

## Médecines complémentaires : Quel avenir ?

### Colloque professionnel

Faculté de Pharmacie de Paris

26 et 27 novembre 2005

### Table ronde : Evaluation des médecines complémentaires

#### Docteur Dominique Eraud

Pour cette table ronde, nous accueillons trois intervenants de marque. Quand j'ai commencé la médecine, je rêvais de pouvoir parler un jour au Docteur Augusti ou au Docteur Cornillot ou même au Docteur Quemoun. Nous avons beaucoup de chance de les avoir réunis ce soir et les remercions de leur présence. A eux trois, ils représentent plus de cent ans de combat pour ces médecines. Ils sont autant passionnés que passionnants.

Tout d'abord, je vous présente le Docteur Yves Augusti. A 17 ans, il a eu une tuberculose pulmonaire qui l'a obligé à trois années d'immobilisation. Ce faisant, il a été obligé de changer son sabre d'épaule puisqu'il ne sera pas polytechnicien comme il le voulait mais médecin. Tout ceci se passant à Alger. A la fin de ses études, il devient Chef de laboratoire dans le service de chirurgie infantile et des enfants brûlés. Et là, il découvre la différence de réaction des enfants aux brûlures. L'un est mort après de petites brûlures aux doigts. Et l'autre, brûlé à 45 % va s'en sortir. Il comprend donc qu'il y a un facteur de terrain déterminant. C'était une idée révolutionnaire pour l'époque !

En 1961, il lit les travaux du Docteur Verne et découvre l'existence des tests de Verne, lesquels évaluent justement l'évolution sur un terrain particulier. Il écrit tout de suite au Docteur Verne pour travailler avec lui et monte à Paris pour travailler à l'Institut Prophylactique. Il devient rapidement Chef de service en cancérologie, puis Directeur adjoint de l'institut Prophylactique et Chef de laboratoire de ce centre jusqu'à la mort du Dr Verne. Il monte ensuite son propre laboratoire où il effectue toujours les tests de Verne.

Monsieur Augusti, pour vous, il est essentiel d'évaluer les médecines complémentaires par des données biologiques. Dites-nous pourquoi, comment, avec qui, et qui devrait s'en charger ?

#### Docteur Yves Augusti

Lorsque j'étais étudiant en médecine, je me suis aperçu que ce que l'on m'avait appris en faculté ne collait pas toujours avec ce que je voyais dans mes consultations classiques. Je me suis donc dit qu'il y avait quand même quelque chose de différent : fallait-il à ce moment-là que j'oublie ce que l'on m'a appris pour essayer d'aller vers une autre voie ? Je sentais déjà qu'il y avait dans toutes les pathologies une notion de terrain, notion que j'avais rencontrée au départ avec les enfants brûlés. J'avais pendant quatre ans la responsabilité d'un service hospitalier d'enfants brûlés, je me suis aperçu que les différentes pathologies évoluaient différemment selon les individus et qu'il n'y avait pas une maladie mais des malades sur lesquels la maladie faisait un chemin plus ou moins différent.

Ceci m'a amené à dire que les thérapeutiques que l'on nous proposait n'étaient peut-être pas toujours les meilleures, et que finalement devant des pathologies lourdes le fait d'affirmer « à telle pathologie correspond telle thérapeutique » ne m'a pas du tout satisfait. Il pouvait y avoir d'autres thérapeutiques que ce que l'on appelle les thérapeutiques classiques – en particulier dans les pathologies lourdes – et je me suis intéressé, déjà dès le début, avec l'homéopathie, aux oligoéléments, à l'acupuncture et à toutes ces thérapeutiques associées.

Et ce soir, devant vous, je me demande finalement ce qui nous réunit aujourd'hui. En effet, nous avons parlé de différentes thérapeutiques complémentaires mais je crois qu'il y a un mot qu'il faut mettre en exergue, c'est celui d'énergie car toutes les thérapeutiques dont on vous parle aujourd'hui sont basées sur des systèmes énergétiques. Alors que dans la médecine dite classique, il y a plutôt l'homme comme étant une simili mécanique et le médecin comme étant un bon mécanicien.

En réfléchissant un peu plus, on s'est dit qu'il y avait à ce moment-là des thérapeutiques différentes que l'on pouvait appliquer. Mais comment vérifier que ces thérapeutiques vont marcher, qu'elles sont bien adaptées et que l'organisme va répondre favorablement ? C'est, je crois, ce que nous attendons ce soir, c'est-à-dire de pouvoir connaître ce que nous, en tant que biologistes, pouvons vous apporter dans le suivi des traitements que vous allez donner à vos patients.

