	2 300	1 700	2 200	1 300	940	0,56	0,56	0,56
Corps de l'utérus	3 900	–	3 900	710	–	710	0,18	–	0,18
Pancréas	3 400	1 650	1 750	3 300	1 600	1 750	0,99	0,98	0,99
Cavité buccale	3 200	2 100	1 050	1 050	710	350	0,33	0,34	0,33
Thyroïde	3 100	710	2 400	170	65	100	0,05	0,09	0,04
Estomac	2 800	1 800	1 000	1 900	1 150	730	0,68	0,65	0,72
Encéphale	2 500	1 350	1 100	1 650	940	720	0,67	0,69	0,65
Ovaire	2 400	–	2 400	1 550	–	1 550	0,66	–	0,66
Myélome multiple	1 850	1 000	850	1 250	680	590	0,68	0,67	0,69
Oesophage	1 450	1 050	400	1 600	1 200	420	1,13 ¹	1,16 ¹	1,05 ¹
Col de l'utérus	1 350	–	1 350	400	–	400	0,30	–	0,30
Larynx	1 150	960	210	510	420	85	0,43	0,44	0,41
Testicule	850	850	–	30	30	–	0,04	0,04	–
Maladie de Hodgkin	850	460	390	120	70	55	0,14	0,15	0,14
Tous les autres sièges	12 000	6 400	5 600	8 900	4 800	4 100	0,75	0,75	0,74

– Sans objet

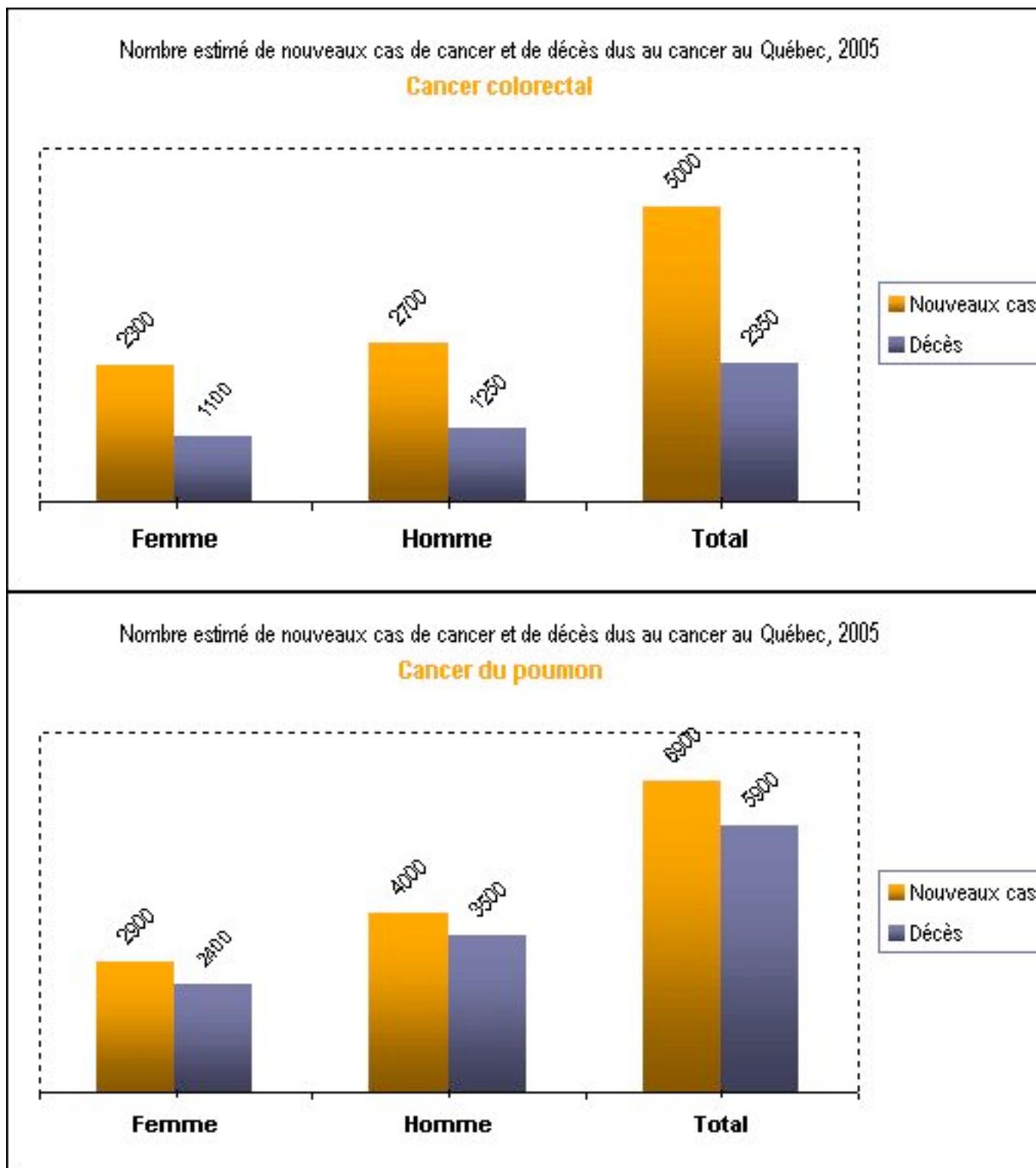
¹ Le rapport élevé (supérieur à 1,0) enregistré pour le cancer de l'oesophage pourrait s'expliquer par une inscription incomplète des cas de cancer de ce type avant le décès. Pour plus de détails, consulter l'Annexe II : Méthodologie.

Nota : Les données sur l'incidence excluent les 78 000 nouveaux cas estimés de cancer cutané autre que le mélanome (carcinomes basocellulaire et squameux). Les chiffres ayant été arrondis, leur somme peut ne pas correspondre aux totaux indiqués. Pour plus de détails, consulter l'Annexe II : Méthodologie.

Source : Division de la surveillance et de l'évaluation des risques, CPCMC, Agence de santé publique du Canada

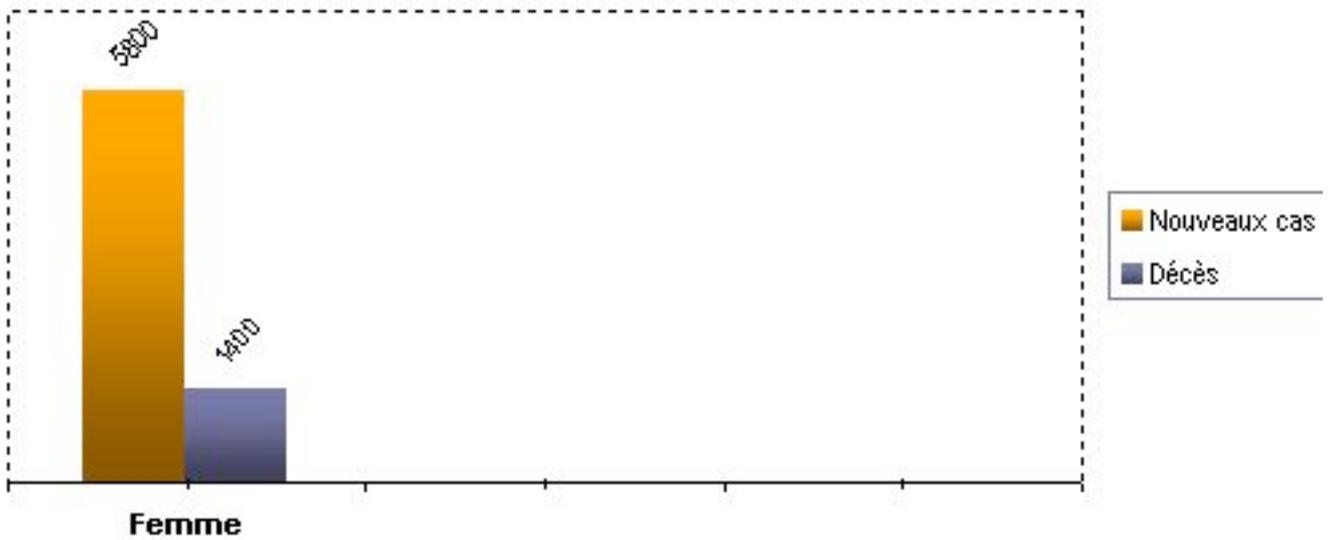
NOMBRE ESTIMÉ

Ces nombres sont tirés de la publication «Société canadienne du cancer et Institut national du cancer du Canada : Statistiques » canadiennes sur le cancer 2005, Toronto, Canada, 2005 »



