



Document de présentation
concernant

**la nécessaire reconnaissance des homéopathes
au Québec**

Syndicat professionnel des homéopathes du Québec
(SPHQ-FP-CSN)

21 décembre 2012



Syndicat professionnel des homéopathes du Québec (CSN-FP)

Sommaire

Au Québec, les homéopathes ne sont pas intégrés au réseau de la santé et des services sociaux, ni au système professionnel québécois. Depuis le début des années 90, la Fédération des professionnelles-CSN représente les homéopathes regroupés au sein du Syndicat professionnel des homéopathes du Québec (SPHQ).

Ce syndicat gère le profil de formation dispensé par des écoles privées, les critères d'admission au syndicat, un code de déontologie, la radiation, lorsque nécessaire. Il fait le maximum pour assurer la protection du public avec les moyens dont il dispose, lesquels sont nettement insuffisants.

À l'instar d'une majorité de pays européens, scandinaves ou du Commonwealth, l'Ontario vient d'intégrer les homéopathes au sein de son système professionnel. Le Québec demeure silencieux dans ce dossier.

Déjà, une partie de la pharmacopée homéopathique est disponible, en vente libre, pour les consommateurs québécois, et des milliers de Québécois consultent des homéopathes. Il est donc important que vous soyez au fait de la situation actuelle.

Pour la fédération, il ne fait aucun doute que la reconnaissance professionnelle des homéopathes améliore le choix thérapeutique des citoyens et l'accessibilité à des soins de qualité, tout en réduisant les coûts totaux de médicaments et de pharmacopées. Pour cette raison, nous estimons que :

- l'Office des professions doit les intégrer au système professionnel;
- les universités doivent mettre en place les formations adéquates;
- le réseau de la santé et des services sociaux doit envisager l'intégration de leurs services;
- les CPE et les écoles doivent permettre l'utilisation de leur pharmacopée, comme elle le fait pour les médicaments;
- la CSST et la SAAQ doivent défrayer les coûts de l'utilisation de leur pharmacopée, ainsi que le traitement par des homéopathes des personnes malades et accidentées;
- le gouvernement doit ajuster sa législation pour permettre les mouvements d'homéopathes entre le Québec et l'Ontario ou l'Europe.

Afin d'amorcer la réflexion et les travaux nécessaires pour y arriver, il est proposé qu'un comité interministériel soit mis sur pied. D'ores et déjà, le SPHQ et la FP-CSN sont disponibles pour participer à ce comité.

Le présent document se veut une introduction à la situation de l'homéopathie au Québec et dans le monde. Il traitera notamment :

- **des principes et du processus de la consultation homéopathique;**
- **des bénéfices à l'intégration de la médecine homéopathique;**
- **de la présence des homéopathes et de l'homéopathie au Québec;**
- **de la situation de l'homéopathie au niveau international.**

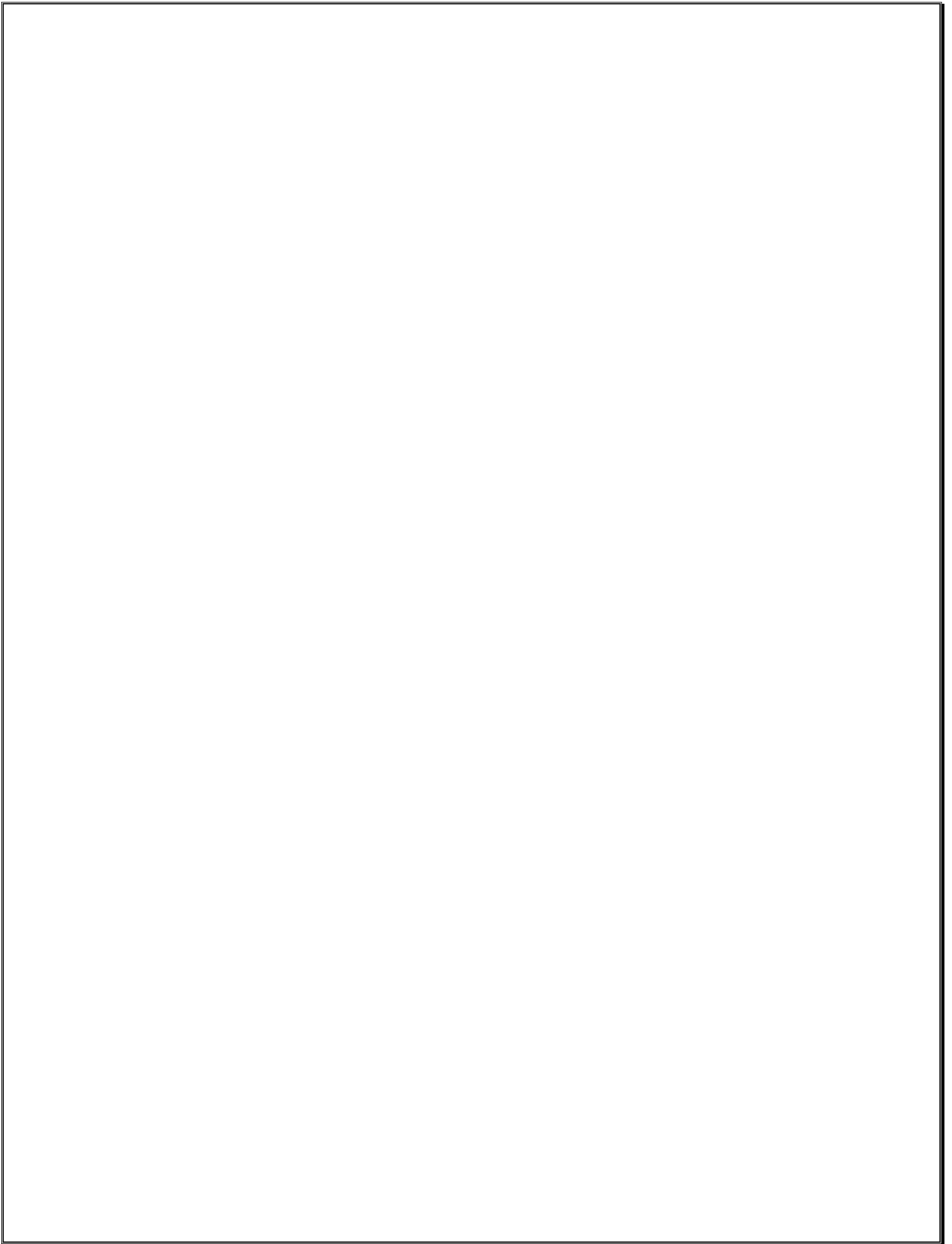


Table des matières

1 - Introduction	
par Anne Taillefer, B.Sc., M.A., homéopathe	p. 7
2 - La médecine homéopathique comme médecine non conventionnelle (MNC)	
par Anne Taillefer, B.Sc., M.A., homéopathe	p. 8
3 - Principes de l'homéopathie et processus de la consultation	
par Linda Arbour et Georges Arragon, homéopathes	p. 10
4 - Risques liés à la pratique de l'homéopathie par des praticiens sans formation adéquate	
.....	p. 16
5 - Bénéfices à l'intégration de la médecine homéopathique	
par Anne Taillefer, B.Sc., M.A., homéopathe	p. 17
6 - La présence des homéopathes et de l'homéopathie au Québec	
par Denis Fournier, homéopathe	p. 26
7 - La situation de l'homéopathie au niveau international	
par Ginette Beaulieu, homéopathe et présidente du SPHQ	p. 30
8 - Données sociodémographiques concernant l'utilisation de l'homéopathie, ainsi que sur l'industrie et la vente des remèdes homéopathiques au Canada ..	
.....	p. 32
9 - Conclusion	p. 36
10 - Bibliographie	p. 37

1. Introduction

Dès que le poste de Commissaire à la santé et au bien-être a été créé au Québec en 2005, des rapports de recherche ont été présentés dont un s'intitulait *Le médicament comme objet social et culturel: recension des écrits et propositions sur les perspectives de travail à prioriser*, Collin et al., 2005. On y mentionnait déjà l'homéopathie comme une réalité à ne pas négliger dans les pratiques de santé de la population.

Le mois dernier (9 octobre 2012) se tenait au Parlement européen à Bruxelles, une conférence sur la « médecine alternative et complémentaire (MAC) – [comme] innovation et valeur ajoutée pour les soins de santé européens ». On y soulignait l'importance de considérer le potentiel des médecines alternatives et complémentaires dans le maintien de la santé, la prévention de la maladie, la promotion d'une vie plus saine et leur contribution à la durabilité des systèmes de santé dans l'Union européenne à un moment où le financement de la santé est sous d'énormes pressions économiques et démographiques. Les données de 2012 montrent que près de 50 % des adultes et des enfants en Europe utilisent une MAC, et que les 3 médecines non conventionnelles (MNC) les plus populaires sont l'homéopathie, l'acupuncture et l'herboristerie.

Au printemps 2012, vous avez posé une question à la population du Québec à laquelle nous allons tenter de répondre, à la fois comme organisation professionnelle et comme porte-parole des femmes, des hommes et des enfants qui nous consultent chaque jour.

Mais avant toute chose, il nous semble nécessaire de bien mettre en contexte ce qu'est la médecine homéopathique dans le champ de la santé et dans ce qui est communément appelé les MAC (médecines alternatives et complémentaires – qui a remplacé au fil du temps, le terme « médecines douces »). Nous allons ensuite définir le processus de la démarche en homéopathie ainsi que le remède, et l'histoire de l'homéopathie au Québec, avant de vous présenter les bénéfices de cette médecine avec des exemples de recherches et leur application sur le terrain. Enfin, nous vous donnerons un bref aperçu de la situation juridique et politique sur le plan national et international.

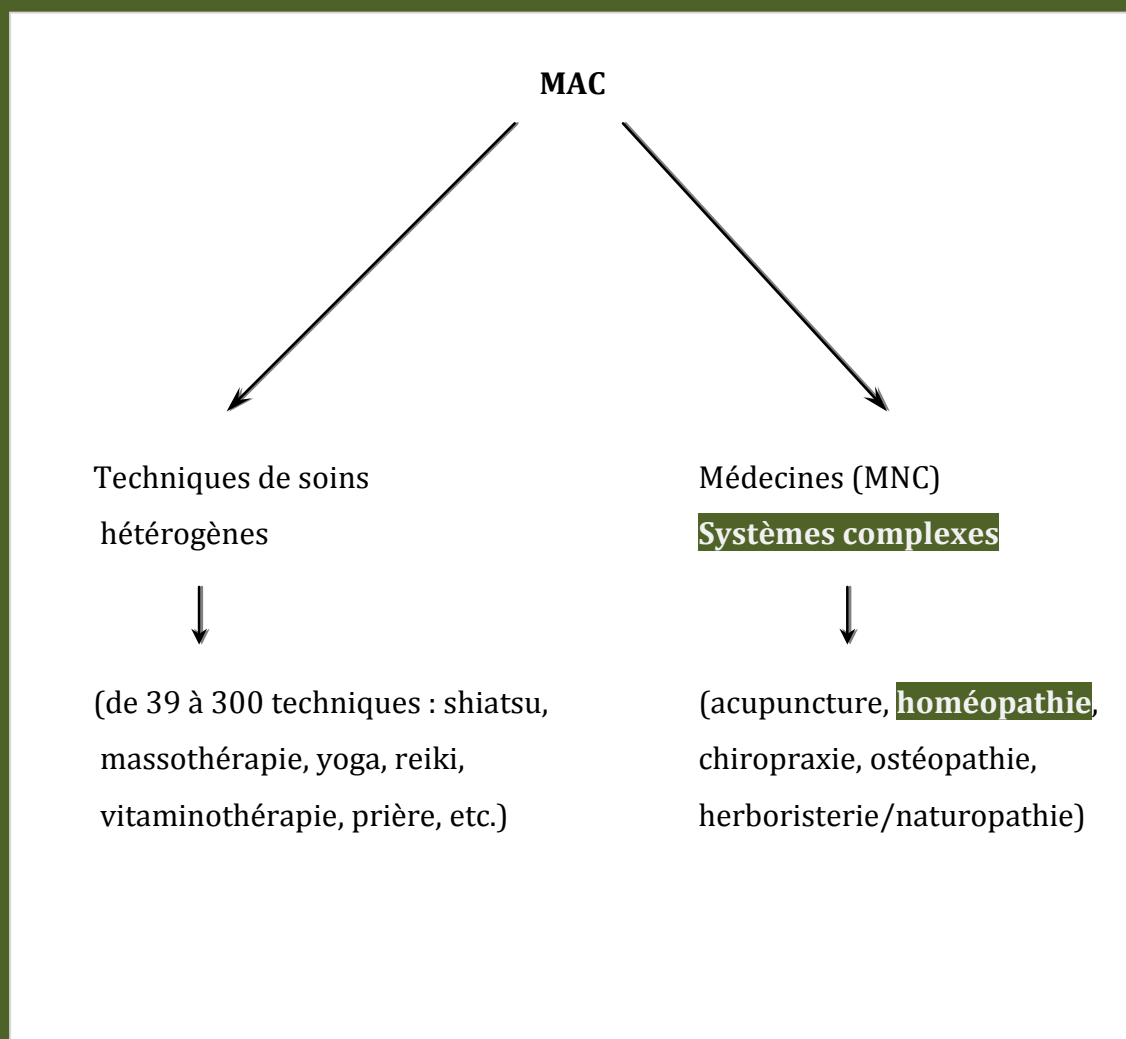
2. La médecine homéopathique comme médecine non conventionnelle (MNC)

Il existe une grande confusion à propos de la formule « médecine alternative et complémentaire » (MAC), formule la plus utilisée, mais qui représente un ensemble composé de techniques de soins hétérogènes. Clarifions tout d'abord certains termes utilisés dans ce domaine où se confondent souvent « thérapies », « techniques » et « médecine ». Selon entre autres, l'OMS et le Comité des Sciences et technologies (de la Chambre des Lords) Britannique (House of Lords, 2000; Smallwood, 2005), les MAC (médecines alternatives et complémentaires) représentent deux domaines distincts. D'une part (voir schéma, p. 9), un ensemble composé de thérapies ou techniques de soins hétérogènes (de 39 à 300 techniques ou procédés utilisés pour la réalisation d'une activité particulière – selon les sources : shiatsu, massothérapie, yoga, reiki, vitaminothérapie, prière, etc.). D'autre part, les 5 systèmes médicaux complexes (whole systems) (homéopathie, acupuncture, ostéopathie, chiropraxie, herboristerie/naturopathie, selon les pays) qui sont les médecines non conventionnelles (MNC).