Je vous propose de revenir aux premières années où j'ai commencé à étudier ces problèmes, c'est-à-dire en 1945, et où j'ai connu des grands patrons comme Sandor, Vargue, Fabiani, des grands noms qui ont été à l'origine justement de cette biologie un peu particulière qui est une biologie de type, probablement, énergétique. Mais, lorsqu'ils ont découvert – ce qui veut dire que ce qu'ils ont vu existait déjà mais qu'ils ont enlevé la couverture pour que tout le monde puisse le voir ils ont découvert fortuitement des réactions, qui ne sont pas des réactions chimiques mais des réactions différentes des réactions classiques, on s'aperçoit que pour toutes ces découvertes, chacun a apporté une pierre à ce puzzle qui est la biologie en tant que connaissance de la vie. Car pour nous qui sommes médecins, ou paramédicaux, ce qui compte c'est de pouvoir mesurer comment un individu se situe dans un monde hostile, puisque nous sommes évidemment des êtres facilement stressables, et va pouvoir y rester. Et d'autre part, quels sont les mécanismes que l'on va mettre en train pour pouvoir mesurer, ou prévoir en quelque sorte, les pathologies et les traitements.

Je crois qu'il y a deux façons d'aborder le problème : le premier, c'est de dire que nous avons un système énergétique dans notre corps. Toutes nos protéines sont des protéines chargées énergétiquement. C'est pour cela que dans tous les laboratoires qui fabriquent des thérapeutiques, il est impossible – pour l'instant tout au moins – de fabriquer des protéines qui puissent remplacer des protéines que l'on a dans le corps humain sans passer par un élément vivant. Comme vous le savez, beaucoup de médicaments maintenant sont faits à partir de produits fabriqués par des microbes, des bactéries. Il y a des bactéries qui font la synthèse des produits. Mais la plupart de ces produits qui sont quand même relativement rares actuellement sont chargés d'un système énergétique.

Donc, les protéines de notre corps humain sont chargées énergétiquement. Il fallait donc le démontrer. Ce n'est pas tout à fait visible. Ces protéines qui sont là, chargées énergétiquement, il faut, à un moment donné, lorsque l'organisme en a besoin qu'il fasse apparaître cette énergie pour lutter contre l'agresseur.

Une énergie peut être invisible ou visible : si vous prenez des anneaux de rideau (des cercles ronds) en fer et que vous les mettez dans de la limaille de fer, rien ne se passe. Si vous prenez un de ces anneaux de rideau et que vous l'entourez de fil électrique et que vous faites passer le courant pendant un certain temps, et que vous enlevez ce fil électrique, et que vous prenez vos deux anneaux et que vous les mettez dans de la limaille de fer, rien ne se passe. Mais si cet anneau-là, vous le coupez simplement, vous verrez apparaître un aimant. Donc, dans cet anneau où vous avez fait passer un courant électrique, vous avez créé un aimant mais qui reste invisible tant que l'anneau est intact. Mais dès que vous touchez à ce support, vous voyez apparaître le système énergétique.

Ceci est une image bien entendu mais j'ai l'impression que dans notre corps humain, nos protéines, de la même façon, existent, sont fabriquées par le foie en une protéine qui n'est pas active visiblement mais qui contient ce système énergétique. Et, ce système énergétique va être mis en exergue par ce que l'on appelle – nous avons des gendarmes dans l'organisme - le système réticulo-endothélial. Ce système réticulo-endothélial va faire apparaître les systèmes énergétiques des protéines. Et ces protéines, chargées d'énergie à ce moment-là, vont lutter contre les agresseurs de l'organisme. Tel est le premier point.

Le deuxième point de cette étude un peu bizarre, c'est qu'entre le moment où le système réticulo-endothélial reconnaît un agresseur - qui peut à un moment donné détruire le corps humain - et le moment où le système immunitaire va détruire cet agresseur, il faut obligatoirement que le système réticulo-endothélial avertisse le système nerveux central (le cerveau). Et c'est le cerveau qui va dire si oui ou non on détruit l'agresseur.

Il y a donc toujours un système énergétique. Et pour que ce système énergétique active les protéines, il faut que le cerveau soit conscient du danger et donne l'ordre d'activer la protéine pour détruire l'agresseur.

Tels sont les deux points principaux. Il est évident que j'ai repris les travaux de Sandor et Vargue en 1945. On a une analyse que l'on appelle « la fiche réticulo-endothélial » qui va nous montrer justement la fraction activée des protéines et qui, sur un graphique, va nous donner des zones pathologiques ou la façon dont l'organisme et les thérapeutiques vont contrecarrer l'agression dont on est le support.