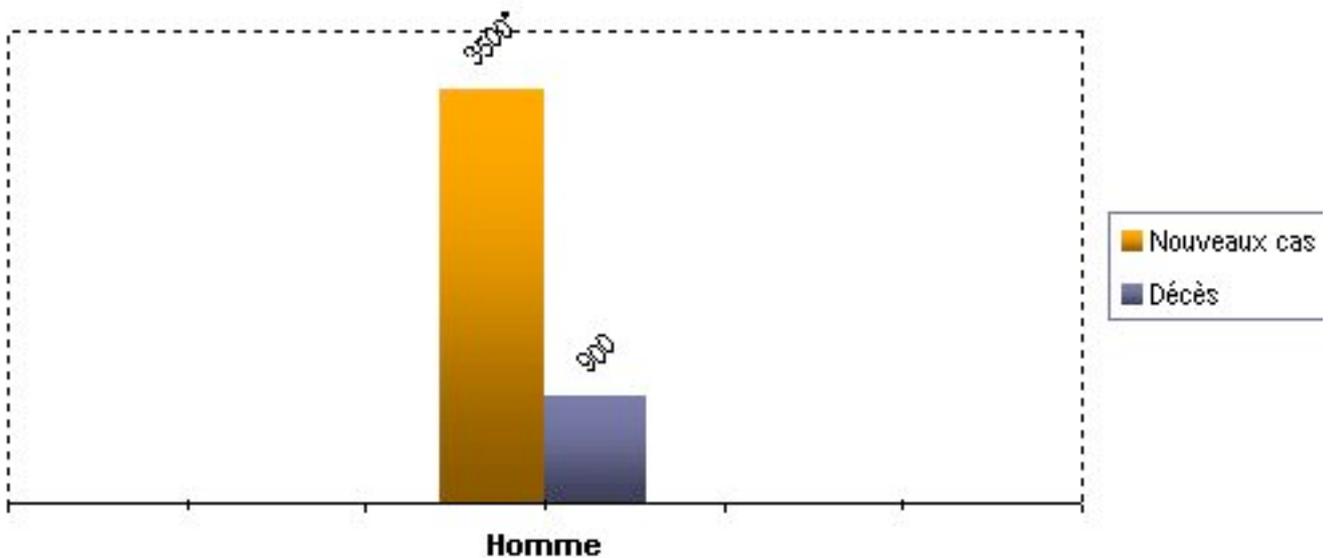
Nombre estimé de nouveaux cas de cancer et de décès dus au cancer au Québec, 2005

Cancer du sein



Nombre estimé de nouveaux cas de cancer et de décès dus au cancer au Québec, 2005

Cancer de la prostate



JEAN BERNARD, *Grandeurs et tentations de la médecine*, Paris, Buchet-Chastel, 1973. – Catherine et Georges Mathé, *La santé est-elle au-dessus de nos moyens ?*, Paris, Plon, 1970 : en sont de bons exemples.

QUELLES PLACES POUR LES MÉDECINES NON CONVENTIONNELLES

- LE CANCER DU SEIN CHEZ LA FEMME : UNE AUTRE APPROCHE

Mr le Maire, Mr Jean-Pierre Lecoq et la Mairie du VIème arrondissement reçoivent le samedi 22 octobre 2005 de 8h30 à 19h, l'AMPP, Association Médicale pour la Promotion de la Phytothérapie, qui organise sa 16ème journée nationale consacrée au cancer du sein chez la femme. Cette affection touche une femme sur neuf en France.

La présidence de cette journée est assurée par le Pr Lucien Israël, oncologue renommé. À ses côtés, l'AMPP, présidée par le Pr Pierre Cornillot, doyen fondateur de la Faculté de Médecine Paris 13 et créateur du DUMENAT, Département Universitaire des Médecines Naturelles reçoit des personnalités éminentes.

Le Pr Henri Joyeux, chirurgien, oncologue, qui nous parle de prévention du cancer du sein, est connu pour ses positions très marquées contre les hormones, qu'il s'agisse de traitement de la ménopause (THS) ou de pilule contraceptive. Ses positions ont été confirmées tout récemment de manière très officielle par le Centre International de Recherche sur le Cancer, sous l'égide de l'OMS, celui-ci a classé les hormones du THS et de la pilule comme substances dont le caractère cancérogène est prouvé.

Le Pr Raja Aghzadi de Casablanca a fondé une association « Cœurs de Femmes » dont la mission est de partir au fin fond des campagnes, trouver et soigner ces femmes qui se cachent, rongées par un mal irrémédiable, elle permet ainsi, à certaines, de partir plus dignement.

Le Pr Catherine Bennetau-Pelissero, chercheur de renommée internationale sur les phyto-estrogènes, nous informe des dernières recherches sur le soja. Des femmes, épidémiologiste, journaliste, sophrologue, radiologue, chirurgien, oncologue, gynécologue phytothérapeute, pharmacien, ostéopathe, comme autant de pièces de puzzle qui vont s'assembler, nous exposent leurs vécus, leurs pratiques au contact des femmes atteintes de cancer du sein.

Des praticiens de médecines complémentaires nous parlent de l'accompagnement autour de la chimiothérapie et de la radiothérapie. Le Pr Israël clôture cette journée unique car si l'on parle en France de dépistage du cancer du sein, l'on ne parle que très rarement de prévention et de médecines naturelles pour accompagner les thérapeutiques incontournables proposées par les oncologues.

"LE CANCER DU SEIN"

prévention, dépistage, traitements

sous la présidence du professeur Lucien ISRAËL Modérateurs : Dr Hélène de VECCHY, Dr Paul GOETZ

- INTERVIEW DE LUCIEN ISRAËL

LE CANCER : UN PROGRAMME DE SURVIE

Professeur Lucien Israël - Extrait de la revue «Médecines Nouvelles » N°98, 3è trimestre 2000, pp 5

« Au cours du congrès organisé par le docteur Philippe Lagarde, à Trévise, le professeur Lucien Israël a donné une communication, dans laquelle il a confié, pour la première fois, sa conviction intime selon laquelle le cancer ne serait pas, comme on le croit encore actuellement, une pathologie au sens propre, une maladie, mais plutôt un processus biologique inextricablement mêlé à l'apparition de la vie sur la Terre, un programme génétique hérité des premières bactéries apparues à la surface du monde. »

Notre mission, notre vision et nos valeurs

Mission

La Société canadienne du cancer est un organisme bénévole national, à caractère communautaire, dont la mission est l'éradication du cancer et l'amélioration de la qualité de vie des personnes touchées par le cancer.

Vision

Créer un monde où aucun Canadien, aucune Canadienne n'aura à craindre le cancer.

Valeurs

Nos valeurs servent à orienter notre conduite et nos actions en vue de concrétiser notre vision.