L'utilisation de l'expression « médecines non conventionnelles (MNC) », représente donc plus précisément, un corpus de connaissances et de pratiques définies comme *médecine* par la présence d'un champ diagnostique spécifique, d'un champ thérapeutique et d'un champ prophylactique utilisant une approche de diagnostic et de traitement individualisés, dispensés par un-e praticien-ne. Les 5 MNC, dont l'homéopathie, sont organisées professionnellement et constituent des systèmes médicaux spécifiques à distinguer des MAC (Taillefer, 2009).

Pour le terme *médecine non conventionnelle*, le mot « *conventionnelle* » est emprunté au 15^e siècle, du droit et a suivi la même évolution que *convention*, passant de l'usage strictement juridique à un usage général. La source est donc juridique et rejoint l'idée de « médecine officielle » qui émane d'une autorité reconnue, constituée (gouvernement, administration) et met en évidence le caractère social et légal (donc une décision de société) qui légitime le pouvoir de la médecine ici appelée « conventionnelle ». D'ailleurs, c'est le terme « *médecine non conventionnelle* » (MNC) qui a été retenu par la Commission européenne de Bruxelles (1996) pour qualifier les pratiques comme la médecine homéopathique, qui font l'objet d'une reconnaissance progressive en Europe depuis de nombreuses années. C'est donc à la fois par son statut juridique et son statut de médecine que l'homéopathie est définie comme une des 5 MNC. Comme d'autres systèmes de ce groupe, la médecine homéopathique a précédé et a évolué en dehors de l'approche de la médecine conventionnelle (MC). Nous le verrons plus loin.

Différencier
Médecines Alternatives et Complémentaires (MAC)
et Médecines Non Conventionnelles (MNC)



Source : Taillefer, A. (2009). *Impact médical et social de la consultation en médecine homéopathique chez les mères: une question de paradigme*, Mémoire de maîtrise en sociologie, Montréal, Université du Québec à Montréal, VIII et 319 p. : schéma 1, p. 28. www.archipel.uqam.ca/2041/.

3. Principes de l'homéopathie et processus de la consultation

PRESENTATION DES 6 GRANDS PRINCIPES DE L'HOMÉOPATHIE

Dès ses débuts, l'homéopathie s'est dotée d'un corpus théorique qui fonde sa pratique et établit ses affirmations thérapeutiques.

Nous nous sommes limités ici à résumer les principes les plus importants afin de bien faire comprendre les fondements de la médecine homéopathique et de clarifier les enjeux qu'ils représentent. Ces principes sont d'une originalité frappante et défient souvent la logique commune.

1^{er} principe : La similitude, est le plus connu et central de l'homéopathie. Il s'énonce ainsi : « **Une substance peut guérir les mêmes symptômes chez un malade qu'elle peut provoquer chez un individu sain** ».

Ceci est un paradigme complètement original en médecine.

À titre d'exemple, chez les Grecs anciens on trouve le traitement des maladies délirantes par l'hellébore blanc qui provoque des délires en doses toxiques.

Un autre exemple pourrait être le traitement de l'eczéma à l'aide de produits à base de soufre, alors que le soufre irrite la peau comme de l'eczéma.

2^e principe : « Il faut expérimenter sur l'homme sain les substances afin d'en connaître les symptômes pathogénétiques qui seront aussi les symptômes que les remèdes homéopathiques dérivés pourront guérir ».

De ce principe découlent les **pathogénésies** : expérimentation des substances sur l'individu sain (non malade) selon un protocole bien défini, qui permet une très grande fiabilité des résultats.

Les pathogénésies sont regroupées dans la **Matière médicale homéopathique pure**.

À cela vont venir s'ajouter les symptômes de toxicologie relevés dans la littérature non homéopathique, et les symptômes rapportés guéris par des homéopathes de renom.

Les pathogénésies sont depuis 30 ans regroupées dans un corpus informatisé qui permet leur utilisation plus rapide, une diffusion plus large, et une mise à jour efficace.

3^e principe : L'individualisation

« Les symptômes les plus utiles pour trouver le remède du patient sont les plus curieux, les plus rares et les plus particuliers au patient, il s'agit de l'idiosyncrasie ».

Le remède homéopathique ne sera donc pas, dans la plupart des cas, prescrit sur les symptômes de la maladie décrite par le diagnostic nosologique médical, mais sur la manière personnelle dont le patient fait cette maladie, y compris les symptômes totalement subjectifs tels les sensations, les manifestations non reliées apparemment à la pathologie, les symptômes d'accompagnement, les modalités d'aggravation ou d'amélioration de l'état, du moment que ces symptômes sont curieux et particuliers.

4^e principe : La totalité des symptômes

Pour trouver le remède qui va guérir le malade de son état, **« il convient de sélectionner la totalité des symptômes idiosyncrasiques de son cas, tant au niveau du psychisme, que de ses signes métaboliques, que des signes localisés ».**

Ce principe indique donc que la médecine homéopathique s'intéresse bien à toutes les manifestations de la perturbation pathologique et en tiendra compte dans la prescription du remède individuel curatif.

5^e principe : La causalité

« Les circonstances particulières qui entourent l'apparition des premiers symptômes sont toujours déterminantes dans le choix du remède, et considérées comme un symptôme idiosyncrasique de première importance ».

À titre d'illustration, on peut mentionner les céphalées ou les migraines. En effet, un remède différent sera choisi selon leur étiologie : pour l'homéopathe il est déterminant de savoir si le malaise provient

- d'un trauma à la tête,
- d'une exposition excessive au soleil,
- d'une suite d'alcool,
- d'une digestion difficile,
- d'une autre pathologie,
- d'une contrariété,
- d'un chagrin retenu,
- etc.

On cherchera donc dans la matière médicale le remède qui présente les symptômes les plus semblables à l'idiosyncrasie du patient, dont l'étiologie.

6^e principe : L'infinésimalité, et ici on touche directement au remède homéopathique.

Contrairement à la logique commune, « **le remède homéopathique doit être dilué et dynamisé jusqu'à des doses infinitésimales pour développer sa pleine puissance curative** ». (Là encore une grande originalité en médecine).

Ce principe, qui est celui qui fait couler le plus d'encre, indique clairement que ce ne sont pas les effets pondéraux et toxiques de la substance qui sont recherchés, mais la réaction curative de l'organisme à une information en quantité infinitésimale, à l'instar des substances que produit l'organisme lui-même pour maintenir son homéostasie. Le paradoxe homéopathique est que ces doses infinitésimales sont parfaitement perçues par l'organisme vivant.

Il est à noter que les traitements se sont avérés plus efficaces si des dynamisations croissantes sont utilisées. Ces dynamisations peuvent atteindre des niveaux d'infinésimalité ahurissants comme 10^{-1000} et bien au-delà, et continuer à opérer des changements curatifs.

Il est à noter aussi que le remède peut n'être administré que de façon très espacée, selon la nécessité du cas, et prolonger son action curative pendant des jours, des semaines, des mois, éventuellement de façon permanente.

Considérations sur la fabrication des remèdes homéopathiques

Les remèdes ont comme **souche** des sources très variées, pour la plupart prises dans la nature. Elles sont au nombre de plus de 4000.

Elles sont clairement identifiées et reproductibles, font l'objet d'une **nomenclature et d'abréviations standardisées internationales**.

Elles font l'objet de **pharmacopées** existantes. Les plus connues sont américaine, française et allemande et font l'objet d'une réglementation de la Communauté européenne et de la FDA. Elles sont élaborées dans le plus grand détail et la plus grande précision afin qu'il ne puisse y avoir d'erreur.

La fabrication des remèdes est complètement **codifiée et documentée**, et fait l'objet de législation dans de nombreux pays :

- d'abord de la trituration à partir de la souche dans du lactose;
- ensuite, par dilution dans l'eau pure par incrément de 1/100 de la préparation précédente, suivi de fortes succussions à chaque incrément.

Le remède s'appellera donc par son abréviation internationale suivie d'un chiffre représentant le degré de dynamisation :

- Hell 30c indiquera qu'il s'agit de l'hellébore noir (*Helleborus niger*) dilué et secoué 30 fois successivement à 1/100, soit à l'atténuation de 10^{-60} .

La conservation peut se faire aisément, à chaque étape, en conservant le remède en alcool à 94 %.

La façon la plus courante d'administrer les remèdes homéopathiques est la forme granule, qui est obtenue en déposant une petite quantité (codifiée) sur une quantité déterminée de granules vierges de lactose, qui sont ensuite laissées à sécher. Sous forme granule, le remède se conserve indéfiniment.

Le processus de fabrication des remèdes est facilement mécanisable, rapide et relativement peu coûteux.

Une souche de quelques grammes peut ainsi servir à fabriquer une quantité quasi illimitée de remèdes à des coûts extrêmement bas, avec une facilité de conservation et d'administration remarquable. C'est une des raisons pour lesquelles l'OMS ainsi que de nombreux pays économiquement défavorisés ont adopté l'homéopathie avec des résultats remarquables (voir sur ce sujet la section ultérieure sur les bénéfices de l'homéopathie).

Cependant, le remède homéopathique peut être anéanti par une chaleur dépassant 70°C. À cette chaleur, il a été démontré que les nanocristaux contenant l'information du remède homéopathique se dissolvent et que l'information disparaît (voir sur ce sujet la documentation donnée dans la section sur les preuves de l'homéopathie sur les travaux de Iris Bell – voir : Bell, 2012).

Le remède est habituellement administré de façon sublinguale.

CONSULTATION

Nous recevons en consultation des gens appartenant à tous les groupes d'âge. Nous traitons autant les bébés et les enfants que les adultes et les personnes âgées, et même les femmes enceintes.

L'homéopathe effectue des consultations pour traiter des maladies chroniques ou aiguës, et même pour traiter des traumatismes ou des maladies contagieuses.

Le traitement des maladies chroniques : l'homéopathe est consulté, par exemple, pour de l'arthrite, des problèmes de peau comme de l'eczéma ou du psoriasis, pour des maux de dos, des migraines, des allergies aux animaux, etc. Il est également consulté pour le traitement de maladies mentales, par exemple la dépression, les troubles paniques, les phobies, ou même une schizophrénie.

Pendant la consultation en chronique, l'homéopathe interroge le patient sur toutes ses raisons de consultation, lesquelles peuvent être physiques ou psychologiques. Il tient compte également des symptômes dont le patient a déjà souffert dans le passé ainsi que de son hérédité.

L'homéopathe a besoin de comprendre le patient dans sa totalité, d'avoir un portrait global. Voici un exemple : si un patient consulte pour une gastrite, bien sûr le patient aura tendance

à décrire ses douleurs comme étant des brûlures d'estomac. Mais l'homéopathe a besoin de comprendre **l'état** dans lequel se trouve le patient. Les brûlures d'estomac, ça ne décrit absolument rien pour l'homéopathe. Mais si bien interrogé, le patient dira, par exemple, que dès qu'il boit un breuvage chaud, ses douleurs brûlantes sont très soulagées! C'est particulier, ça! C'est presque contradictoire. Et si en plus, le patient est dans un état d'angoisse, pendant la gastrite, que par nos questions on arrive à saisir qu'il est angoissé par une inquiétude pour l'argent, qu'il a peur d'en manquer, ou qu'il a peur de tout perdre. À ce moment-là, nous comprenons l'état global du patient. Nous en comprenons la cause. Et si en plus nous obtenons que depuis ce temps, depuis le début des gastrites, il a besoin que tout soit rangé, que tout soit en ordre, alors le remède nécessaire à non seulement traiter sa gastrite, mais tout son état, se précise. Lorsque le patient aura reçu le remède approprié, les gastrites doivent disparaître, mais aussi cet état qui l'accompagne. C'est pourquoi nous parlons du traitement d'un patient dans sa globalité.

Ce que nous devons comprendre, c'est que l'homéopathe interroge le patient autant sur son état mental que sur ses symptômes physiques. Il l'interrogera donc sur ses peurs et inquiétudes, sur ses colères, sur ses sensibilités.