Pour parler de ce système énergétique, je vous donnerai deux ou trois exemples. Un exemple tout d'abord où la médecine classique ne peut rien nous dire, c'est celui de la fécondation. On sait que la fécondation, c'est un ovule + un spermatozoïde = un bébé. On a commencé après à faire des clonages. On s'est aperçu que le spermatozoïde n'avait rien à faire, que si on mettait un noyau quelconque d'une cellule, on avait un développement également, c'est-à-dire un ovule + un noyau cellulaire = un développement embryonnaire. Et puis il semblerait aux dernières nouvelles qu'on prend l'ovule, on enlève le noyau de l'ovule, on met un autre noyau à sa place et on a aussi, rarement il est vrai, un développement. C'est-à-dire que le noyau est un support de la

matérialité d'un individu mais que cette énergie qui est la vie est donnée par le cytoplasme de l'ovule de la femme.

## **Docteur Dominique Eraud**

Monsieur Augusti fait des tests – la fameuse fiche réticulo-endothélial dont il a parlé – pour suivre les patients en cancérologie, pour voir si leur traitement est efficace ou non. Il y a donc un aspect tout à fait pratique dans les examens de Monsieur Augusti.

Maintenant, je vais vous présenter le Professeur Cornillot.

Il est connu par tous ceux qui sont dans cette salle. C'est le Doyen fondateur de la Faculté Santé Médecine et Biologie Humaine de Bobigny. Il est aussi l'ancien Président de l'Université Paris XVIII.

Comme vous le savez, il y a, à Bobigny, sept sections : l'acupuncture, l'homéopathie, la phytothérapie, la mésothérapie, l'ostéopathie, la naturothérapie et l'auriculothérapie.

Il a donc été le fondateur, en 1968, de la faculté de Bobigny. Il a créé le diplôme Dufort en 1971, qui est le diplôme de médecin généraliste. En 1982, il a créé le DUMENAT qui est un Diplôme Universitaire des Médecines Naturelles. Et pourtant, son parcours était auparavant on ne peut plus classique. En effet, il était médecin à Paris, Chef dans le service du Professeur Trémolière (nutrition et biochimie du cancer), puis assistant chez le Professeur Jayle, puis assistant du Professeur Robert Debré en biologie. Et en 1965, il a donc le poste de Chef de service à Bobigny et on le nomme responsable du CES de biologie. Et là, il a eu une révélation : il découvre un livre « L'histoire de la médecine » qui aborde les médecines traditionnelles, chinoises, indiennes, ayurvédiques. Et alors, il se dit qu'il existe donc une autre médecine que les discours officiels. Cela explique le changement d'orientation de la faculté de Bobigny.

Professeur Cornillot, pour vous, il est essentiel d'évaluer les médecines complémentaires, dites-nous pourquoi, comment, avec qui et qui devrait s'en charger ?

## **Professeur Pierre Cornillot**

Je voudrais juste préciser que c'est pendant mes études de médecine que j'ai traduit cette histoire de la médecine et que le cheminement vers le DUMENAT et l'enseignement des médecines naturelles (ou alternatives) s'est fait sur de nombreuses années, et avec énormément d'interrogations. Il n'y a donc pas eu une continuité immédiate et très rapide mais, au contraire, une espèce de préoccupation.

Le seul ennui, c'est que cela s'inscrit dans une préoccupation plus générale. Effectivement, pour des raisons personnelles, j'ai fait mes études de médecine dans une très grande interrogation, avec un esprit critique extrêmement violent, dans la mesure où je ne comprenais absolument pas pourquoi une faculté aussi éminente que la faculté de médecine de Paris se désolait de faire des médecins aussi mauvais, ce que j'entendais tout le temps. Je me rappelle même avoir posé la question de savoir, si on était dans une fabrique d'automobiles, ce qu'il adviendrait à un directeur de production qui dirait « toutes mes voitures sont nulles ». L'éminent professeur a été surpris et je lui ai répondu « à mon avis, on le mettrait à la porte ». Alors évidemment, cela a fait très mauvais effet mais cela montre que j'étais dans un état de très grande critique, depuis mon plus jeune âge, sur tout ce que je voyais dans les hôpitaux et à la faculté.

La médecine européenne, la médecine française et occidentale, a une histoire beaucoup plus difficile qu'elle ne le prétend. La médecine européenne a un effort d'humilité et d'authenticité à faire aujourd'hui qui est extrêmement important pour reconnaître que toutes les médecines du monde ont alimenté les savoirs d'aujourd'hui.