Qualité – nous nous préoccupons d'abord et avant tout des gens qui constituent notre clientèle (les personnes touchées par le cancer, leurs proches, nos donateurs et la population en général) et nous nous emploierons à toujours rechercher l'excellence, par l'évaluation et l'amélioration continue.

Compassion – nous avons à cœur de mener notre action avec empathie et bienveillance.

Intégrité – nous nous engageons à agir de manière honnête et selon des principes moraux.

Respect – nous croyons que chaque personne mérite d'être traitée avec considération, dans le respect de sa dignité; nous tenons à préserver la diversité de notre société.

Sensibilité – nous visons un maximum d'accessibilité, de souplesse et de transparence, et avons conscience de l'urgence de certaines décisions ainsi que de la nécessité d'agir.

Responsabilité – nous nous engageons à obtenir des résultats, à les mesurer et à en rendre compte, ainsi qu'à utiliser judicieusement les fonds provenant de nos donateurs.

Travail d'équipe – nous nous employons à établir des partenariats fructueux entre nos bénévoles et notre personnel, et sommes à l'affût des possibilités d'alliances avec d'autres groupes.

Traitements complémentaires et parallèles

De plus en plus de Canadiens s'intéressent aux traitements complémentaires et parallèles, et se demandent si ces derniers pourraient être d'une quelconque utilité pour traiter le cancer. La décision de recourir à un traitement complémentaire ou parallèle vous appartient, mais si vous envisagez cette possibilité, assurez-vous de faire un choix éclairé.

Faire un choix éclairé, cela signifie :

comprendre la différence entre les traitements traditionnels, complémentaires et parallèles;

recueillir toute l'information possible à propos du traitement complémentaire ou parallèle auquel vous songez;

discuter avec votre équipe soignante du traitement complémentaire ou parallèle que vous envisagez et de ses interactions possibles avec les soins que vous recevez déjà.

Traitements traditionnels

Les traitements traditionnels ou classiques sont ceux qui sont couramment acceptés et utilisés dans le système canadien de santé pour soigner un type particulier de maladie. Les professionnels de la santé ont recours à ces traitements parce que les plus récentes données scientifiques dont nous disposons indiquent qu'ils sont sûrs et efficaces.

Les méthodes traditionnellement utilisées pour traiter le cancer, qui sont généralement la chirurgie, la [radiothérapie](#) et la chimiothérapie, ont pour but d'affaiblir ou d'enlever la tumeur. Ces techniques ont

été éprouvées scientifiquement et font l'objet d'améliorations constantes dans le cadre d'essais cliniques de qualité. Les essais cliniques servent à vérifier si un médicament ou un traitement est sûr, s'il peut traiter efficacement une maladie ou une affection particulière, et comment il agit.

Traitements complémentaires et parallèles

Il se fait actuellement très peu de recherche scientifique sur les traitements complémentaires et parallèles, si bien qu'on ignore souvent si ces traitements sont sans danger et s'ils peuvent ou non aider les personnes atteintes de cancer.

On fait une distinction entre traitements complémentaires et traitements parallèles selon l'objectif visé par le traitement ou la manière dont on l'utilise.

Les **traitements complémentaires** sont utilisés *en plus* des traitements traditionnels. Les traitements complémentaires peuvent aider certaines personnes non pas à traiter le cancer, mais à mieux faire face aux symptômes de la maladie ou aux effets secondaires du traitement. Plusieurs personnes affirment que ces techniques leur ont fait du bien, mais il faudra mener des recherches plus approfondies pour confirmer leur innocuité et leur efficacité réelle.

La méditation est un exemple de traitement complémentaire utilisé pour réduire le stress ou l'anxiété durant la radiothérapie.

Les **traitements parallèles** sont utilisés *au lieu* de la médecine classique. Les traitements parallèles ne font pas partie des traitements standards contre le cancer parce qu'il n'existe à ce jour aucune preuve scientifique de leur innocuité et de leur efficacité.

Un traitement parallèle peut par exemple consister à adopter une diète spéciale pour traiter le cancer plutôt que de suivre une chimiothérapie ou un autre traitement traditionnel.

On trouve de nombreuses formes de traitements complémentaires et parallèles, par exemple :

massage ;

méditation ;

toucher thérapeutique ;

aromathérapie ;

médecine traditionnelle chinoise ;

acupuncture ;

acupression ;

herbes médicinales ;

diètes ou produits alimentaires spéciaux.

Dernière modification le : 14 janvier 2006

- OMS : AIDE-MEMOIRE N°134 - REVISE MAI 2003 - MEDECINE TRADITIONNELLE

Qu'est-ce que la médecine traditionnelle ?

L'expression médecine traditionnelle se rapporte aux pratiques, méthodes, savoirs et croyances en matière de santé qui impliquent l'usage à des fins médicales de plantes, de parties d'animaux et de minéraux, de thérapies spirituelles, de techniques et d'exercices manuels – séparément ou en association – pour soigner, diagnostiquer et prévenir les maladies ou préserver la santé.

En Afrique, en Asie et en Amérique latine, différents pays font appel à la médecine traditionnelle pour

répondre à certains de leurs besoins au niveau des soins de santé primaires. En Afrique, jusqu'à 80 % de la population a recours à la médecine traditionnelle à ce niveau.

Dans les pays industrialisés, la médecine «complémentaire» ou «parallèle» est l'équivalent de la médecine traditionnelle.

Un usage répandu qui ne cesse de croître

La médecine traditionnelle reste très répandue dans toutes les régions du monde en développement et son usage ne cesse de croître dans les pays industrialisés.

En Chine, les préparations traditionnelles à base de plantes représentent entre 30 et 50 % de la consommation totale de médicaments.

Au Ghana, au Mali, au Nigéria et en Zambie, le traitement de première intention pour 60 % des enfants atteints de forte fièvre due au paludisme fait appel aux plantes médicinales administrées à domicile.

L'OMS estime que, dans plusieurs pays d'Afrique, la plupart des accouchements sont pratiqués par des accoucheuses traditionnelles.

En Europe, en Amérique du Nord et dans d'autres régions industrialisées, plus de 50 % de la population a eu recours au moins une fois à la médecine complémentaire ou parallèle.

À San Francisco, à Londres et en Afrique du Sud, 75 % des personnes vivant avec le VIH ou le SIDA font appel à la médecine traditionnelle ou à la médecine complémentaire ou parallèle.

70 % des Canadiens ont eu recours au moins une fois à la médecine complémentaire.

En Allemagne, 90 % des gens prennent un remède naturel à un moment ou à un autre de leur vie. Entre 1995 et 2000, le nombre de médecins ayant suivi une formation spéciale à la médecine naturelle a quasiment doublé pour atteindre 10 800.

Aux États-Unis d'Amérique, 158 millions d'adultes font appel à des produits de la médecine complémentaire et, d'après la Commission for Alternative and Complementary Medicines, un montant de US \$17 milliards a été consacré aux remèdes traditionnels en 2000.

Au Royaume-Uni, les dépenses annuelles consacrées à la médecine parallèle représentent US \$230 millions.

Le marché mondial des plantes médicinales, en expansion rapide, représente actuellement plus de US \$60 milliards par an.

Problèmes d'innocuité et d'efficacité

Ce n'est que pour diverses utilisations de l'acupuncture, pour certaines plantes médicinales et pour certaines thérapies manuelles que les essais cliniques randomisés ont livré des faits scientifiques convaincants. Il faut faire d'autres recherches pour vérifier l'innocuité et la sécurité d'emploi de plusieurs autres pratiques et plantes médicinales.

L'absence de réglementation ou la mauvaise utilisation des pratiques et médicaments traditionnels peut avoir des effets nuisibles, voire dangereux.