Les signes généraux sont également importants, que ce soit les désirs alimentaires intenses, la soif, la transpiration, le sommeil, etc. Mais il est essentiel d'obtenir des signes caractéristiques, comme si un patient nous dit qu'il a tendance à avoir trop chaud. Si bien interrogé, on apprendra qu'il a trop chaud aux pieds, que cela se produit seulement la nuit, qu'il doit les découvrir en les sortant des couvertures, et que sinon il ne dort pas. On penserait qu'on ne saurait que faire de ces détails, mais pour l'homéopathe, ce sont des détails qui parlent de l'individualité du patient. L'homéopathe cherche à comprendre ce qui se passe chez chaque patient, ainsi que la cause de ses maux.

Bien sûr, ceci exige une excellente connaissance de l'homéopathie, mais l'homéopathe possède également des outils de travail très élaborés, dont des matières médicales, des répertoires ainsi que des pathogénésies, afin de sélectionner un ou des remèdes appropriés, correspondant justement à l'état global du patient.

Après la consultation, l'homéopathe doit donc faire un travail d'analyse et de recherche, et prescrire le remède selon une posologie X.

Pour les maladies chroniques, l'homéopathe doit assurer des suivis de consultations, aux 4 à 6 semaines selon les cas, afin d'évaluer les pourcentages d'amélioration, la répétition ou non du remède, le choix de la dynamisation, etc.

Un des grands avantages de l'effet de l'homéopathie dans le traitement des maladies chroniques, c'est qu'une fois que les symptômes des maladies sont disparus, il n'est plus nécessaire de reprendre le remède. Car dans la majorité des cas, nous recherchons plutôt une guérison qu'une palliation ou un soulagement temporaire. Le traitement homéopathique est profond et durable, et nous aurons donc beaucoup moins de risques de récidives de maladies.

Le traitement des maladies aiguës : une maladie aiguë est une maladie passagère, et de durée plus courte qu'une maladie chronique. Ce serait par exemple une otite, une conjonctivite, une pneumonie, etc.

La consultation en aigu diffère de la consultation en chronique; cependant nous appliquerons le même principe durant la consultation, nous récolterons les signes qui sont **particuliers** à la personne pendant cet épisode aigu. Si c'est une otite, par exemple, nous essaierons de comprendre la cause : il pourrait s'agir, par exemple, d'une otite qui s'est installée après une exposition au vent froid, mais ce pourrait aussi être suite à une baignade en piscine, une émotion, etc.

Nous devons trouver les modalités : par exemple la douleur pourrait être soulagée en faisant pression sur l'oreille, ou aggravée en étant couché dessus. Nous chercherons à savoir si un autre symptôme se produit en même temps, etc. La consultation est plus courte, car ici on ne tient pas compte de tous les signes du patient, seulement les signes nouveaux depuis. Ces consultations en aigu ne nécessitent pas de suivi, une fois l'otite guérie.

En homéopathie, nous traitons même les maladies contagieuses. On parle ici de grippe, varicelle, rougeole, scarlatine, gastro-entérite, etc.

Cette consultation sera différente de la consultation pour les maladies aiguës ou chroniques, dans le sens où nous interrogeons de préférence plusieurs patients qui vont présenter des symptômes particuliers de l'épidémie en cours, ainsi que des symptômes individuels. En récoltant et en réunissant ces symptômes, nous cherchons ce qu'on appelle « le génie épidémique ». Une fois ce remède trouvé, nous traitons la maladie contagieuse, bien sûr, et ce même remède peut être ensuite administré aux autres personnes atteintes du virus ou de la bactérie. Nous tenons compte ici des signes particuliers au virus de la saison en cours, en plus des signes individuels du patient, encore une fois.

Un autre grand avantage de l'homéopathie, c'est la possibilité de l'utiliser en prophylaxie. Lorsqu'il y a une épidémie en cours, il est possible de prendre le ou les remèdes appropriés, dans le but de faire de la prévention. L'homéopathie a et a eu à travers toute son histoire d'immenses succès dans la prévention des maladies contagieuses.

Même si chaque genre de maladie est traité avec une approche différente en homéopathie, **c'est une médecine originale** qui tient toujours compte, également, **des signes particuliers de la personne**.

On peut donc se rendre compte que l'homéopathe professionnel doit posséder des qualités particulières, tant au niveau de l'excellence de sa formation, qu'au niveau de ses capacités de compréhension, d'analyse et de recherche. Il doit faire preuve de grande rigueur et de persévérance, et d'une bonne capacité à l'empathie.

4. Risques liés à la pratique de l'homéopathie par des praticiens sans formation adéquate

La pratique de l'homéopathie doit être réglementée au Québec. Autrement, sans mécanisme de protection de l'État, qui avait pourtant promis de régler le dossier des « Alternatifs » au début des années 1990, la population est confrontée à un nombre croissant de praticiens-nes qui n'ont pas une formation professionnelle adéquate.

En l'absence de reconnaissance et de réglementation au Québec, aucune université québécoise n'offre actuellement la formation pour devenir homéopathe. Le Syndicat professionnel des homéopathes du Québec (SPHQ), dont les membres sont soumis à des règlements et à un code de déontologie, s'est doté de normes de formation établies selon des standards reconnus internationalement.

Toute forme de thérapeutique mal conduite comporte les risques suivants :

- Retard dans l'établissement d'une thérapeutique adaptée et, en conséquence, risque d'aggravation de l'état pathologique.
- Risque de donner des conseils ou un encadrement (hygiène alimentaire, de vie, etc.) inadaptés pouvant influencer négativement l'évolution du cas.
- Risque de préjudices moraux ou psychoémotifs, comme de l'inquiétude, de la confusion, du découragement ou même de l'anxiété chez le patient.
- Préjudice financier.

Risques spécifiques à l'homéopathie

- Risque de ne pouvoir évaluer correctement une aggravation homéopathique et ainsi affecter le suivi qu'elle nécessite. (Dans le processus de l'autoguérison favorisée par le traitement, l'aggravation, qui parfois impressionne fortement, est souvent une réaction initiale au remède homéopathique.)
- Risque, par un traitement ou un remède inapproprié, de supprimer des symptômes nécessaires à la conduite d'un cas, ce qui peut entraîner une dégradation du cas ou un transfert de pathologie. (Malgré parfois l'apparence d'amélioration, la suppression retarde la guérison et rend la lecture de cas plus difficile pour les thérapeutes ultérieurs.)
- Préjudice à la profession et aux professionnels consciencieux qui l'exercent parce qu'une pratique incompétente de l'homéopathie nuit à sa réputation et à son développement, donc ultimement à la population qui perdra confiance et délaissera cette thérapeutique bénéfique.

5. Bénéfices à l'intégration de la médecine homéopathique

Si la réponse évidente à la question posée publiquement au printemps dernier « *Devrait-on prendre moins de médicaments pour participer à la réduction des dépenses en santé?* », est oui, il importe à la fois de pouvoir tenir compte des dangers de cette surmédication qui représente plus qu'une simple question d'ordre économique (comme l'a soulevé le débat public de mai dernier) et de pouvoir présenter une alternative à la médication conventionnelle.

Le médicament est lié, nous le savons, au surdiagnostic, à la médicalisation de toutes les sphères de la vie, à la surprescription, à la polypharmacie, donc à l'iatrogénie (4^e à 6^e cause de décès) et à la contamination médicamenteuse de l'environnement (une bioaccumulation, cette soupe chimique faite d'environ 26 produits pharmaceutiques dont plusieurs médicaments nocifs sont présents dans nos verres d'eau : contraceptifs, antidépresseurs, anticonvulsifs, tranquillisants – (diazépam ou valium), antiparasites, anti-inflammatoires – (ibuprofène), médicaments anticancéreux, antibiotiques, statines) (Batt, 2009; Collier, 2007).

De son côté, le remède homéopathique n'est pas plus une panacée que le médicament conventionnel. La médecine homéopathique a ses limites bien sûr, mais ce qu'elle propose est non seulement une solution écologique, sans effet iatrogénique. Elle est efficace autant dans le traitement de certaines maladies chroniques et infectieuses, que dans celui des affections aiguës. Elle permet de diminuer à la fois le nombre de prescriptions conventionnelles et la consommation de médicaments, et elle fait partie de la solution pour réduire les coûts en santé.

Domaines où l'on constate des bénéfices en intégrant les praticiens-nes en homéopathie : 4 exemples

- A – coût-bénéfice;
- B – bénéfice du traitement des maladies infectieuses et de la prophylaxie;
- C – bénéfice face au problème de la pénurie de médicaments, dont les vaccins;
- D – bénéfice sur les maladies chroniques.

A. Exemples d'études sur le coût-bénéfice

- L'étude faite par un économiste britannique, telle que soulignée dans notre lettre de présentation, qui portait un regard indépendant à la contribution potentielle des médecines non conventionnelles sur la performance des soins de santé au Royaume-Uni, avait comme conclusion que si seulement 4 % des médecins généralistes offraient (ou réfèrent) l'homéopathie comme une approche importante aux soins de première ligne, cela se traduirait par une économie annuelle pour le National Health Service (NHS) de 190 millions £ (Smallwood de 2005).

- Une étude française, portant sur 499 enfants âgés de 18 mois à 4 ans souffrant de rhinopharyngite aiguë récidivante, comparait les traitements homéopathique et conventionnel (antibiothérapie). L'étude démontrait que le traitement homéopathique avait donné des résultats significativement meilleurs que les antibiotiques dans les 3 types de coûts (directs, indirects et intangibles) : en termes d'*efficacité médicale* (nombre d'épisodes de rhino-pharyngite : 2,71 vs 3,97, et le nombre de complications : 1,25 vs 1,95), de *qualité de vie* (note globale : 21,38 vs 30,43), avec une *baisse des coûts médicaux directs* couverts par la sécurité sociale (88 € vs 99 €) et significativement moins de *congés de maladie* des parents (9,5 % vs 31,6 %) (Trichard *et al.*, en 2005). Ces données sur la baisse des coûts médicaux directs sont semblables à une autre étude française sur la comparaison des traitements chez les patients souffrant de rhinite chronique (homéopathique 27,00 € et conventionnel 45,74 €), soit une réduction de 30 % des coûts directs (Taïeb et Myon, 2003).

Nous ajouterions à ces exemples :

- Une étude israélienne, qui évaluait l'effet de l'intégration des traitements homéopathiques dans les maladies allergiques (la rhinite allergique, l'asthme et la dermatite atopique – eczéma) sur la consommation de médicaments conventionnels dans une unité de soins sur une cinquantaine de patients. Cette étude a démontré que 56 % des patients ont réduit leur consommation de médicaments conventionnels suite à l'intervention homéopathique. Les patients qui ont tout de même utilisé des médicaments conventionnels pour leurs troubles allergiques ont réduit leurs frais de médicaments en moyenne de 60 % dans les 3 mois suivant l'intervention homéopathique (Frenkel et Hermoni de 2002).
- Une étude hollandaise (Étude URTI, essais cliniques randomisés (ECR) en double aveugle) de 1996 sur 175 enfants souffrant d'infections récurrentes des voies respiratoires supérieures a montré une réduction de 54,8 % dans l'utilisation d'antibiotiques, comparé à 37 % dans le groupe placebo. Et on note également **25 %** de moins d'adénoïdectomies, une procédure encore très utilisée, chez le groupe traité en homéopathie (De Lange-de Klerk *et al.*, 1996).
- Une étude de 1984 a été faite dans le service de gynécologie de l'hôpital de district de Reutlingen en Allemagne, comparant sur 5 ans les coûts des traitements conventionnels et homéopathiques. Pour une efficacité égale, les coûts des médicaments conventionnels sont environ 3 fois plus élevés que pour un traitement homéopathique. Dans ce service d'obstétrique et de gynécologie allemand, on a également besoin de produits conventionnels (perfusions ou transfusions par exemple). Mais si on utilise principalement le traitement homéopathique, les coûts des médicaments sont presque 50 % de moins, ce qui représentait, il y a 28 ans en 1984, une économie de 48 000 DM (soit 1/2 million en 5 ans). Aujourd'hui, avec l'augmentation des coûts des médicaments, les économies seraient considérables. Les auteurs concluent que l'intégration de traitements avec des remèdes homéopathiques serait une contribution essentielle à la réduction des coûts à l'hôpital et principalement à l'économie des services de santé (Schlüren, 1984).

- En 1996, une enquête faite dans une pratique générale du NHS en Grande-Bretagne auprès de 223 patients qui consultaient en homéopathie, a confirmé que le nombre de consultations en médecine conventionnelle était réduit de 70 % sur une période de 1 an. Les dépenses de médicaments conventionnels étaient diminuées de 50 % lorsque le traitement homéopathique était mis à la disposition des patients (Christie et Ward, 1996).
- Finalement, un rapport d'évaluation des technologies commissionné par l'Office fédéral de la santé publique de la Suisse concernant l'efficacité, le coût-bénéfice et la pertinence de l'homéopathie a été publié en 2011 afin d'éclairer la décision du gouvernement sur l'éventuelle inclusion de l'homéopathie dans les soins de santé. En examinant les bases de données selon différents critères de validité, le rapport confirme que l'efficacité de l'homéopathie peut être soutenue par des preuves cliniques et, *à condition d'être appliquée professionnellement et adéquatement par des homéopathes*, elle peut être considérée comme sûre. Le rapport conclut que l'homéopathie est un atout précieux dans le paysage de la médecine d'aujourd'hui (Bornhöft et Matthiessen, 2011).