Une fois que j'ai dit cela, cela vous explique dans quel état d'esprit j'ai essayé de monter la faculté de médecine de Bobigny, en étant le plus calme possible, le moins passionné possible et le plus efficace possible.

## **Docteur Dominique Eraud**

Notre dernier invité de marque à cette table ronde est le Docteur Albert-Claude Quemoun qui est né à Alger. Il a fait son service militaire dans un service vétérinaire à Marseille. Il a été diplômé de la Faculté de Pharmacie de Paris puis a fait un certificat de toxicologie. Ensuite, il a suivi quatre années d'homéopathie ainsi que trois années d'études de phytothérapie avant d'ouvrir une pharmacie et de créer son propre laboratoire de produits homéopathiques.

En même temps, il travaille à l'INSERM à Saint Antoine. Puis, il devient « Monsieur ROCAL » puisqu'il a racheté le laboratoire du même nom. En homéopathie, il faut savoir que les produits ROCAL sont les produits de référence. Depuis cette époque, il enseigne l'homéopathie aux étudiants, aussi bien dans ces lieux-ci qu'à la faculté de Bobigny.

Monsieur Quemoun, pour vous, il est essentiel d'évaluer les médecines complémentaires. Dites-moi pourquoi, comment, avec qui ?

## **Albert-Claude Quemoun**

J'avoue qu'il y a différentes choses qui m'ont poussé à évaluer. D'une part, il fallait que j'aie une biodisponibilité, c'est-à-dire qu'il fallait que je me libère en quelque sorte de tracasseries administratives, pour œuvrer vers un mode de recherche qui était particulier, l'homéopathie n'entrant évidemment pas dans le cadre tout à fait normal.

En effet, il y a quelques années (en 1983), j'avais commencé à faire des travaux avec l'INSERM de l'Hôpital Saint Antoine, notamment avec William Rostène, sur des récepteurs du cerveau en bloquant ces derniers par des produits marqués au tritium. Et je me suis rendu compte que l'on était loin de dire que belladonna, hyoscyamus niger c'est-à-dire la jusquiame, datura stramonium sont uniquement actifs grâce à leurs alcaloïdes, c'est-à-dire grâce à l'atropine, l'aïoslamine et poxyatropine, c'est-à-dire la scopolamine. Loin de là. En effet, si nous avons certains caractères communs pharmacologiquement, et même toxicologiquement, nous avons cependant des points différents, surtout sur le psychisme. En effet, si on appelle ces solanacées les plantes du délire (des délires atropiniques), on va trouver malgré tout une modification, un point différent. La belladone, par exemple, fait penser aux délires fébriles. La hyoscyamus niger fait penser aux délires séniles. Et enfin, la datura fait penser aux délires furieux...

Cela m'a donc fait penser évidemment qu'il fallait, avec l'INSERM notamment, faire des travaux sur les alcaloïdes séparés, sur les plantes séparées également.

J'ai fait mes travaux à partir d'animaux normaux mais en plus fallait-il les sensibiliser. Il évident, pour ceux qui connaissent l'homéopathie, que belladonna ne va pas agir sur tous les sujets, surtout un sujet qui n'a pas de fièvre ou qui n'est pas rouge, ou qui n'a pas une sécheresse des muqueuses, voire qui n'a pas, pourquoi pas, un délire ou une mydriase par exemple.

Il fallait donc sensibiliser. Que fallait-il faire pour sensibiliser ces rats, pour les différencier par rapport à des rats non sensibles ? Il fallait, tout simplement, leur donner une goutte de belladonna, de hyoscyamus niger, de datura stramonium, tous les jours pendant deux ou trois mois.

Après quoi, en faisant les mêmes travaux, je me suis rendu compte que le rat était beaucoup plus réactif aux médicaments à usage homéopathique. C'était une technique intéressante, et que j'ai pu faire valider par des scientifiques de l'INSERM qui n'ont jamais fait d'homéopathie et qui ont eux-mêmes été surpris des résultats. Je tiens à votre disposition les travaux que nous avons faits.

J'ai fait aussi des travaux dans cette faculté, grâce au Professeur Plotkine, en pharmacodynamie, sur les récepteurs dopaminergiques du cerveau et le Parkinson. Et là, même chose, on s'est rendu compte qu'il y avait les Parkinson sévères, la dopamine et la rodopamine mais également le Parkinsonien dans sa totalité. La maladie de Parkinson peut avoir différentes origines : traumatiques (le cas de Cassius Clay avec destruction des récepteurs dopaminergiques). Regardez en toxicologie industrielle, le Parkinson manganique.