Ainsi, la plante « Ma Huang » (Ephedra) est traditionnellement utilisée en Chine pour soigner la congestion des voies respiratoires. Aux États-Unis, elle a été commercialisée comme auxiliaire diététique, et un dosage excessif a entraîné au moins une douzaine de décès, d'accidents cardiaques ou d'accidents vasculaires cérébraux.

En Belgique, au moins 70 personnes ont dû subir une transplantation ou une dialyse rénale pour une fibrose rénale interstitielle après avoir pris pour perdre du poids une préparation fabriquée à partir d'une espèce de plante erronée.

Biodiversité et pérennité

Au-delà des problèmes d'innocuité, on s'inquiète du fait que le développement du marché des plantes médicinales, qui a d'énormes retombées sur le plan commercial, risque de menacer la biodiversité en raison du pillage des matières premières nécessaires à la fabrication des médicaments ou d'autres produits de santé naturels. Ces pratiques, si elles ne sont pas encadrées, pourraient entraîner l'extinction d'espèces en danger ainsi que la destruction de ressources et d'habitats naturels.

Autre problème apparenté, les règles de protection prévues dans les normes internationales applicables au droit des brevets ainsi que dans la plupart des lois nationales classiques sur les brevets ne suffisent pas actuellement à protéger les savoirs traditionnels et la biodiversité.

Expérimentation des méthodes et produits

- 25 % des médicaments modernes sont préparés à base de plantes qui ont au départ été utilisées traditionnellement.
- L'acupuncture a fait la preuve de son efficacité pour soulager les douleurs postopératoires, la nausée pendant la grossesse, la nausée et les vomissements associés à la chimiothérapie, ainsi que la douleur dentaire avec extrêmement peu d'effets secondaires. Elle permet également d'atténuer l'anxiété, les troubles paniques et l'insomnie.
- Le yoga peut contribuer à atténuer les crises d'asthme, tandis que les techniques de Tai Chi peuvent aider les personnes âgées à moins redouter les chutes.
- La médecine traditionnelle peut d'autre part agir sur les maladies infectieuses. En Chine, par exemple, la plante médicinale *Artemisia annua*, utilisée depuis près de 2000 ans, s'est avérée efficace contre le paludisme résistant et pourrait représenter une percée qui permettrait d'éviter près d'un million de décès par an, pour l'essentiel chez des enfants, des suites du paludisme grave.
- En Afrique du Sud, le Medical Research Council fait actuellement des études sur l'efficacité de la plante *Sutherlandia Microphylla* pour soigner les patients atteints du SIDA. Traditionnellement utilisée comme tonique, cette plante peut renforcer la masse corporelle chez les personnes vivant avec le VIH et leur donner plus d'énergie et d'appétit.

Efforts déployés par l'OMS pour promouvoir une médecine traditionnelle sûre, efficace et abordable

C'est en 2002 que l'Organisation mondiale de la Santé a mis en place sa première stratégie globale en matière de médecine traditionnelle. Cette stratégie a pour but d'aider les pays à :

- élaborer des politiques nationales d'évaluation et de réglementation des pratiques de la médecine traditionnelle et de la médecine complémentaire ou parallèle ;
- développer la base factuelle sur l'innocuité, l'efficacité et la qualité de produits et pratiques de la médecine traditionnelle et de la médecine complémentaire ou parallèle ;
- veiller à ce que la médecine traditionnelle et la médecine complémentaire ou parallèle, y compris le recours aux médicaments essentiels à base de plantes, soient disponibles et abordables ;
- promouvoir un usage thérapeutique judicieux de la médecine traditionnelle et de la médecine complémentaire ou parallèle par les prestataires et les consommateurs ;
- rassembler de la documentation sur les médicaments et remèdes traditionnels.

L'OMS aide les autorités de la santé des Etats Membres à préparer des guides pour utiliser en toute sécurité les plantes médicinales. Elle a organisé différents ateliers régionaux sur la réglementation des médicaments traditionnels à l'intention des autorités nationales de plusieurs pays des régions de l'Afrique, de l'Amérique latine et de la Méditerranée orientale. Des ateliers auront lieu en 2003 pour les pays d'Europe et d'Asie.

À l'heure actuelle, l'OMS appuie dans trois pays africains des études cliniques sur des antipaludiques ; il s'est avéré que certaines plantes comportaient un potentiel intéressant contre le paludisme.

D'autres activités de collaboration sont en cours avec le Burkina Faso, le Ghana, le Kenya, le Mali, le

Nigéria, l'Ouganda, la République démocratique du Congo et le Zimbabwe pour la recherche et l'évaluation de traitements à base de plantes contre le VIH/SIDA, le paludisme, l'anémie drépanocytaire et le diabète sucré.

En Tanzanie, l'OMS prête un appui technique aux autorités en collaboration avec la Chine pour la production d'antipaludiques extraits de la plante chinoise *Artemisia annua*. La production locale de ce médicament permettra de faire tomber le prix de la dose de US \$6 ou \$7 à \$2, montant plus abordable.

En 2003, l'appui de l'OMS a permis jusqu'ici de mettre au point et d'introduire des programmes de formation aux soins traditionnels et parallèles dans sept établissements d'enseignement de niveau tertiaire aux Philippines.

Des ateliers de formation à l'usage des médicaments traditionnels contre certains troubles et maladies ont d'autre part été organisés en Chine, en Mongolie et au Vietnam.

Les priorités concernant la promotion de l'utilisation des médicaments traditionnels

Plus d'un tiers des habitants des pays en développement n'ont pas accès aux médicaments essentiels. L'accès à des thérapies traditionnelles ou complémentaires/parallèles sûres et efficaces pourrait être déterminant pour le développement des soins de santé.

Si la Chine, la République populaire démocratique de Corée, la République de Corée et le Vietnam ont entièrement intégré la médecine traditionnelle dans leur système de soins, de nombreux pays doivent encore rassembler des faits normalisés sur ce type de soins et les intégrer dans leurs systèmes.

Dans 70 pays, les médicaments à base de plantes font l'objet d'une réglementation, mais le contrôle législatif des plantes médicinales n'a pas suivi un modèle structuré, et ce parce que les produits ou médicaments à base de plantes ne sont pas définis partout de la même façon et que diverses approches ont été adoptées pour l'homologation, la distribution, la fabrication et le commerce de ces produits.

Étant donné le peu de données scientifiques sur l'innocuité et l'efficacité de la médecine traditionnelle et de la médecine complémentaire et parallèle et pour d'autres raisons aussi, il est important pour les gouvernements de :

- formuler une politique et une réglementation nationales pour le bon usage de la médecine traditionnelle et de la médecine complémentaire ou parallèle ainsi que pour leur intégration dans le système national de soins, conformément à la stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle ;
- mettre en place des mécanismes de réglementation pour contrôler l'innocuité et la qualité des produits et des pratiques de la médecine traditionnelle et de la médecine complémentaire ou parallèle ;
- sensibiliser le grand public et les consommateurs aux thérapies traditionnelles et complémentaires ou parallèles qui peuvent être appliquées avec efficacité et sans danger ;
- cultiver et conserver les plantes médicinales pour qu'elles puissent être durablement utilisées.

NÉMÉSIS MÉDICALE

LES BULLETINS DE PUBLICITE DES LABORATOIRES PHARMACEUTIQUES en France prennent l'aspect d'une soi-disant « presse médicale ». Ils ont envoyés à un tarif postal réduit parce qu'ils sont strictement réservés aux médecins.