B. Exemples d'études sur le bénéfice du traitement des maladies infectieuses et de la prophylaxie

Les données sur l'épidémie de la grippe dans l'histoire sont bien documentées

Aux États-Unis, lors de l'épidémie de grippe espagnole en 1918, les homéopathes ont sauvé bien des vies. Par exemple, sur une population de 24 000 patients, la mortalité était de 28,2 %. Sur un groupe comparable de 26 795 cas traités avec un remède homéopathique, le taux de mortalité était de 1,05 % (Marino, 2009).

Table 2: Data mentioned by Dewey

Cases of human Influenza treated with homeopathy in 1918			
Source	Place	Total number of patients	Mortality rate
Pearson, W. A.	Philadelphia	26.795	1,05%
30 doctors from several cities	Connecticut	6.602	1%
Wieland, F.	Chicago	8.000	0,01%
Sappington, E. F. (Homeopathic Medical Society)	District of Columbia (Washington)	50.000	0,01%
McCann, T.A.	Dayton, Ohio	1.000	0%

(Graphique, source : Marino, 2009)

Prenons un exemple plus récent : la fièvre de dengue au Brésil

En 2001, une seule dose du remède homéopathique *Eupatorium perfoliatum 30CH* a été donnée pour la prévention et le traitement de la fièvre de dengue, à 40 % des résidents des quartiers les plus fortement touchés (São José do Rio Preto, São Paulo). Par la suite, l'incidence de la fièvre a diminué de 81,5 %, soit une baisse très significative par rapport aux quartiers qui n'ont pas reçu la prophylaxie homéopathique (Marino, 2008).

En 2007, le secrétaire de la Santé du comté de Macaé, Rio de Janeiro, au Brésil, a mené une campagne intitulée « L'homéopathie contre la dengue ». Plus de 156 000 doses de remèdes homéopathiques ont été distribuées gratuitement en avril et mai 2007 pour les patients asymptomatiques et 129 doses aux patients symptomatiques traités en clinique externe, (*Phosphore 30CH, Crotalus horridus et Eupatorium perfoliatum 30CH*). L'incidence de la maladie au cours des trois premiers mois de 2008 a diminué de 93 % par rapport à la période correspondante de 2007, alors que dans le reste de l'état de Rio de Janeiro il y a eu une augmentation de 128 % (de Souza Nunes, 2008).

La grippe au XX^e siècle

La Société Française d'Homéopathie a mené une enquête en 1998, portant sur l'utilisation d'*Influenzinum* (un remède homéopathique) à titre préventif contre la grippe sur une période de 10 ans (1987-1998) chez 453 patients. Les résultats ont démontré que dans près de 90 % des cas, aucun cas de la grippe ne s'est produit lors de l'utilisation du remède homéopathique de manière préventive. Parmi les patients, 98 % ont exprimé le désir de suivre le même traitement préventif l'année suivante. Certes, cette confiance dans la prévention homéopathique chez les médecins ayant de nombreuses années d'expérience et chez leurs patients témoigne de l'efficacité de l'homéopathie à titre préventif contre la grippe (Coulamy *et al.*, 1998).

C. Exemples d'études sur le bénéfice face au problème de la pénurie de médicaments, dont les vaccins

Au Brésil, des milliers d'enfants ont reçu le nosode homéopathique *Meningococcinum* lors d'une épidémie de méningite dans une région du pays en 1998, où il n'y avait pas de vaccin conventionnel disponible à l'époque. Un an plus tard, les résultats de cette intervention ont démontré que sur les 65 826 enfants ayant reçu la prophylaxie homéopathique, seulement 4 cas d'infection à méningocoque avaient eu lieu contre 20 cas d'infection chez les 23 532 enfants non protégés (Mroninski *et al.*, 2001).

Même chose à Cuba contre la leptospirose mais à plus grande échelle. La leptospirose est une maladie infectieuse d'origine bactérienne d'une importance majeure dans les tropiques où l'incidence augmente grandement à la saison des pluies. En 2007, en raison de la disponibilité limitée des vaccins (la couverture vaccinale chez les populations nouvellement exposées a été limitée à 15 000 individus dans la région concernée, soit 0,6 %), un remède homéopathique a été administré en prophylaxie par voie orale à 2,3 millions de personnes à haut risque d'une épidémie dans une région touchée par des catastrophes naturelles, une couverture qui a atteint plus de 92 % de la population totale. Les auteurs concluent que cette intervention homéopathique a été associée à une réduction importante de l'incidence des maladies et au contrôle de l'épidémie (Bracho *et al.*, 2010).

On fabrique d'énormes quantités de remèdes homéopathiques avec très peu de matière première et à faible coût. Avant même que le vaccin pour la H1N1, à l'automne 2009, ne soit disponible, nous traitons ici déjà des malades avec nos remèdes et avons fait de la prophylaxie. Nous avons des remèdes pour traiter toute la population sans risque de pénurie.

D. Exemples d'études sur les bénéfices sur les maladies chroniques

Au Canada, plus de neuf millions de Canadiens et Canadiennes, soit un tiers des jeunes et des adultes, ont une ou plusieurs maladies chroniques, des problèmes de santé à long terme qui résultent en une grande consommation de divers médicaments avec de nombreux effets indésirables. Ces maladies ont des répercussions sur le bien-être et sur la qualité de vie des personnes ainsi atteintes et représentent un fardeau lourd et grandissant pour l'économie et pour le système de soins de santé au Canada.

Une étude allemande a été faite en 2005 sur près de 500 patients (315 adultes, 178 enfants) souffrant de maladies chroniques pour évaluer l'efficacité de l'homéopathie par rapport au traitement conventionnel sur ces maladies (maux de tête, maux de dos, dépression, insomnie, sinusite, asthme bronchique, dermatite atopique, rhinite allergique). Les patients avaient été traités précédemment en médecine conventionnelle. Les résultats indiquaient une plus grande amélioration de l'état de santé et de bien-être des patients traités en homéopathie (Witt *et al.*, 2005).

La même équipe a fait une étude en Allemagne et en Suisse en 2008 (débutée en 2000) sur 3709 patients (2635 adultes et 1074 enfants), afin d'évaluer les changements d'état de santé des gens sous traitement homéopathique pour une maladie chronique (allergies, anxiété, asthme, dépression, eczéma, psoriasis, dysménorrhée, hypertension, maux de dos, infections multiples récurrentes, migraine, dermatite atopique, rhinite allergique et troubles du sommeil). Les résultats, qui représentent les données avec un recul qui s'étend sur 8 ans, démontrent une guérison complète et l'arrêt des traitements pour 12,8 % adultes et 30,2 % des enfants, des améliorations substantielles de plus de 50 % de la sévérité du problème pour plus de 48 % des adultes et des enfants (Witt *et al.*, 2008). Plusieurs autres enquêtes de ce genre dans différents pays d'Europe et en Amérique du Nord rapportent des résultats similaires sur la santé pour diverses maladies chroniques, et ce, à l'intérieur de la première année suivant un traitement homéopathique. En Grande-Bretagne, sur 6500 patients évalués sur 6 ans (Spence *et al.*, 2005), 70,7 % ont constaté une amélioration de leur état de santé. Au Québec en 2003, une enquête sur l'étude de 235 dossiers montrait que 10 % étaient guéris après 6 mois de traitement et 40,6 % voyaient leur état amélioré après 11 mois. Dans les dossiers étudiés, 70 % des commentaires rapportaient une amélioration de la qualité de vie, autant physique que morale, ou psychoémotive (Fournier et Taillefer, 2003). Il est bon de noter que dans l'étude de Witt comme celle du Québec, le temps de souffrance des cas chroniques avant de consulter en homéopathie est en général d'environ 7 ans.

Une équipe allemande a étudié les effets et les avantages de l'homéopathie, et a évalué la satisfaction de 933 patients pendant 30 mois et dont 35 % avaient vu au moins 4 médecins pour leur problème de santé sans résultat ni satisfaction avant de consulter en homéopathie. Ils ont conclu qu'étant donné les résultats montrant des preuves d'un net bénéfice pour les patients, cela pouvait expliquer l'augmentation de la demande pour ces traitements en Allemagne, particulièrement lorsque les patients ont des maladies chroniques (problèmes du système respiratoire, de la peau, douleurs chroniques – des maux de dos et maux de tête) (Güthlin *et al.*, 2004).

LA RECHERCHE ET LA QUESTION DE « L'EFFET PLACEBO »

Vous serez peut-être tenté de soulever l'argument populaire de « l'effet placebo », si cher aux détracteurs de la médecine homéopathique, et les questions posées sur la recherche en homéopathie, comme celles soulevées à la suite de la publication dans *The Lancet* en 2005 d'une étude [de Shang] sur l'homéopathie¹. Permettez-nous d'apporter un éclairage sur le sujet.

Les controverses en recherche sont inévitables, par exemple statines, test APS, mammographie de dépistage, efficacité du vaccin contre la grippe chez les personnes en bonne santé, où il n'existe pas de consensus scientifique. Imaginez ce qui en est de la critique d'une médecine comme l'homéopathie, confrontée toujours avec les mêmes arguments depuis son origine, mais toujours aussi efficace et de plus en plus populaire! Un chercheur britannique a dit un jour : « que nous ayons 3,30 ou 3000 recherches positives en homéopathie, il n'y en aura jamais suffisamment pour ses détracteurs... »!

LE PLACEBO

Avant tout, il est nécessaire de différencier deux situations bien différentes lorsque nous abordons la question du placebo. D'abord, s'agit-il d'attribuer « un effet placebo » à un médicament ou remède quelconque ou s'agit-il de *l'usage du placebo en thérapeutique* ou dans les essais cliniques randomisés (ECR) en double aveugle par exemple? (Taillefer *et al.*, 2004).

En ce qui concerne la première question, celle d'attribuer « un effet placebo », l'utilisation de cet argument est grandement dépassée. L'effet du remède homéopathique n'est pas attribuable à « l'effet placebo ». Cette question est bien résolue à travers de nombreuses études dans les trois domaines que sont la clinique quotidienne, la recherche clinique et méta-analyses et la recherche fondamentale. La recherche en homéopathie montre sans équivoque que le fonctionnement et les résultats du remède homéopathique ne sont pas

¹ « En août 2005, *The Lancet* a publié une étude sur l'homéopathie ainsi qu'un éditorial intitulé *La fin de l'homéopathie* où l'auteur sommat ses lecteurs médecins d'avertir leurs patients de l'inefficacité de l'homéopathie. Il est important de savoir que cette étude, en plus de présenter de nombreuses failles méthodologiques – dont celle de présenter une méta-analyse avec seulement 8 études en homéopathie et 6 études en médecine conventionnelle (Frass *et al.*, 2006), n'était qu'une étude parmi de nombreuses autres qui avaient été commissionnées par le bureau fédéral de santé publique suisse dans le but d'informer le gouvernement de ce pays sur la place des médecines non conventionnelles dans le régime d'assurance-maladie car la commission désignée suggérait que l'homéopathie continue à être incluse dans ce régime d'assurance. Une des autres études (Witt *et al.*, 2005b) avait comme résultat que l'homéopathie était aussi efficace que la médecine conventionnelle et même plus efficace dans les maladies définitives et chroniques et au moins aussi économiques. La même revue *The Lancet*, en 1994 et 1997, avait pourtant publié des articles en faveur de l'homéopathie informant son public que l'homéopathie était aussi efficace que les autres systèmes reconnus (Linde *et al.*, 1997; Reilly *et al.*, 1994) » dans Taillefer, 2009 : 87.

attribuables à l'effet placebo². D'ailleurs, le rapport de la Commission européenne de 1996 avait voulu mettre un point final à ces allégations. Pour bien évaluer la littérature disponible aujourd'hui sur l'homéopathie ainsi que son efficacité, son efficience, sa pertinence et ses bénéfices humains et économiques, il faut considérer les faits suivants : 200 ans d'expérience avec un vaste nombre de patients, de multiples rapports de cas publiés dans la littérature, le traitement d'épidémies de grande ampleur, en plus de tous les aspects de la recherche en homéopathie doivent être reconnus.

Quant à la deuxième question, à savoir s'il s'agit de l'usage du placebo en thérapeutique, l'utilisation du placebo en clinique homéopathique possède une longue tradition et son emploi existe déjà chez les homéopathes depuis le début du XIX^e siècle. La vraie raison de l'utilisation d'une substance neutre peut être saisie à travers la pratique d'Hahnemann lui-même. Il a d'abord utilisé le sucre de lait (*Saccharum lactis*) sous forme de granules, comme support neutre des dilutions avec lesquelles il les imprégnait afin de donner aux remèdes une forme solide. Aussi, il donnait parfois à ses patients cette substance neutre, non pas pour vérifier son remède homéopathique dont il connaissait et constatait les effets, mais bien pour faire patienter le malade entre deux prises de remèdes dans les affections chroniques. C'est Hahnemann qui en a codifié l'usage, c'est lui qui a introduit l'emploi du sucre de lait, ou lactose, employé aujourd'hui encore dans ce but. L'utilisation du placebo en thérapeutique vient donc des homéopathes comme d'ailleurs plusieurs substances reprises par la médecine conventionnelle comme la digitaline ou la nitroglycérine utilisés en cardiologie. Mais cela, on ne l'enseigne pas en faculté de médecine. L'utilisation du placebo en homéopathie a des raisons précises qui sont définies et de nos jours, les pathogénésies homéopathiques sont souvent conduites selon le principe du double aveugle.