« Le budget de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) comporte bien une ligne consacrée à l'épidémiologie et à la santé publique. Or, je n'ai pu identifier un seul chercheur en service qui aurait comme tâche principale l'évaluation de l'impact global sur la santé publique des méthodes diagnostiques et thérapeutiques en vigueur » Ivan Illich

IVAN ILLICH : Il n'existe pas en France de publication périodique analogue au *Physician Drug manual* qui donnerait régulièrement une information correcte sur les contre-indications des médicaments. Le *Vidal*, principal manuel utilisé par les médecins et les pharmaciens, se compose d'annonces publicitaires rédigées par les laboratoires sur leurs médicaments et rangées par ordre alphabétique.

Actuellement, la seule revue indépendante française est « *Prescrire* », accessible sur abonnement et souscription, donc peu distribuée chez les médicaux.

HENRI PRADAL, Guide des médicaments les plus courants, Paris Seuil, 1974 : 57 laboratoires menacèrent de porter plainte contre la vente de ce livre (11 d'entre eux le firent), et il fut retiré deux fois de la vente à la suite d'une ordonnance du tribunal des référés.

LA "MEDECINE FACTUELLE" OU EBM

qui désignait, au départ, une stratégie d'apprentissage des connaissances cliniques (), fait maintenant partie intégrante de la pratique médicale. Elle consiste à baser les décisions cliniques, non seulement sur les connaissances théoriques, le jugement et l'expérience qui sont les principales composantes de la médecine traditionnelle, mais également sur des "preuves" scientifiques, tout en tenant compte des préférences des patients (1992). Par "preuves", on entend les connaissances qui sont déduites de recherches cliniques systématiques, réalisées principalement dans le domaine du pronostic, du diagnostic et du traitement des maladies et qui se basent sur des résultats valides et applicables dans la pratique médicale courante (). Les études cliniques considérées sont des essais contrôlés randomisés, des méta analyses, mais aussi des études transversales ou de suivi bien construites lorsqu'il s'agit d'évaluer un test diagnostique ou de pronostiquer l'évolution d'une maladie ().

Le concept d'EBM a été développé par des épidémiologistes canadiens de la *McMaster Medical School* au début des années 1980 (Rosenberg et Donald, 1995) puis adopté par la *Cochrane Collaboration* qui défend, depuis son origine, les essais contrôlés randomisés ainsi qu'une méthodologie rigoureuse en recherche clinique (Sackett, 1994; Chalmers, 1993).

L'EBM est une démarche qui nécessite les étapes suivantes (; 1996, 1995):

- la formulation claire et précise d'une question clinique à partir d'un problème clinique donné
- la recherche d'articles pertinents dans la littérature (quel article lire?)
- l'évaluation systématique de la validité et de l'intérêt des résultats et l'extraction des preuves qui sont à la base des décisions cliniques (quel article croire?)
- l'intégration de ces preuves dans la pratique médicale courante afin de répondre à la question posée au départ.

En aucun cas, ces "preuves" ne peuvent remplacer le jugement et l'expérience du médecin, ce qui explique que la "Médecine Factuelle" complète la pratique médicale traditionnelle mais ne la remplace pas (). Elle se traduit par une augmentation des connaissances individuelles conduisant à des pronostics, diagnostics et traitements plus efficaces, ainsi qu'à une attitude plus adaptée vis-à-vis de la situation difficile du patient et de ses préférences concernant son traitement (). Elle a pour mission d'aider les cliniciens à suivre les développements récents de la médecine.

La mise en œuvre d'une "Médecine Factuelle" nécessite la compréhension d'un certain nombre de règles de recherche et d'évaluation qui sont présentées sous forme de grilles de lecture et qui vont permettre

l'appréciation des données disponibles () (1995).

Il faut noter que la pratique de l'EBM a soulevé dans la communauté scientifique un certain nombre d'objections qui peuvent être résumées comme suit ():

- Manque d'études et de données scientifiques pour un certain nombre d'actes cliniques qui ne seront jamais évalués en utilisant l'approche EBM ou études non représentatives de malades auxquelles elles prétendent s'appliquer.

Ainsi "ce qui est blanc ou noir dans une revue scientifique peut rapidement devenir gris dans la pratique clinique", c'est ce que Naylor a défini comme les "Grey Zones".

- Problèmes à résoudre en médecine de "premier contact" (notamment en médecine générale) où les problèmes sont le plus souvent liés à plusieurs pathologies, où se mêlent des dimensions sociales, culturelles, familiales, sanitaires. Le généraliste doit également interpréter un mode individualisé de présentation de la maladie plutôt que de reconnaître un tableau clinique classique. Les informations valides et exactes d'aujourd'hui seront-elles utilisables demain?

JACQUES DAUDON PRÉSIDENT DES FRANÇAIS PROGRESSISTES

Vice-président des Européens progressistes

Vice-président de l'Académie pour la défense des êtres humains.

Aimer les gens, c'est aussi leur redonner espoir en mettant le doigt là où le bât blesse. Corriger les erreurs agricoles, alimentaires, sanitaires, neutraliser de toute urgence l'empoisonnement programmé de la société. Oeuvre gigantesque devant être réalisée en haut lieu. Ainsi le corps pourra fonctionner à nouveau normalement.

S'apitoyer sur le sort des cancéreux, en ayant au préalable fait disparaître toute solution de guérison naturelle (Dieu sait s'il y en a) démontre bien la trame abjecte et vénale dictée vraisemblablement par les laboratoires. Rechercher le concours des enseignants afin d'imbiber les cerveaux de nos enfants - toujours traumatisés, voire handicapés par les vaccins et une alimentation défectueuse - de réflexes de soumission, de parades fatalistes inopérantes, n'est à mon avis, qu'un plan désespérant de bêtise, bien établi, pour que vous nous assujettissiez encore davantage.

En résumé, la maladie, la misère humaine sont parfaitement explicables. Des hommes qui devraient concourir à la défense des intérêts citoyens, de par leur rang social et politique, trahissent, volontairement ou parce que désinformés les personnes qui leur ont fait confiance.

J'ai parlé, simplement, sans haine, sans colère, sans crier vengeance, mais justement. J'ai le devoir de défendre une population abusée par les prétendus miracles d'une science qui dégénère, abandonnée par des élus soumis aux grandes compagnies.

Monsieur de Robien, je vous demande d'avoir l'extrême obligeance de changer de tactique. Arrêtons le massacre!

Lettre envoyée à tous les Principaux de collège, le 23 septembre 2005

Madame la Principale,

Monsieur le Principal,

Près de 2 millions de personnes en France vivent en ayant, ou en ayant eu un cancer. Dans les prochaines années, en France, 1 femme sur 3 et 1 homme sur 2 aura un cancer dans sa vie. C'est toute une société qui doit en prendre conscience et changer son regard sur les malades. Sans notre écoute, notre compréhension, ils ne peuvent garder espoir et se battre pour vaincre la maladie. Voilà le message que nous voulons faire passer. Aujourd'hui, nous nous adressons à vous car vous constituez un relais

privilegié auprès des enseignants et des élèves pour soutenir le concours de scénarios. Regards d'espoir contre le cancer... Sensibles à l'injustice, spontanés dans la dénonciation de l'intolérance, créatifs, les adolescents semblent les plus aptes à trouver l'idée de scénario qui touchera un large public et fera évoluer les attitudes envers les personnes atteintes. Nous croyons, en effet, que le scénario choisi, soutenu par un grand réalisateur et bénéficiant d'une diffusion nationale, gagnera aussi les coeurs d'un large public.

Voilà pourquoi nous vous demandons de vous engager, ainsi que l'ensemble de vos équipes pédagogiques, dans ce projet responsable et généreux.

Souhaitant vivement que votre collège soit associé à ce grand projet d'intérêt national, nous vous prions de recevoir Madame la Principale, Monsieur le Principal, l'expression de nos salutations distinguées.