LA RECHERCHE EN HOMÉOPATHIE

La recherche en homéopathie représente un domaine vaste et riche. Pour pouvoir discuter de la valeur de la médecine homéopathique, il est nécessaire d'en connaître ses fondements scientifiques, ce qui est ignoré par les critiques et les représentants de la médecine conventionnelle. Selon un rapport britannique sur les MNC (House of Lords, 2000), ce problème de reconnaissance ne réside ni dans la faiblesse des évidences scientifiques, ni dans la difficulté d'explication du mécanisme d'action du remède puisque ces deux arguments s'appliquent aussi aux nouveaux et aux anciens médicaments conventionnels (par exemple, on pense à l'Aspirine³). Il existe donc plusieurs biais en recherche : biais contextuels, biais sur la mesure des résultats, biais de publication, biais taxonomiques – classification d'éléments qui concernent un domaine, une science.

La différence fondamentale entre la MC et l'homéopathie requiert l'utilisation de différents outils en recherche. Bien que les deux systèmes reposent sur l'observation empirique exacte, leurs méthodologies et pharmacologies diffèrent dans la manière dont leurs médicaments sont fabriqués, dans leurs modes d'observation et de traitement et dans leurs

² (Voir : Kleijnen, J. *et al.*, (1991). « Clinical trials of homeopathy », *BMJ*, 302 : 316-323 (Medline); Linde, K. *et al* (1997). « Are the clinical effects of homeopathy placebo effects? A meta-analysis of placebo-controlled trials », *Lancet*, 350 : 834-843 (Medline); et Homeopathic Medicine Research Group (1996). *Report to the European Commission directorate general XII : science, research and development. Vol 1* (short version), Brussels; European Commission, 1996 : 16-7.)

³ L'Aspirine est la première drogue synthétique mise sur le marché en 1899 dont le mécanisme d'action n'est pas encore complètement connu jusqu'à ce jour.

objectifs thérapeutiques. La médecine homéopathique possède sa propre tradition en recherche et s'est toujours appuyée sur la recherche empirique – les pathogénésies (expérimentation des substances sur les sujets en bonne santé), les observations exactes des symptômes et des réactions, le traitement individualisé du patient sur la base du principe de similitude, l'évaluation des processus de guérison et l'observation des nombreux cas individuels et, dans les épidémies, des cas collectifs ainsi que des techniques de fabrication spécifiques des remèdes.

Bien qu'il y ait aussi des recherches sur l'évaluation économique ou sur l'innocuité, je résume ici les domaines de recherches cités plus haut : la clinique quotidienne, la recherche clinique et méta-analyses et la recherche fondamentale (Taillefer *et al.*, 2004b).

La clinique quotidienne

Il y a donc l'évidence de l'expérience de la clinique qui, depuis des années, apporte quotidiennement des résultats et des preuves de son efficacité. Par exemple, la pratique en pédiatrie et en médecine vétérinaire rend objective la réalité de l'action clinique de la démarche et du remède homéopathique. Il faut parler des bienfaits que l'homéopathie a apportés dans l'histoire des épidémies et dans le domaine de la prophylaxie, car si l'action du remède homéopathique était attribuable à l'effet placebo, l'homéopathie n'aurait pas été si populaire au XIX^e siècle aux États-Unis et en Europe par ses effets significatifs pendant les épidémies de choléra, de fièvre scarlatine, d'influenza, de fièvre jaune, de typhoïde et même de variole. C'est improbable qu'un effet placebo ait été efficace dans le traitement de ces maladies infectieuses mortelles.

Recherches cliniques (vétérinaires et humaines)

Dans les dernières années, plus de 150 ECR ont été publiées. L'appréciation du rapport suisse sur l'évaluation des publications internationales des preuves de l'efficacité et de l'efficience de l'homéopathie (Bornhöft et Matthiessen, 2011) englobe aussi une analyse quantitative de la qualité des études cliniques (car les ECR s'adressent à l'efficacité dans des conditions idéales, mais pas dans la « vraie vie ») prenant en considération étude de cohortes/étude d'observation rétrospective et prospective, études comparatives, études contrôlées, études épidémiologiques et méta-analyses.

Exemples de recherches cliniques

ECR et méta-analyses : asthme, diarrhée infantile, fibromyalgie, influenza, troubles musculaires, otites, douleurs chroniques, effets de la radiothérapie, entorses, infections des voies respiratoires supérieures, anxiété, TDAH, iléus postopératoire, arthrite rhumatoïde, colon irritable, migraines, troubles menstruels, arthrose, allergie (27 études en homéopathie), autisme, cancer, dépression, fatigue chronique, malaria, maladie de Chagas, sclérose en plaques, eczéma, lichen plan, herpès, psoriasis, mastite, neuropathie, VIH/Sida, diabète, paralysie cérébrale, mais aussi en obstétrique, en traumatologie et en cardiologie.

La recherche fondamentale

Pour ce qui est de la recherche fondamentale, celles réalisées à ce jour peuvent conclure que les très hautes dynamisées du remède homéopathique ont une activité biologique et qu'une « empreinte » de la substance originale peut être détectée dans ces préparations homéopathiques et plusieurs études démontrent l'existence d'autres moyens de communication intercellulaire. Pour débloquer le processus de la recherche en homéopathie, il serait nécessaire de s'ouvrir à la possibilité qu'il puisse exister un autre paradigme que le paradigme moléculaire pour les sciences médicales pour expliquer les phénomènes observés. Les travaux actuels sur les nanoparticules et la résonance, du prix Nobel de la médecine, Luc Montagnier et son équipe (2009), codécouvreur du VIH ou de Iris Bell (2012) du collège de médecine d'Arizona sont prometteurs. Plus de 800 études peuvent être répertoriées : cultures de cellules in vitro, études du modèle animal, en botanique, recherche physico-chimique, ou physique et en immunologie. Une des plus récentes recherches in vitro étant celle sur les effets cytotoxiques de hautes dynamisations de remèdes homéopathiques sur les cellules du cancer du sein au département d'oncologie de l'Université du Texas. (Frenkel *et al.*, 2010).

Ce débat sur la recherche est complexe et va aux racines mêmes de nos suppositions à propos du processus scientifique et de ce qui est reconnu comme savoir. La recherche en homéopathie soulève une question épistémologique aux dimensions politiques et sociales.

LES BENEFICES DU PLURALISME MEDICAL

Tandis que les pays occidentaux sont aux prises avec des dépenses de soins de santé constituant un énorme pourcentage du produit national brut, plusieurs pays en voie de développement se sont depuis longtemps penchés sur la question de l'intégration des MNC dans les services de soins de santé, répondant ainsi à la fois aux inégalités sociales et au problème d'accès aux soins de santé, en établissant des politiques viables pour l'intégration de ces pratiques de santé. Leur expérience de pluralisme médical peut représenter une source précieuse de données pour nous (Bodeker, 2001). La Malaisie, par exemple, a établi en 2000 un conseil constitué de cinq organisations parapluie, dont la médecine homéopathique. Ce conseil reconnaît, accrédite et enregistre leurs propres praticiens-nes en homéopathie tout en développant des programmes de formation standardisés et des codes d'éthique (Bodeker et Kronenberg, 2002).

Les préjugés ou l'ignorance ne sont pas des raisons valables pour réfuter l'efficacité de la médecine homéopathique dans la lutte contre les maladies et pour maintien de la santé. Mais au-delà du discours économique ou scientifique, il faut retenir, pour les citoyens et citoyennes, les bénéfices sociaux et humains d'un pluralisme médical sur la santé de la population du Québec. Les homéopathes sont déjà à l'œuvre ici malgré le monopole de la biomédecine. Tous les jours, les gens consultent les homéopathes pour retrouver leur santé, mais aussi pour rester en santé et faire de la prévention en utilisant un moyen sûr, efficace et économique. Ils prennent moins de médicaments ou pas du tout et évitent des visites inutiles à la clinique et à l'hôpital. Il serait grand temps de donner à toute la population cette chance.

6. La présence des homéopathes et de l'homéopathie au Québec

C'est la prophylaxie et les succès des homéopathes dans les épidémies qui amènent l'homéopathie au Canada. Mais pour bien le comprendre, il faut retourner un peu en arrière.

Le fondateur de la médecine homéopathique se nomme Samuel Hahnemann. Il naît en Saxe, en Allemagne, en 1755 et meurt à Paris en 1843 à l'âge de 88 ans (Haehl, 1927; Tétau; 1997; Tischner, 1998; Jütte, 2005). Médecin, il s'est aussi consacré à la traduction d'ouvrages de médecine et à la chimie, une science nouvelle à la fin du XVIII^e siècle; dans ce dernier domaine, il publie d'ailleurs assez dans la littérature spécialisée pour être vu comme un contributeur important de son époque (Hufbauer, 1982).

Hahnemann est un négligé de l'histoire de la médecine; il a pourtant laissé un héritage conceptuel et pharmacologique fabuleux, tout à fait scientifique parce qu'issu de la rigueur de l'expérimentation. Or après sa mort, évitant soigneusement d'adhérer aux principes de l'homéopathie et à ses idées originales, la médecine officielle va récupérer la pharmacopée homéopathique, en la détournant cependant pour ses besoins. En effet, les homéopathes seront dépossédés de la paternité de plusieurs innovations dont ils sont à l'origine. Quant à Hahnemann lui-même, on oubliera qu'il est un des précurseurs de l'hygiène comme mesure sanitaire et qu'il a été le premier à proposer une prophylaxie simple, grandement efficace, très économique et sans danger contre les maladies contagieuses.

En réalité, quand on s'intéresse à la cause principale de l'expansion de l'homéopathie dans le monde, la prévention et le traitement des épidémies par Hahnemann sont de celles qui comptent le plus. Il en présente l'idée en 1800, la première fois, contre la scarlatine et s'exécute encore en 1814 dans une épidémie de typhus où sur 186 cas traités, il n'enregistre aucun décès, ce qui est exceptionnel et va impressionner les témoins (Hahnemann, 1979; 2001). L'homéopathie commence ainsi à gagner les pays limitrophes à l'Allemagne. Puis en 1831, c'est le choléra qui fait mourir la moitié des populations d'Europe où il s'infiltré. Sur les conseils de Hahnemann, l'application de sa méthode permet de sauver 90 à 95 % des gens traités, alors qu'à peine 40 % sont rescapés par les traitements de l'époque (Bradford, 1900; Winston, 1999). La nouvelle médecine, comme on l'appelle, gagne alors des adhérents sur tous les continents.

En Amérique du Nord, l'homéopathie s'installe aux États-Unis un peu avant l'époque du choléra, puis gagne le Mexique vers 1840; elle arrive dans les mêmes années au Canada par l'Empire britannique. Le premier homéopathe connu au Québec est un Écossais qui vit à Montréal et pratique l'homéopathie dès 1842, mais qui, par peur des représailles, n'en dit rien. C'est que les tenants de la médecine officielle ne sont pas très chauds aux idées thérapeutiques qui leur font compétition. Le premier homéopathe de la région de Québec, un Canadien français nommé Pierre-Martial Bardy (1797-1869), ne pourra éviter d'être ostracisé par ses confrères. Il sera dénigré par la presse, constamment menacé pour avoir fait sien une approche différente, alors qu'il traitait, avec des granules homéopathiques, une nouvelle vague de choléra en 1854. À cette occasion d'ailleurs, l'animosité des médecins de l'époque envers la médecine hahnemannienne prendra une tournure dramatique : alors qu'on cherchait à contrer le fléau, on sait maintenant que le Collège royal des médecins et le

Conseil médical du Canada allaient empêcher que les statistiques sur l'épidémie, traitée avec le succès que l'on sait en Europe par les homéopathes, parviennent à la Chambre des communes (Wanless, 1864; Fournier, 1992; Fournier *et al.*, 2002).

Protégées par de « belles signatures », comme on dira des homéopathes à l'époque, de telles actions n'empêcheront pas le parlement de légaliser leurs activités en leur accordant une charte en 1859 dans le Haut-Canada, puis en 1865 dans le Bas-Canada où une société s'était formée à Montréal, la Montreal Homœopathic Association. Cette loi octroyait à l'association le droit d'enseignement et celui aussi d'avoir un hôpital (Griffith, 1970; Robitaille, 1992).

Après avoir longtemps tenu un dispensaire, rue Saint-Antoine, mais aussi après avoir cherché une place dans les hôpitaux francophones, l'association faisait naître son propre hôpital en 1894, sur la rue McGill, le Montreal Homœopathic Hospital; il suivait de quelques années celui érigé à Toronto.

La fin du XIX^e siècle est l'âge d'or de l'homéopathie. Aux États-Unis, par exemple, on compte près de 150 hôpitaux homéopathiques et des milliers de dispensaires, alors que le pourcentage de médecins qui pratiquent est constamment en hausse (Winston, 1999). Or, c'est aussi à partir de cette époque que la médecine officielle se transforme véritablement et devient ce qu'elle est aujourd'hui. Mais, outre les avancées techniques, son emprise sur le marché de la santé va aussi dépendre de manœuvres politiques maintenant bien connues pour déclasser ses rivaux, les empêcher d'avoir accès au financement de leurs institutions et ainsi éliminer les compétiteurs – comme les homéopathes (Flexner, 1910; Taillefer, 2009). L'entre-deux-guerres fait le reste : des découvertes majeures transforment la pratique académique qui devient plus efficace. Quoi qu'il en soit, avec un succès aussi grand qu'ignoré des médias de diffusion, les homéopathes continuent à traiter les épidémies, dont la fièvre jaune, la diphtérie, la variole, toujours menaçante, mais aussi la fameuse grippe espagnole (1918–1919) (Winston, 1999). Cependant, l'âge d'or évoqué plus haut est bel et bien terminé.

Alors que le gouvernement du Mexique adopte l'homéopathie au début du XX^e siècle, mais que disparaissent la majorité des institutions aux États-Unis, l'hôpital homéopathique de Montréal assure sa survie en s'adaptant aux changements imposés par le courant officiel et déménage pour s'agrandir en 1931, s'installant sur la rue Marlowe (coin Sherbrooke) (Griffith, 1970). Mais n'ayant favorisé ni l'enseignement ni la recherche pour créer une relève, peu à peu s'est estompée sa vocation homéopathique; en 1952 l'hôpital devient le Queen Elizabeth Hospital. On connaît en réalité très peu d'activités vraiment homéopathiques au Québec au milieu du siècle dernier, si ce ne sont quelques échos de praticiens isolés dans les années 50 (Fournier, 1992).

Aux débuts des années 1970, dans le contexte de la réorganisation des professions, comme suites des rapports Nepveu-Castonguay et Sheppard, la Montreal Homœopathic Association, appelée à témoigner, est représentée par un de ses membres, Gabriel Delporte. On y apprend qu'il ne reste que 13 homéopathes dans l'association maintenant inactive et que lui, Delporte, en est le plus jeune, mais qu'il exerce toujours l'homéopathie à 86 ans! La commission d'enquête déclare l'association moribonde. En pratique, elle n'existe plus et ferme les livres; c'en est fini du statut légal particulier accordé aux homéopathes au Québec

(Sheppard, 1970). Pour en terminer avec les réalisations de la Montreal Homœopathic Association, son hôpital, le Queen Elizabeth Hospital, ferme définitivement dans les années 2000. Au moins, on peut encore se souvenir de l'époque pionnière des premiers homéopathes à Montréal par le don important de l'un d'eux légué à l'université McGill et qui fera naître la plus importante bibliothèque sur l'homéopathie au Canada, la Osler Library.

Dans le paysage de la santé, les années 80 voient réapparaître plusieurs médecines non conventionnelles et autres approches alternatives à la médecine occidentale en réaction aux insatisfactions et à la méfiance envers la pratique moderne; la population est en quête de thérapeutiques différentes (Martel, 1992; Damiani, 1995). Le phénomène interpelle suffisamment pour que le gouvernement convoque une commission parlementaire sur les « médecines douces » à la fin des années 80. On rappellera par ailleurs que quelques ministres de la Santé de ce temps-là (Thérèse Lavoie-Roux, Claude Forget, Marc-Yvan Côté, Jean Rochon) vont en profiter pour dénoncer la mainmise corporatiste (monopole) du Collège des médecins sur la santé et son paternalisme (Forget, 1986; Rochon, 1988; Lavoie-Roux, 1989; Côté, 1990; Martel, 1992; Fournier *et al.*, 2002). C'est pendant cette période que l'homéopathie, venue d'Europe, refait surface au Québec, période où elle renaît aussi partout autour du globe.

En 1989, le Syndicat professionnel des homéopathes du Québec (SPHQ) est créé pour rassembler alors les praticiens, la majorité n'étant pas issue du milieu médical orthodoxe. Toutefois, même en l'absence de reconnaissance légale, l'association se pourvoit volontairement d'un code de déontologie, instaure des normes de formation de niveau international et édicte une politique d'éthique sur la recherche en homéopathie. La démarche des homéopathes, en réalité, participe à offrir à la population le droit au thérapeute de son choix; cela n'empêcha en rien le milieu médical officiel, intolérant envers la concurrence, de poursuivre en justice plusieurs homéopathes pour pratique illégale de la médecine au début des années 90 (Cours, 1994–95–98).

Depuis sa création, le syndicat professionnel représente les homéopathes auprès des autorités gouvernementales, ses divers comités et commissions, provinciales comme fédérales. Le SPHQ a notamment joué un rôle important pour assurer une place spécifique au remède homéopathique dans le règlement canadien sur les produits de santé naturels instauré en 2004. Voilà! Alors que le gouvernement du Canada reconnaît la validité de leur outil, le remède, il serait temps que l'on donne aux prescripteurs, les homéopathes, la place qui leur revient au Québec. Car, déjà à l'œuvre, ils sont là pour rester!

Quelques dates importantes sur la présence des homéopathes et de l'homéopathie au Québec

1755 – Samuel Hahnemann (1755-1843) et son œuvre.

1800 – Naissance de la prophylaxie homéopathique.

1831 – L'expansion de l'homéopathie dans le monde.

1840 – L'homéopathie au Québec.

1865 – Une charte canadienne pour la *Montreal Homœopathic Association*.

1894 – Un hôpital homéopathique à Montréal : le *Homœopathic Hospital*.

1900 – L'âge d'or de l'homéopathie et la réforme de la médecine conventionnelle.

1918 – Les homéopathes traitent toujours avec succès, mais leurs institutions disparaissent.

1931-1952 – L'hôpital homéopathique change de vocation : le *Queen Elisabeth Hospital*.

1970 – Fin du statut légal de l'association et des homéopathes pionniers.

1980 – Renaissance des médecines non conventionnelles et autres pratiques alternatives.

1989 – Fondation du Syndicat professionnel des homéopathes du Québec (SPHQ).

7. La situation de l'homéopathie au niveau international

Les remèdes et la pratique de l'homéopathie font l'objet d'une législation dans de nombreux pays. En Europe seulement, ils sont utilisés par plus de 100 millions de patients et la thérapeutique est pratiquée par plus de 50 000 médecins et spécialistes.

La communauté européenne a adopté une législation extensive dans ce domaine, et la plupart des pays européens ont aussi, individuellement, adopté depuis longtemps des législations couvrant ces domaines, ou ont délégué cette tâche à des associations pour un encadrement volontaire. Certains pays ont aussi donné un statut légal à la pratique de l'homéopathie, comme l'Allemagne, la Suisse, le Royaume-Uni, la Norvège, la Belgique, le Danemark, la Hongrie, l'Irlande et le Portugal. En Australie aussi, toute une législation fédérale encadre et légalise, depuis plus de 10 ans, les remèdes et la pratique. En Amérique du Sud, la pratique est légale dans certains pays et largement établie dans la plupart des autres. L'Inde et le Pakistan sont des pays qui ont, à l'instar du Royaume-Uni, une tradition plus que centenaire de la pratique de l'homéopathie où elle est extrêmement répandue (au-delà de 100 000 praticiens).

En outre, dans les pays en voie de développement et les pays émergents, certaines médecines non conventionnelles – dont l'homéopathie – sont prises en compte et encouragées par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) parce qu'elles sont faciles d'emploi, économiques et complémentaires de la médecine conventionnelle.

Au Syndicat professionnel des homéopathes du Québec, nous croyons qu'une approche en santé intégrée fait partie des solutions d'avenir. Certains pays s'engagent sur cette voie, d'autres en démontrent la faisabilité et l'efficacité selon différents modèles. Le cas de Cuba constitue un très bon exemple.

Cuba, un bon exemple

En effet, le développement de l'homéopathie, en tant que médecine non conventionnelle, a réellement pris de l'ampleur après 1992, lorsqu'elle a été reconnue et incorporée dans le système public de santé. Le Centre national des médecines naturelles et non conventionnelles a été fondé en septembre 1995, incluant notamment l'homéopathie comme programme prioritaire. La situation épidémique à laquelle les Cubains ont fait face en octobre-novembre 2007 a abouti à la mise en forme de nouvelles stratégies pour le contrôle de la leptospirose dans un premier temps, puis d'autres maladies, dans les stratégies du ministère de la Santé publique à Cuba (Bracho, G. et al. « Large scale application of highly-diluted bacteria for Leptospirosis epidemic control », HOMEOPATHY, volume 99, numéro 3, pages 153-228, juillet 2010).

Depuis, l'intégration de l'homéopathie au système de santé n'a jamais cessé de progresser, jusqu'à l'offre de services plus larges de soins de santé de première, deuxième et troisième lignes.

Qu'en est-il de la situation au Canada?

À la fin de 1990, Santé Canada demandait à un Comité permanent de la Chambre des communes de faire une étude sur la demande croissante des Canadiens et Canadiennes pour les produits de santé naturels (PSN). Suite au rapport de son président, naissait donc la Direction des produits de santé naturels (DPSN) qui allait veiller à l'encadrement suggéré pour garantir aux consommateurs la liberté de choix et l'accès aux PSN, tout en assurant la qualité et l'innocuité de ces produits.

Soucieux d'une stratégie permettant d'améliorer la santé de ses citoyens et citoyennes, et croyant à leur habileté à porter un jugement sur leur propre santé, le comité de la Chambre des communes faisait remarquer dans son rapport que les praticiens constituaient un mode privilégié d'accès aux PSN. Cette question relevant de la juridiction provinciale, les sous-ministres de la santé des provinces auraient donc été instruits du développement des PSN au Canada.

Cependant, seul l'Ontario a donné suite en 2007, en créant un « ordre » pour les homéopathes de cette province, aux termes de la Loi de 2007. Il est représenté par son Conseil transitoire, qui élaborera et maintiendra des normes de pratique, des exigences en matière d'accès à la profession, des normes d'éthique professionnelle et des normes de compétence à l'intention de ses membres. Ce processus transitoire se poursuivra jusqu'en 2014.

8. Données sociodémographiques concernant l'utilisation de l'homéopathie, ainsi que sur l'industrie et la vente des remèdes homéopathiques au Canada

Il y a un net manque de données chez nous à propos des données sociodémographiques des utilisateurs et utilisatrices spécifiquement pour la médecine homéopathique ainsi que pour les ventes de remèdes homéopathiques au Canada. Ces études, lorsqu'elles existent, proviennent en général d'Europe ou des États-Unis et, la plupart du temps, elles font un amalgame de toutes les médecines non conventionnelles (MNC) ou pire, de toutes les médecines alternatives et complémentaires (MAC), ce qui ne précise en rien le marché qui nous intéresse (Taillefer, 2009).

Il semble qu'une des raisons majeures d'avoir recours à une médecine non conventionnelle (MNC) est un besoin de santé auquel on n'a pas pu répondre. Chez nous, on rapporte que plus de 18 % de la population a déclaré un besoin de santé non comblé (Lévesque, *et al*, 2007) ou encore que 26 % des personnes estimant que leurs besoins en soins de santé n'avaient pas été satisfaits par la médecine conventionnelle (MC) sont allées consulter un praticien ou une praticienne de MNC en 1998-1999 (Millar, 2001).

D'autre part, certaines études (Eisenberg *et al*, 1998; Eider *et al*, 1997; Ramsey *et al*, 1999; Willison, 2007) révèlent qu'au moins 50 % des utilisateurs et utilisatrices ne disent pas à leur médecin qu'ils utilisent une MNC. En 2007, Suter *et al*, révélait que plusieurs femmes s'inquiétaient du fait que leur médecin n'était pas disposé à leur fournir des informations sur les MNC qui ne soient pas biaisées.

Le recours aux praticiens et praticiennes en médecine homéopathique dans le monde

Si jusqu'à 80 % de la population mondiale est concernée par les médecines non conventionnelles (MNC) (Halm, 2005), par contre les chiffres à l'égard de leur utilisation varient selon les instruments de mesure utilisés, les échantillonnages de populations et la réglementation des pays, mais surtout selon ce que l'on entend par pratiques non conventionnelles ou alternatives, d'où le problème et la nécessité de définir et d'établir un classement de ces dernières. Par exemple, les études les plus citées sur l'utilisation des médecines alternatives et complémentaires (MAC) ou des médecines non conventionnelles (MNC) mentionnent des chiffres allant de 34 % à 75 % aux États-Unis (Eisenberg, *et al*, 1993) – avec, en 1990 et 1996, une augmentation de 45 % de l'utilisation des MNC dans cette période de 6 ans (Jonas, 2000) –, de 16 % de la population italienne (Menniti-Ippolito, *et al*, 2002), de 85 % en Australie (Robinson, *et al*, 2007), d'un tiers de la population belge, française et finlandaise (Lewith et Aldridge, 1991). Quand on parle des chiffres sur les MNC, on ne sait donc pas toujours de quelles pratiques il s'agit car elles varient selon les pays, bien que dans ces études, les pratiques de santé les plus populaires soient « the big five » (Furnham, 2000), soit : l'acupuncture, la chiropraxie, l'herboristerie/naturopathie, l'homéopathie et l'ostéopathie.