Gilles de Robien

David Khayat

Ministre de l'Éducation nationale

de l'Enseignement supérieur

Président de l'Institut National du Cancer (INCa) et de la Recherche

UNIO HOMEOPATHICA BELGICA - SOS HOMEOPATHIE

PETITION "HOMEOPATHIE AUSSI DEMAIN!"

Bruxelles, le 18 juillet 2005

Le projet d'arrêté ministériel et d'arrêté royal du Ministre Rudy Demotte au sujet de la reconnaissance des généralistes contient les propositions suivantes :

Par l'absence de mesures transitoires, beaucoup de médecins qui utilisent des pratiques non conventionnelles ne seront subitement plus des médecins généralistes.

L'Académie Royale de Médecine peut donner un avis par lequel les médecins qui utilisent une méthode non conventionnelle perdraient leur droit de pratiquer la médecine.

En perdant son titre de généraliste, le médecin ne peut plus prescrire d'examens complémentaires (Rx, Biologie, etc.) ni référer un patient à un spécialiste. Le remboursement pour les patients serait diminué voir réduit à rien dans le cas de visite à domicile.

Nous ne pouvons accepter cette proposition parce que :

1/ Que signifie cette proposition pour les médecins généralistes qui pratiquent une médecine alternative ?

Beaucoup de généralistes seront obligés de stopper leurs activités non conventionnelles afin de garder leur titre de médecin généraliste. Les médecins qui continueront ces pratiques ne seront automatiquement plus généralistes. En conséquence, ils ne peuvent plus prescrire d'examens diagnostics, ni donner d'incapacité de travail, ni référer à un spécialiste. Ils deviennent dépendants d'un autre médecin pour l'exercice de la médecine. Il n'est pas impossible qu'ils devront cesser toute pratique médicale.

2/ Que signifie cette proposition pour les patients qui souhaitent recourir à une médecine alternative (40% de la population (1)) ? Ils trouveront encore plus difficilement un médecin qui réponde à leur demande.

En cas de nécessité d'examens complémentaires, le patient devra consulter un deuxième médecin (surcoût pour le patient et la collectivité). La consultation ou la visite du médecin « non généraliste » sera aussi moins (ou plus du tout) remboursée.

En résumé : il y aura moins de possibilités de soins alternatifs, le patient qui voudra quand même y recourir payera plus et aura de plus grandes difficultés pour y accéder.

3/ Comment faire de réelles économies en soins de santé ? Les études dans divers pays (e.a. Royaume-Uni, France, USA et Australie) montrent que les soins donnés par des médecins qui pratiquent une médecine alternative sont nettement moins coûteux que les soins donnés par leurs collègues conventionnels. Ces résultats ont été confirmés en Belgique sur la base des données de l'INAMI rassemblées pendant 3 années consécutives (1998-99-2000). Rien que sur le prix des médicaments conventionnels **une économie de 66%** est réalisée pour les patients qui sont suivis par un médecin homéopathe).

Vous pouvez signer cette pétition sur SOShomeopathie.be, ou vous contactez pour cela UHB, l'Union Professionnelle des médecins homéopathes - Chaussée de Bruxelles, 132, boîte 1, B-1190 Bruxelles, Tel: 02/346 18 26 Fax: 02/345 58 03

FIN DE NOTRE PETITION

Le comité organisateur de la pétition « sos homeopathie » a décidé de mettre fin à cette action car les buts sont atteints.

Le décompte final approche les 65.000 signatures.

MERCI A TOUS POUR CET ELAN DE SOLIDARITE EFFICACE !

Résultats escomptés et obtenus :

- 1) L'AM sur la médecine générale qui vient d'être signé et publié au Moniteur Belge ne parle plus de l'exclusivité qui était accordée à l'ACADÉMIE DE MÉDECINE pour établir le cadre scientifique de la pratique de la médecine générale. C'est le Ministre qui définira ce cadre. C'est à nous de démontrer que l'homéopathie est une pratique scientifiquement étayée.
- 2) L'AM ne parle plus d'effet rétroactif mais de contrôle à 5 ans, comme nous le demandions.

Résultats non escomptés mais obtenus :

- 1) L'AM est légèrement plus nuancé sur la participation aux gardes de population, c'est bien sûr une obligation, mais le cadre est moins restrictif.
- 2) Contacts avec les syndicats médicaux traditionnels interpellés par cette action qui touchait un projet d'arrêté qu'ils avaient déjà signé.
- 3) Charte de collaboration avec la Confédération des Médecins Belges :

CHARTRE DE LA CONFEDERATION.

1. Adhésion à un système de santé basé sur l'ASSURANCE OBLIGATOIRE

- au profit de toute la population ;
- englobant le maximum de prestations médicales;
- visant à dispenser à chaque patient les soins les meilleurs.

2. Partisan d'une direction de la politique de santé par un mécanisme de concertation entre organismes assureurs et prestataires de soins, sous l'arbitrage des autorités publiques.

3. Conviction que la CNMM est l'organe moteur pour les médecins du système conventionnel.

4. Priorités.

- a) *Revalorisation des actes « intellectuels » des médecins généralistes et des médecins spécialistes pour les amener au meilleur niveau européen.*
- b) *Collaboration optimale entre médecins généralistes et médecins spécialistes concrétisée par :*
 - tickets modérateurs différenciés ;*
 - notion du «patient complexe» ;*
 - trajets de soins.*
- c) *Financement mixte (à l'acte et par forfaits) des activités médicales.*
- d) *Renforcement du « statut social » pour rendre vraiment attractif le système conventionnel.*

5. Défense quasi exclusive des médecins agréés par la Santé publique ou possédant un plan de stage agréé.

6. Souci d'assurer la qualité des soins tout en acceptant de collaborer à une politique de maîtrise du budget des soins de santé.

7. *Volonté de préserver au maximum, malgré les contraintes inhérentes à tout système structuré,*
 - *la liberté de choix du patient sur la manière de gérer sa santé ;*
 - *la liberté thérapeutique du médecin.*

La liberté de choix du patient sur la manière de gérer sa santé et la liberté thérapeutique du médecin sont

les points qui nous paraissent les plus importants dans cette charte.

Notre conclusion: le ministre a tenu les promesses qu'il nous avait faites, notre mouvement de pétition et de lobbying s'est montré efficace. Le danger immédiat est écarté, mais il ne faut pas crier victoire, nous devons consolider le dossier de l'homéopathie comme pratique scientifiquement étayée.

Merci au Ministre et encore merci à tous pour votre soutien tout au long de cette action.

Le comité organisateur.

60 000 SIGNATURES POUR LE PLURALISME THERAPEUTIQUE (ALTERNATIVE SANTE, JANVIER 2000, N° 263. ALTERNATIVE SANTE, 11 RUE MESLAY, 75003 PARIS, TEL. 01 44 54 87 00.

Près de 60 000 signatures, c'est le résultat de la pétition pour le pluralisme thérapeutique que nous avons lancée au mois de janvier 1999. Malgré des demandes répétées, nous n'avons pu obtenir de rendez-vous avec la nouvelle secrétaire d'État à la Santé, Mme Dominique Gillot. Certes, il lui a sans doute fallu quelques semaines pour se mettre au courant des dossiers. Mais, six mois après les promesses faites aux États généraux de la santé, il est inadmissible qu'elle laisse ainsi sans réponse une demande aussi pressante: reconnaître le pluralisme thérapeutique en France, comme cela se fait dans le reste de l'Europe.

Quelques mesures positives ont quand même été prises. Les cinq premiers médicaments homéopathiques suspendus fin 1998 ont été remis sur le marché en novembre dernier (voir le dossier Homéopathie, numéro 262, décembre 1999). Dominique Gillot s'est engagée à ne pas dérembourser les cures thermales, contrairement aux menaces qui ont pesé pendant plusieurs mois. Juste avant de laisser son poste, Bernard Kouchner, ancien secrétaire d'État à la santé a mis en place une commission chargée d'étudier comment organiser le statut et la formation des chiropraticiens et des ostéopathes. Un premier pas, mais on peut craindre, comme on l'a déjà vu, que rien n'aboutisse. On ne sent pas de volonté de prendre le problème à bras le corps. L'avis des usagers n'a d'ailleurs pas été sollicité.

« La France ne peut pas rester la citadelle de l'opposition aux médecines alternatives, isolée au cœur d'une Europe favorable au pluralisme thérapeutique », dit Paul Lannoye, député au Parlement européen. Une citadelle qui tombera d'autant plus vite que les patients sauront se faire entendre, nous précisât-il. Ne relâchons pas la pression ! **Régis Pluchet**

INTERVIEW DU PROFESSEUR CORNILLOT (ALTERNATIVE SANTE, JANVIER 2000, N° 263. ALTERNATIVE SANTE, 11 RUE MESLAY, 75003 PARIS, TEL. 01 44 54 87 00)

Ancien président de l'Université Paris XIIIème et doyen honoraire de la faculté de médecine de Bobigny, il y dirige le Département de médecines naturelles qu'il a créé il y a dix-huit ans. Il est aussi président de la Fédération médicale française des médecines naturelles.

ALTERNATIVE SANTÉ - L'impatient: Que pensez-vous du retrait de certains médicaments homéopathiques et des attaques répétées contre les médecines non conventionnelles ?

Pr. Cornillot: Les lobbies médicaux et pharmaceutiques alimentent une vindicte permanente contre les médecines naturelles. Le système français de mise sur le marché des médicaments leur est soumis: 90% des experts de l'ancienne Agence du médicament avaient des intérêts personnels dans l'industrie pharmaceutique.

(L'Agence du médicament a été remplacée en 1999 par l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé. Les commissions de mise sur le marché des médicaments devraient travailler dans une plus grande transparence, mais l'opposition à l'homéopathie reste solide. Ndir).

Dans la foulée, la Sécurité sociale a systématiquement cherché à dévaloriser des médicaments ou des actes médicaux peu dangereux et peu coûteux, en diminuant ou en supprimant leur remboursement. Ces anomalies ne sont possibles que parce que notre société fonctionne sur un mode pyramidal quasi

militaire, où la haute technocratie s'est installée aux commandes : la Sécurité sociale ne fonctionne pas de manière démocratique et ne défend pas les intérêts des patients qui la financent. L'ordre des médecins fait montre d'une hypocrisie fabuleuse: il a laissé notamment inscrire l'ostéopathie et la chiropraxie dans le Code de la santé publique, parmi les disciplines réservées aux médecins, tout en contestant leur validité scientifique et en refusant l'organisation de leur enseignement.

ALTERNATIVE SANTÉ : Vous avez créé le diplôme universitaire de médecines naturelles, à Bobigny, en 1982. Quel bilan en tirez-vous ?

Pr. Cornillot : Pour que l'expérience puisse s'inscrire dans la durée, nous avons préféré agir avec une prudence de Sioux. Nous avons formé environ 1500 à 2000 médecins à ces médecines. Si notre expérience reste unique, d'autres facultés de médecine assurent des formations dans certaines de ces disciplines. Un diplôme inter-universitaire d'acupuncture a été créé en 1989 et un diplôme inter-universitaire de médecine manuelle et d'ostéopathie en 1996. L'enseignement de l'homéopathie se fait dans plusieurs facultés. Mais notre faculté reste la seule à assurer une formation en naturothérapie, discipline qui recherche une vision globale de la santé en prenant en compte le comportement personnel du patient et les facteurs d'environnement. Nous avons en projet la création d'un minidépartement de médecine traditionnelle chinoise qui regroupera la formation en acupuncture, destinée aux médecins! une formation en phytothérapie pour les médecins et les pharmaciens et une formation en massages, en Qi gong et bases de l'hygiène chinoise, ouverte à un public plus large.

ALTERNATIVE SANTÉ : Quelles sont les activités de la Fédération médicale française des médecines naturelles ?

Pr. Cornillot : Cette Fédération regroupe plusieurs associations nationales qui représentent plusieurs milliers de médecins. Nous avons choisi de rester entre médecins pour éviter d'être pris dans les polémiques qui opposent ceux qui veulent réserver les médecines naturelles aux médecins et ceux qui veulent les ouvrir. Il y a suffisamment de travail à faire au sein de la profession pour donner à ces médecines la reconnaissance qu'elles méritent et développer les ressources thérapeutiques qu'elles apportent. La Fédération va lancer un projet d'évaluation des médecines naturelles au plan européen. Nous voulons évaluer la fiabilité de leurs diagnostics et la qualité de leurs résultats. Cette recherche se fera avec des universités de plusieurs pays et différentes organisations. Nous avons des contacts en Grande-Bretagne, en Espagne, en Suède, en Allemagne, en Italie, etc. Dans ces pays, nous travaillerons avec des associations qui regroupent des médecins et des non-médecins, lorsque la législation de leurs pays l'autorise. Cette évaluation prendra en compte l'avis des patients. Propos recueillis par **Régis Pluchet**

INTERVIEW DE PAUL LANNOYE

« J'ai besoin de la pression des patients »

Député belge au Parlement européen depuis dix ans, il y préside le groupe des Verts. Il se bat efficacement, depuis plusieurs années, pour la reconnaissance du pluralisme thérapeutique.

Paul Lannoye est un homme de conviction, tenace et rigoureux. Ce chaleureux docteur ès-sciences de soixante ans a organisé plusieurs colloques internationaux qui ont fait date dans l'histoire du Parlement européen, notamment sur l'environnement et la santé et sur le génie génétique.

L'impatient: En mai 1997, le Parlement européen adaptait votre Résolution sur le statut des médecines non conventionnelles. Quelles en ont été depuis les conséquences au niveau des institutions européennes ?

Paul Lannoye : Chaque État reste responsable de ses politiques de santé. Mais il doit se soumettre à des règles européennes pour les médicaments et l'organisation des professions médicales et paramédicales. C'est sur ces bases que la Résolution européenne sur le statut des médecines non conventionnelles a été

adoptée. Cette résolution n'est pas une directive, c'est-à-dire un texte légal qui s'impose dans chaque pays, mais elle a déclenché un véritable séisme dans les mentalités, qui a permis de faire avancer très vite différents dossiers. L'opposition très dure que j'avais rencontrée lors du vote de la Résolution a aujourd'hui disparu.

Fin 1998, les députés européens se sont prononcés à une forte majorité pour inscrire les médecines non conventionnelles dans le Vème programme cadre de la recherche scientifique européenne. En 1999, ils ont examiné de manière très favorable une étude proposant d'améliorer la directive qui régleme les médicaments homéopathiques. Une autre étude a été rédigée sur les produits à base de plantes et un texte devrait être publié prochainement. Je vais bientôt revenir avec le groupe des Verts sur la reconnaissance de nouvelles professions. Nous allons proposer des textes séparés, demandant des statuts pour des professions déjà suffisamment organisées au niveau européen. Je pense en particulier aux ostéopathes et aux chiropracteurs. Il faudra aussi organiser la profession des naturopathes. Mais pour que tous ces dossiers aboutissent, j'ai besoin du soutien d'un lobby de patients organisé au niveau international !

Quel est l'impact de la Résolution dans les différents pays européens ?