Aujourd'hui, les différentes enquêtes effectuées dans l'Union européenne et aux États-Unis montrent un recours en croissance continue de la part de la population pour les homéopathes entre 1999 et 2006. Trois personnes sur quatre connaissent l'homéopathie, bien que les chiffres varient selon les pays et selon la situation de sa reconnaissance sociale ou légale. De 30 à 40 % de ces gens, pour leurs propres soins, consultent régulièrement en homéopathie pour prévenir ou traiter une grande variété de problèmes de santé (Astin, 1998; Astin, *et al*, 1998; Eisenberg *et al*, 1998; Fisher et Ward, 1994; Hendrickson, 2006; Jacobs *et al*, 1998; Ong, *et al*, 2002; Steinsbekk, 2005). Ainsi, en Norvège, 37 % de la population consulte en homéopathie, 48 % en Australie (Ong, *et al*, 2002, Viksveen et Steinsbekk, 2005). Il n'y a pas moins de 2000 homéopathes en Italie; aux États-Unis en 1990, on a répertorié 4,8 millions de visites chez les homéopathes, et au moins 2500 médecins utilisent l'homéopathie dans leur pratique. En Inde, le nombre s'élève au moins à 100 000 praticiens; en France, un tiers des médecins l'utilisent; ainsi selon la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAMTS, 1996), cela réduit les coûts du système de santé de 15 %.

Au Canada et au Québec

Les données sociodémographiques sur l'utilisation de l'homéopathie et sur les ventes de remèdes homéopathiques au Canada souffrent des mêmes incertitudes que celles du reste du monde. Cependant, deux études retiennent notre attention afin de nous éclairer sur le recours aux praticiens-nes en médecine homéopathique au Canada (Taillefer, 2009).

D'abord celle de l'Institut Fraser (Esmail, 2007), basée sur 1997 personnes et portant sur le recours à vingt-deux MAC différentes, MNC confondues. On y révèle que 74 % des Canadiens et 67 % des Québécois ont consulté une de ces pratiques au moins une fois dans leur vie. Le recours à un homéopathe au Canada serait de 9 % pour le Canada et de 12 % pour le Québec. Or, ces chiffres semblent un peu surprenants quand on connaît la popularité et le nombre de praticiens-nes de cette médecine dans les provinces de l'Ouest (Fournier *et al*, 2002; York University Center for Health Studies, 1999) et curieux également puisque nos voisins Ontariens viennent de réglementer les homéopathes comme nouvelle profession (*Loi de 2007 sur les homéopathes (Annexe Q, Assemblée Législative de l'Ontario, 2007)*). Notons aussi que d'après un sondage effectué par le groupe Angus Reid (1998), les répondants qui utilisaient une pratique de santé non conventionnelle rapportaient avoir recours principalement à la chiropractie, l'herboristerie, l'acupuncture et l'homéopathie.

La deuxième étude, celle de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP, 1999; Millar, 2001), basée sur 14 619 personnes, couvrait la période de 1994 à 1999 (en trois étapes). Elle portait plus précisément sur le recours à cinq types de praticiens-nes, c'est-à-dire les homéopathes, les naturopathes, les acupuncteurs, les chiropraticiens (quatre MNC) et les massothérapeutes (une MAC). Les données de l'enquête nous disaient que le nombre de consultations auprès de ces praticiens-nes était à la hausse, soit de 15 % de la population en 1995 à 17 % en 99, représentant 3,8 millions de Canadiens de 18 ans et plus. Les chiffres variaient aussi quant aux soins pour les enfants, car on notait que, pour eux, 21 % des ménages qui consultaient recherchaient un homéopathe. L'étude de l'ENSP mentionnait également que selon les résultats, ces soins de santé étaient manifestement une option à long terme pour nombre de personnes.

Dans notre réalité québécoise, l'enquête de la commission Rochon de 1988 sur les services de santé et les services sociaux – il y a 25 ans de cela! – révélait que 28,5 % de la population avait recours aux « médecines douces » ou MAC (Rochon *et al.*, 1988). Une autre enquête du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS, 1992) affirmait en 1992 que 85 % de la population consultée était favorable à la réglementation des praticiens et praticiennes des MAC dont les MNC (Fournier *et al.*, 2002 : 55). D'après un sondage Angus Reid de 1997, 42 % des Québécois avaient eu recours à au moins un de ces praticiens-nes au cours de leur existence et 65 % en 2007 (le sondage considérait ici autant l'automédication que le recours au thérapeute). Enfin, selon deux études du début des années 1990 (Association des pédiatres du Québec, 1992; Groupe Multi Réso, 1990), si la population québécoise avait recours aux remèdes homéopathiques, environ 10 % des usagers consultaient un ou une homéopathe (Fournier *et al.*, 2002).

L'industrie pharmaceutique homéopathique au Canada

Il n'est pas possible de tirer des chiffres de vente de l'industrie homéopathique pour les allouer à la seule province de Québec. D'une part, c'est que l'association qui la représente se dit « canadienne » et n'affiche que des données nationales; d'autre part, ou bien les entreprises dans leur ensemble ne sont pas toujours des sociétés publiques et leurs chiffres d'affaires ne sont alors pas publiés, ou bien elles sont étrangères et leurs chiffres d'affaires sont inconnus.

L'Association pharmaceutique homéopathique au Canada – APHC/CHPA – a été fondée en 1990, selon son site Internet (<http://www.chpa-aphc.ca/>). L'APHC fournit 200 emplois par ses 12 entreprises membres qui sont des fabricants et/ou distributeurs de remèdes homéopathiques; plusieurs sont des filiales d'entreprises européennes ou étatsuniennes, mais la moitié ont un siège social au Québec. Toutefois, nous connaissons aussi au moins deux (2) fabricants indépendants et un distributeur de remèdes exclusivement homéopathiques installés au Québec (Montréal et Québec) qui ne sont pas membres de l'APHC.

La plus importante des entreprises membres de l'APHC est issue du Groupe Boiron. Le Groupe Boiron a investi 0,9 % de son chiffre d'affaires de 2011 dans la recherche, soit plus de 5 807 000 dollars (4 558 000 €). Pour ce qui est du chiffre d'affaires de Boiron Canada inc., en 2001, il est connu : plus de 12 millions de dollars canadiens (9 481 000 €) et un résultat net de près de 422 000 dollars (331 000 €) (Groupe Boiron, 2011).

La vente des produits homéopathiques au Canada et au Québec

Les données sur les ventes de remèdes dans l'ensemble du Canada doivent être placées dans le contexte sociopolitique que l'on connaît, loin de favoriser cette médecine non conventionnelle. Au Québec, bien particulièrement, il n'y a pas d'intérêt des chercheurs et des institutions pour établir des statistiques sur le sujet; puis l'absence de réglementation quant au prescripteur (l'homéopathe) n'encourage ni l'usage ni le réflexe, par le consommateur de soins, à y avoir recours. D'autre part, on doit mettre en perspective la comparaison des ventes des remèdes homéopathiques à celles de l'industrie pharmaceutique régulière en tenant compte du coût même d'un remède homéopathe, toujours minime (un tube de 80 granules, représentant à raison de 2-3 granules, plusieurs doses disponibles, coûte de 8 \$ à 9 \$); la faiblesse des ventes en termes absolus ne reflète donc pas leur potentiel thérapeutique.

On estimait en 1998, la vente mondiale de remèdes homéopathiques à 1,15 milliard de dollars. Encore une fois, la plupart du temps, quand ces études ne font pas un amalgame de toutes les MNC, elles proviennent de l'Europe ou des États-Unis, là où la situation sociopolitique de la médecine homéopathique et de ses praticiens et praticiennes diffère de celle du Canada ou du Québec (Fournier *et al.*, 2002).

Dans l'économie canadienne, près de 4 milliards de dollars ont été dépensés pour les médecines non conventionnelles en 1996-1997 et 5,6 milliards entre 2005 et 2006. Mais quand on parle de telles dépenses pour les MNC, il faut savoir qu'environ les trois quarts des frais vont à la consultation (Esmail, 2007).

À elles seules, et malgré le contexte de dénigrement à leur égard, les ventes de remèdes homéopathiques au Canada représentaient plus de 29 millions de dollars en 2000, puis 40 millions de dollars par année en 2005, incluant les ventes au détail, directes et aux professionnels (APHC – Association pharmaceutique homéopathique du Canada, 2005). Depuis 2005, les chiffres ne sont plus fournis, alors que l'on trouve encore, en 2012, ce « 40 millions » sur le site Internet de l'APHC.

9. Conclusion

Au Québec, malgré la vente libre du remède homéopathique et les six laboratoires qui le fabriquent ici, l'absence de reconnaissance légale du professionnel homéopathe est un obstacle à l'accès à ce remède et contrarie la population dans son libre choix en matière de médication.

Jusqu'ici, le Québec a pris un retard inquiétant en n'encadrant pas la pratique homéopathique, mais le Syndicat professionnel des homéopathes du Québec SPHQ-CSN, s'appuyant sur des modèles connus, s'est doté depuis plus de 20 ans d'une structure réglementant la formation et la pratique, assurant ainsi volontairement la protection du public.

Enfin, le président du Conseil transitoire de l'Ordre des homéopathes en Ontario, monsieur Basil Ziv, nous ayant affirmé en octobre dernier qu'il serait possible aux homéopathes résidant et travaillant au Québec de devenir membres de l'ordre en Ontario, compte tenu des passerelles professionnelles Québec-Ontario, il s'avère urgent que le Québec octroie lui aussi une reconnaissance légale aux homéopathes professionnels et que ceux-ci fassent partie intégrante de la solution aux problèmes de santé au Québec.

Pour la fédération, il ne fait aucun doute que la reconnaissance professionnelle des homéopathes améliore le choix thérapeutique des citoyens, l'accessibilité à des soins de qualité, tout en réduisant les coûts totaux de médicaments et de pharmacopées. Pour cette raison, nous estimons que :

- l'Office des professions doit les intégrer au système professionnel;
- les universités doivent mettre en place les formations adéquates;
- le réseau de la santé et des services sociaux doit envisager l'intégration de leurs services;
- les CPE et les écoles doivent permettre l'utilisation de leur pharmacopée, comme elle le fait pour les médicaments;
- la CSST et la SAAQ doivent défrayer les coûts de l'utilisation de leur pharmacopée, ainsi que le traitement par des homéopathes des personnes malades et accidentées;
- le gouvernement doit ajuster sa législation pour permettre les mouvements d'homéopathes entre le Québec et l'Ontario ou l'Europe.

Il appartient, plus que jamais, au gouvernement québécois de rétablir la situation. Il en va de l'accessibilité de chaque citoyenne et citoyen québécois à la thérapeutique de son choix, **au Québec**, en toute sécurité.

10. Bibliographie

- Angus Reid Group Inc. (1998). *Use and danger of alternative medicines and practice : Parts 1 and II*, Consumer poil conducted by CTY/Angus Reid Group Poll in August 1997.
- Assemblée Législative de l'Ontario (2007). *Projet de loi 171. Loi visant à améliorer les systèmes de santé en modifiant ou en abrogeant divers textes de loi et en édictant certaines lois*, <http://www.ontla.on.ca>.
- Association des pédiatres du Québec (1992). *Rapport du comité d'évaluation des médecines dites alternatives*, 24 p.
- Astin, J. (1998). « Why patients use alternative medicine : Results from a national study », *Journal of the American Medical Association*, 279 : 1548-1553.
- Astin, J. et al. (1998). « A review of the incorporation of Complementary and Alternative Medicine by mainstream physicians », *Arch Intern Med*, 158 : 2303-2310.
- Batt, S. (2009). « Full circle. Drugs, the environment, and our health », dans Rochon Ford, A. et D. Saibil (ed) (2009). *The push to prescribe. Women and the canadian drug policy*, Toronto, Women's Press, pp. 185-205.
- Bell IR. (2012). « Homeopathy as systemic adaptational nanomedicine : the nanoparticle-cross-adaptation-sensitization model », *Am J of Homeopathic Med*, in press (2012).
- Bodeker, G. (2001). « Lessons on integration from the developing world's experience », *BMJ*, 322 : 164-167.
- Bodeker, G. et F. Kronenberg (2002). « A public health agenda for traditional, complementary, and alternative medicine », *American Journal of Public Health*, 92 (10) : 1582-1591.
- Bornhöft, G. et P. Matthiessen (eds) (2011). *Homeopathy in healthcare – effectiveness, appropriateness, safety, costs*, Berlin, Springer-Verlag, 234 p.
- Bracho, G. et al. (2010). « Large-scale application of highly-diluted bacteria for Leptospirosis epidemic control », *Homeopathy*, 99 : 156-166.
- Bradford, TL. (1900). *The Logic of Figures or Comparative Results Homoeopathic and other Treatments*, Boericke and Tafel, Philadelphie.
- Christie, EA et AT. Ward (1996). *Report on NHS practice-based homoeopathy project. Analysis of effectiveness and cost of homoeopathic treatment within a GP practice at St. Margaret's Surgery, Bradford on Avon, Wilts*, The Society of Homeopaths, ISBH 1 901262 006.