Sans attendre une réglementation commune, les pays du nord de l'Europe ont choisi depuis de nombreuses années de reconnaître le pluralisme thérapeutique. L'Allemagne a institué depuis longtemps un statut de Heilpraktiker (praticien de santé).

Le Royaume-Uni, qui a une longue tradition libérale, a adopté en 1994 et 1995 deux lois organisant les professions d'ostéopathe et de chiropracteur. Ces lois préfigurent de manière exemplaire les statuts qu'il faudrait adopter pour toutes les médecines non conventionnelles. La Belgique a adopté au printemps dernier une loi-cadre sur le statut des médecines non conventionnelles qui va donner un statut en premier lieu aux professionnels en homéopathie, acupuncture, ostéopathie et chiropraxie. Cette loi est une conséquence directe de la Résolution européenne. Depuis le mois de juin, le nouveau ministre belge de la Santé est une de mes anciennes collègues du groupe des Verts au Parlement européen, Magda Aelvoet. Je peux donc vous assurer que la loi belge ne restera pas lettre morte. Des évolutions sont en cours en Italie et en Espagne.

Que pensez-vous de la situation française ?

La France est un peu le mouton noir de l'Europe des médecines non conventionnelles. On constate qu'il y a un raidissement de l'establishment, face à la tendance à libéraliser des autres pays européens. C'est une révolution culturelle difficile à faire pour le pays de Descartes. Mais il n'y aura pas de citadelle française de l'opposition aux médecines non conventionnelles isolée au milieu du reste de l'Europe. Les lobbies mènent actuellement un combat d'arrière-garde dans le pays où il y a le plus de citoyens qui demandent à pouvoir bénéficier de ces médecines. Je crois que le gouvernement français ne pourra pas continuer longtemps à ignorer cette demande ni la situation dans les pays voisins. Face aux lobbies, il doit voir la pression des patients. Votre pétition pour le pluralisme thérapeutique va dans ce sens.

Propos recueillis par **Régis Pluchet**.

Les articles publiés dans leur intégralité le sont avec l'autorisation de leurs auteurs et de leurs rédactions. Merci encore vivement à eux de leur générosité et de leur tolérance.

TABLE DES MATIÈRES

REFLEXIONS SUR LA LIBERTE DE CHOIX THERAPEUTIQUE, LA LIBERTE DE PENSEE, LA LIBERTE D'EXPRESSION.....	2
LETTRE OUVERTE AU PRÉSIDENT DE LA RÉPUBLIQUE.....	3
PROJET ÉTUDE JURIDIQUE CAP.....	7
LE CONSEIL DE L'ORDRE ET LES MEDECINS	8
- AFFAIRE GARDENAL	8
- AFFAIRE DUMAS	12
- AFFAIRE MOULINIER	13
- AFFAIRE MASCHI	14
- AFFAIRE BRY.....	17
- AFFAIRE SCHROEDER	19
- AFFAIRE DELÉPINE	20
- AFFAIRE SOS MÉDECINS	21
- AFFAIRE D'AURIA	22
- QUELQUES AFFAIRES POLÉMIQUES	22
- L'HOMÉOPATHIE ET LA PRESSE.....	23
- PÉTITION POUR LE BOYCOTT DE L'ORDRE	24
- MAÎTRISER LES DÉPENSES DE SANTÉ	24
MEDECINES NON CONVENTIONNELLES ET SECTES	25
- AFFAIRE SANTE SOLIDARITE	25
- ADFI	27
Les dérives de la course au bien être	27
Courrier de l'ADFI au maire de Nantes	27
Bulles 4 ^{ème} trimestre 2004	28
- MIVILUDES	28
La faute aux médecines alternatives	28
Courrier de Monsieur Gilles Bottine au maire de Nantes	29
Sectes : un rapport s'inquiète pour les enfants, la santé et l'humanitaire	29
Rapport de la Miviludes – mars 2005	30
Les « alter-médecines » envahies par les sectes	30
- CCMM	30
Courrier de Monsieur le professeur Adnet à la mairie de Nantes	30
LE CONSENTEMENT ECLAIRE	31
- LE CONSENSUS ACTUEL SUR L'INFORMATION ET LE CONSENTEMENT	31

- LES MEDECINS ET LES MEDECINES NON CONVENTIONNELLES : UNE NECESSAIRE INTEGRATION	33
- PROPOSITION POUR UNE REFORME DES ETUDES MEDICALES.....	34
- DROIT À CHOISIR SON TRAITEMENT ET CCNE	35
- CONSENTEMENT ECLAIRE ET CONSEIL DE L'ORDRE	
Comment faire face à un refus de vaccination ?	35
- LE RESPECT DE LA VOLONTÉ DU PATIENT et ses limites	36
 LES TEXTES DE LOIS	 37
- LE CODE DE DÉONTOLOGIE MÉDICALE ET LA LOI	37
- LE RAPPORT LANNOYE	38
- LA LOI KOUCHNER	42
- L'AFFAIRE GOULETTE.....	43
- LE CODE DE DÉONTOLOGIE MÉDICALE	44
 DEPENDANCE LABORATOIRES PHARMACEUTIQUES ET MEDECINS DU CONSEIL DU CONSEIL DE L'ORDRE	 45
- QUI GÈRE LA FORMATION CONTINUE ET L'ÉVALUATION DES PRATIQUES DES MÉDECINS EN FRANCE ?	45
- SIÈGE DU CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE	46
 LES THERAPEUTIQUES EPROUVEES ET SCIENTIFIQUES	 46
- LES EVALUATIONS MEDICAMENTEUSES ET LEURS VARIABLES.....	46
- LE SCANDALE DE LA CÉRIVASTATINE DE BAYER.....	47
- LA MORT PAR LA MÉDECINE.....	50
- SESSION SÉNAT 2004-2005 CONCERNANT LES AMM.....	51
- CANADA : CANCER PAR CON TAMINATION VIRALE.....	52
- LA CONSOMMATION MÉDICAMENTEUSE	52
- DIMINUER LES RISQUES DES PRESCRIPTIONS EXCESSIVES.....	55
- UNE CHAPPE DE PLOMB SUR LE MAGNÉSIUM.....	56
- LE SANG CONTAMINÉ : AFFAIRE CLASSÉE	57
- LES NOUVELLES TECHNIQUES PUBLICITAIRES DE L'INDUSTRIE PHARMACEUTIQUE.....	58
- UNE STRATÉGIE PAYANTE.....	59
 VITALISME ET MATERIALISME	 60
- DÉFINITION DU VITALISME	60
 LES STATISTIQUES DES CANCERS	 61
- LE CANCER EN CHIFFRES (DOCTISSIMO)	61
- DÉCÈS PAR CANCER EN FRANCE	62
- INSTITUT NATIONAL DU CANCER DU CANADA.....	63

- INCIDENCES ET MORTALITÉ ACTUELLES.....	65
- STATISTIQUES.....	66
QUELLES PLACES POUR LES MEDECINES NON CONVENTIONNELLES.....	68
- LE CANCER DU SEIN CHEZ LA FEMME : UNE AUTRE APPROCHE.....	68
- INTERVIEW DE LUCIEN ISRAËL.....	68
- SOCIÉTÉ CANADIENNE DU CANCER	69
- OMS : MÉDECINE TRADITIONNELLE.....	70
NEMESIS MEDICALE	73
LA MEDECINE FACTUELLE OU EBM	74
JACQUES DAUDON, PRESIDENT DES FRANÇAIS PROGRESSISTES	75
UNIO HOMEOPATHICA BELGICA – SOS HOMEOPATHIE	76
60 000 SIGNATURES POUR LE PLURALISME THERAPEUTIQUE.....	78
Interview du Professeur Cornillot.....	78
Interview de Paul Lannoye	79