- CNAMTS (1996). *Enquête nationale sur la pharmacie, mai 1993*, Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés, janvier 1996, <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/964037700/0000.pdf>.
- Collier, AC. (2007). « Pharmaceutical contaminants in potable water : Potential concerns for pregnant women and children », *EcoHealth*, 4 : 164-171.
- Collin, J. et al. (2005). *Le médicament comme objet social et culturel : recension des écrits et propositions sur les perspectives de travail à prioriser*, Rapport de recherche présenté au Conseil de la santé et du bien-être, Université de Montréal, 90 p.
- Commission Européenne (1996). *Report to the European Commission directorate general XII : science, research and development. Vol 1 (short version)*, Brussels, European Commission, 16-7.
- Côté, M.-Y. (1990). *Une réforme axée sur le citoyen*, ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Coulamy, A. et al. (1998). « Survey of the prescription habits of homeopathic doctors on the subject of a single medication : Influenzinum », *French Society of Homeopathy Conference*, Notes : The Prescription in Homeopathy, pp. 1-16.
- [Cours, 1994-95-98], Cour du Québec, no.500-27-016575-914, janvier 1994; Cour supérieure, no.500-36-000042-948, mars 1995; Cour d'appel, no.500-10-000133-957, mars 1998. Toutes dans le district de Montréal.
- Damiani, C. (1995). *La médecine douce, une analyse de pratiques « holistes » en santé*, St-Martin, Montréal.
- De Lange-De Klerk, EM. et al. (1996). « Effects of individually chosen homoeopathic medicines on recurrent URTI in children », *British Homoeopathic Journal*, 85 : 4-14.
- De Souza Nunes, LA. (2008). « Contribution of homeopathy to the control of an outbreak of dengue in Macaé, Rio de Janeiro », *Int J High Dilution Res*, 7 (25) : 186-192.
- Eisenberg, DM. et al. (1993). « Unconventional Medicine in the United States : Prevalence, cost, and patterns of use », *NEJM*, 328 (4) : 246-252.
- Eisenberg, DM. et al. (1998). « Trends in alternative medicine use in the United States, 1990-1997; Results of a follow-up national survey », *The Journal of The American Medical Association*, 281 (18) : 1569-1575.
- Elder, NC. et al. (1997). « Use of alternative health care by family practice patients », *Archives of Family Medicine*, 6 (2) : 181-184.

- Esmail, N. (2007). « Complementary and alternative medicine in Canada : Trends in use and public attitudes, 1997-2006 », *Public Policy Sources*, The Fraser Institute, 87 : 1-53.
- Fisher, P. et A. Ward (1994). « Complementary medicine in Europe », *BMJ*, 309 : 107-111.
- Flexner, A. (1910). *Medical Education in the United States and Canada : A Report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching*, Bulletin No. 4, New York, Carnegie Foundation.
- Forget, C. (1986). *Les médecines douces. Santé nouvelle. Structures nouvelles*, conférence; www.agora.qc.ca.
- Fournier, D. (1992). *L'Évolution historique de la pensée homéopathique*, EESHQ, Sainte-Foy.
- Fournier D., A. Taillefer et al. (2002). *Les homéopathes du Québec – sur la nécessité de leur reconnaissance professionnelle*, Québec, Syndicat professionnel des homéopathes du Québec (SPHQ-FP-CSN), 112 p.
- Fournier D. et A. Taillefer (2003). *Témoignages des homéopathes et de leur clientèle sur une évaluation qualitative du traitement médical officiel et homéopathique*, Montréal, Syndicat professionnel des homéopathes du Québec (SPHQ-FP-CSN), 76 p.
- Frass, M. et al. (2006). « Asymmetry in *The Lancet* meta-analysis », *Homeopathy*, 95 (1), 52-53.
- Frenkel, M. et D. Hermoni (2002). « Effects of homeopathic intervention on medication consumption in atopic and allergic disorders », *Alternative Therapies in Health and Medicine*, 8 (1) : 76-79.
- Frenkel, M. et al. (2010). « Cytotoxic effects of ultra-diluted remedies on breast cancer cells », *International Journal of Oncology*, 36 : 395-403.
- Furnham, A. (2000). « How the public classify complementary medicine : a factor analytic study », *Complementary Therapies in Medicine*, 8 : 82-87.
- Griffith, HR. (1970 ca.). *Seventy-five years of Service. The Story of the Queen Elizabeth Hospital of Montreal*, Montréal.
- Groupe Boiron, (2011). *Rapport financier 2011*, Boiron, Sainte-Foy-Les-Lions, France, 164 p.
- Groupe Multi-Réso (1990). *Le pharmacien et le public*, Sondage pour l'Ordre des pharmaciens du Québec.
- Güthlin, C. et al. (2004). « Measuring the effects of acupuncture and homeopathy in general practice : An uncontrolled prospective documentation approach », *BMC Public Health*, 4 : 6-19.

- Halm, R-P. (2005). *Les médecines non-conventionnelles face à la science : Une nouvelle approche de la santé / L'intelligence du corps*, Conférence prononcée au congrès international des Entretiens de Monaco, site internet : www.entretiens-internationaux.mc/français.htm.
- Haehl, R. (1927). *Samuel Hahnemann, his life and work*, 2 volumes, translated by Marie L. Wheeler and W.H.R. Grundy, London, edited by J.H. Clarke and F.J. Wheeler, Homoeopathic Publishing Company.
- Hahnemann, CFS. (1979). *Traité de matière médicale ou de l'action pure des médicaments homéopathiques par Samuel Hahnemann, avec des tables proportionnelles de l'influence que diverses circonstances exercent sur cette action, par C. Boenninghausen*, traduction de A.-J.-L. Jourdan (sur les dernières éditions allemandes), 3 tomes, Baillière, 1834; fac-similé de Similia.
- Hahnemann, CSF. (2001). *Gesammelte kleine Schriften*, herausgegeben von Josef Maximilian Schmidt und Daniel Kaiser, Heidelberg, Haug.
- Hendrickson, D. *et al.* (2006). « Determinants of the use of four categories of complementary and alternative medicine », *Complementary Health Practice Review*, II (1) : 3-26.
- House of Lords (2000). *Select Committee on Science and Technology. Sixth Report : Complementary and Alternative Medicine*, London, HM Stationery Office, 198 p.
- Hufbauer, K. (1982). *The Formation of the German Chemical Community (1720-1795)*, Berkeley, University of California Press.
- Jacobs, J. *et al.* (1998). « Patients characteristics and practice patterns of physicians using homeopathy », *Archives of Family Medicine*, 7 : 537-540.
- Jonas, BW. (2000). « The social dynamics of medical pluralism, Foreword », dans Kelner, M., J. Wellman *et al.*, (dir) (2003). *Complementary and alternative Medicine : Challenge and change*, London, Routledge, pp. xi-xv.
- Jütte, R. (2005). *Samuel Hahnemann. Begründer der Homöopathie*, München, Deutscher Taschenbuch Verlag.
- Lavoie-Roux, T. (1989). *Pour améliorer la santé et le bien-être au Québec – Orientations*, ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Lévesque, JF. *et al.* (2007). *Les besoins non comblés de services médicaux : un reflet de l'accessibilité des services de première ligne?*, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal/Direction de la Santé publique, Gouvernement du Québec, site internet : www.santepub-mtl.qc.ca/ESPSS/production.html.

- Lewith, G. et D. Aldridge (1991). *Complementary Medicine and the European Community*, Saffron Walden, C.W. Daniel, 160 p.
- Linde, K. *et al* (1997). « Are the clinical effects of homeopathy placebo effects? A meta-analysis of placebo-controlled trials », *Lancet*, 350 : 834-843.
- Marino, R. (2008). « Homeopathy and collective health : The case of Dengue epidemics », *Int J High Dilution Res*, 7 (25) : 179-185.
- Marino, R. (2009). « Flu pandemics : homeopathic prophylaxis and definition of the epidemic genius », *Int J High Dilution Res*, 8 (28) : 100-109.
- Martel, P. (1992). *Attention Santé – La place des thérapies alternatives dans le système de santé*, de Mortagne, Boucherville.
- Menniti-Ippolito, F. *et al*. (2002). « Use of unconventional medicine in Italy : a nation-wide survey », *Eur J Clin Pharmacol*, 58 : 61-64.
- Millar, WJ. (2001). « Patterns of use – Alternative health care practitioners », *Health Reports*, 13 : 9-21.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) (1992). *Enquête sur les thérapies alternatives pour le ministère de la Santé et des Services sociaux*, Groupe Multi Résos.
- Montagnier, L. *et al*. (2009). « Electromagnetic signals are produced by aqueous nanostructures derived from bacterial DNA sequences », *Interdiscip Sci Comput Life Sci*, 1 : 81-90.
- Mroninski, C. *et al*. (2001). « Meningococcinum : Its protective effect against meningococcal disease », *Homoeopathic Links*, 14 : 230-234.
- Ong, CK. *et al*. (2002). « Health status of people using complementary and alternative medical practitioner services in 4 english countries », *American Journal of Public Health*, 92 (10) : 1653-1656.
- Ramsay, C. *et al*. (1999). « Alternative medicine in Canada : use and public attitudes », *Public Policy Sources*, 21, Fraser Institute.
- Reilly, D. *et al*. (1994). « Is evidence for homeopathy reproducible? », *Lancet*, 344 : 1601-1606.
- Robinson, A. *et al*. (2007). « People's choice : complementary and alternative medicine modalities », *Complementary Health Practice Review*, 12 (2) : 99-119.
- Robitaille, JP. (1992). *La reconnaissance sociale d'une pratique médicale marginale, l'homéopathie à Montréal : 1844-1904*, mémoire de maîtrise en histoire, Université du Québec à Montréal.

- Rochon, J. *et al.* (1988). *Rapport de la commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux*, Québec, Les Publications du Québec, 803 p.
- Schlüren, VE. (1984). « Vergleich der Arzneimittelkosten bei homöopathischer und allopathisch-schulmedizinischer Behandlung », *Allgem Homöopathische Zeitung*, 229 : 160-161.
- Sheppard, CA. (1970). *Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social*, annexe 12, tome 2, livre II : Les corporations professionnelles, Gouvernement du Québec.
- Smallwood, C. (2005). *The role of complementary and alternative medicine in the NHS : The Smallwood report commissioned by HRH The Prince of Wales*, UK, Freshminds, www.freshminds.co.uk/.
- Spence, DS. *et al.* (2005). « Homeopathic treatment for chronic disease : a 6-year, university-hospital outpatient observational study », *J Altern Complement Med*, 11 (5) : 793-798.
- Steinsbekk, A. (2005). « Assessments of the effectiveness of homeopathic care in Norway : A prospective observational multicentre outcome study », *Homeopathy*, 94 (1) : 10-16.
- Suter, E. *et al.* (2007). « Inquiring minds. Women's approaches to evaluating complementary and alternative therapies for menopausal symptoms », *Canadian Family Physician*, 53 : 84-90.
- Taïeb C. et Myon E. (2003). « The economic impact of homeopathic management : the French example », *Value Health*, 6 : 373.
- Taillefer, A., D. Fournier *et al.* (2004). *Politique d'éthique sur la recherche en homéopathie – Oser penser autrement, volume 1*, Syndicat professionnel des homéopathes du Québec (SPHQ-FP-CSN), Montréal, 2004, 84 p.
- Taillefer, A., D. Fournier *et al.* (2004). *Une politique d'éthique sur la recherche en homéopathie : Oser penser autrement. Volume 2 : État des travaux de recherche en homéopathie jusqu'à nos jours*, Syndicat professionnel des homéopathes du Québec, SPHQ-FP-CSN, Montréal, 75 p.
- Taillefer, A. (2009). *Impact médical et social de la consultation en médecine homéopathique chez les mères : une question de paradigme*, mémoire de maîtrise en sociologie, Montréal, Université du Québec à Montréal, VIII et 319 p.
- Tétau, M. (1997). *Hahnemann, Aux confins du génie*, Paris, Similia.
- Tischner, R. (1998). *Geschichte der Homöopathie (1932-1939)*, 1 tome, Vienne et New York, Springer.

- Trichard, M. *et al.* (2005). « Pharmacoeconomic comparison between homeopathic and antibiotic treatment strategies in recurrent acute rhinopharyngitis in children », *Homeopathy*, 94 : 3-9.
- Viksveen, P. et A. Steinsbekk (2005). « Changes in patients visiting a homeopathic clinic in Norway from 1994 to 2004 », *Homeopathy*, 94 : 222-228.
- Wanless, J. (1864). *Letters discussing Homœopathy*, Montreal, Drysdale.
- Willison, KD. (2007). « Assessing chronic disease management strategies through community based participatory research », *Journal of Chinese Clinical Medicine*, 21 (6) : 336-340.
- Winston, J. (1999). *The faces of homoeopathy*, Tawa, Great Auk Publishing.
- Witt, CM. *et al.* (2005). « Homeopathic medical practice : Long-term results of a cohort study with 3981 patients », *BMC Public Health*, 5 : 511 doi10.1186/1471-2458-5-115.
- Witt, CM. *et al.* (2005). « Outcome and costs of homeopathic and conventional treatment strategies : A comparative cohort study in patients with chronic disorders », *Complementary therapies in Medicine*, 13 : 79-86.
- Witt, CM. *et al.* (2008). « How healthy are chronically ill patients after eight years of homeopathic treatment? – Results from a long term observational study », *BMC Public Health*, 8 : 413 doi : 10.1186/1471-2458-8-413.
- York University Center for Health Studies (1999). *Complementary and Alternative Health Practices and Therapies – A Canadian overview*, Toronto, Ontario, 333 p.