Et puis, il y a avait aussi simplement des récepteurs qui étaient bloqués, bloqués par des métaux lourds, par du mercure.

Je relisais notamment un livre de 1760 préfacé par Jussieu. Déjà on parlait, avant Hannemahn, du similimum puisque l'on traitait des pathologies infectieuses, importantes, avec du mercure, et notamment la syphilis qui présentait des signes semblables à ceux de l'intoxication par le mercure. Là finalement, c'est de l'homéopathie, c'est le similimum, mais malheureusement pas en doses infinitésimalement. Donc, il manquait une deuxième clé. Hannemahn l'a trouvée : l'infinitésimalité.

Plus tard, avec et grâce au Professeur Cornillot d'ailleurs, nous avons été jury d'une thèse de Madame Begué-Leblévec sur la crénothérapie et l'homéopathie. Sa thèse a été couronnée par le prix Jean Roy. Elle avait pour but d'essayer de démontrer que lorsque quelqu'un allait en milieu crénothérapique, à Uriage notamment, les sujets présentaient, tout simplement, des pathologies semblables à celles de la syphilis puisqu'ils étaient traités pour la syphilis mais par le mercure. A Uriage on traitait, disait-on, les syphilitiques par l'eau thermale d'Uriage. Or, il n'en est rien. Simplement, le souffre de l'eau d'Uriage captait le mercure permettant une meilleure élimination sous forme de sulfure de mercure. A ce moment-là, les signes d'intoxication disparaissaient. Mais comme ceux-ci étaient semblables à ceux de la pathologie, on pensait que c'était une élimination de la pathologie, la syphilis. Mais pas du tout, c'était bien une élimination de l'agent responsable d'une intoxication semblable à la pathologie, c'est-à-dire l'élimination mercurielle.

Et puis, il fallait aussi faire d'autres travaux. Nous les avons faits grâce à la Société Française d'Homéopathie et Bobigny. Nous avons fait trois mémoires sur le pont, entre la crénothérapie et l'homéopathie. Et en même temps, la chronobiologie. Finalement, cela nous permet de comprendre pourquoi un arsenicum album est aggravé entre une heure et trois heures du matin et, en même temps, aggravé, comme par hasard, par la position allongée. Et puis comme par hasard, il est amélioré vers huit heures du matin. Tiens une alternance ! Cette alternance est une alternance classique, chronobiologique puisque nous savons que vers huit heures du matin il y a un pic de

cortisol. Cependant, chez un corticodépendant, ce pic n'existe plus puisque les corticosurrénales ont une aplasie : il n'y a plus de stimulation de cortisol endogène et à ce moment-là, nous passons dans un autre système. Le premier système était un système réactif : la psore. Le second système est un système sous-réactif, c'est-à-dire, pour certains : la sycose. Et à ce moment-là, nous ne sommes plus du tout devant le même médicament à usage homéopathique. Nous sommes peut-être dans natrum sulf ; nous sommes peut-être vers thuya. Alors que le premier cas, c'était évidemment – vous l'avez reconnu – arsenicum album, ou pourquoi pas peut-être, selon son mode réactionnel, kalicarb.

Donc finalement, nous avons, en ce qui nous concerne, un autre système : nous voyons davantage le sujet qui souffre que la douleur. Nous n'avons pas les mêmes modes réactionnels quant aux modes de réalisation scientifiques de cette évaluation.

## Questions dans la salle

### Simone Brousse

Je suis à la tête d'une fédération d'associations et je suis journaliste médicale. C'est ce qui m'a permis de rentrer en rapport avec beaucoup de scientifiques, beaucoup de médecins remarquables et je dois dire que j'ai toujours été étonnée que l'on donne si peu d'importance à une découverte qui nous vient d'Allemagne et qui est celle de pouvoir tester la longueur d'ondes des organes humains (un par un) avec des chiffres et de pouvoir constater la longueur d'ondes des produits médicaux qui peuvent compenser leur déficience ou leur augmentation trop forte d'énergie. C'est ce que l'on appelle les appareils testeurs de compatibilité organe/médicament du Docteur Voll. Appareils que l'on connaît très peu en France semble-t-il puisqu'il n'y en a que deux ou trois, alors qu'ils sont utilisés non seulement en Allemagne où des centaines et des centaines de médecins les utilisent mais aussi aux Etats-Unis où ils ont fait des découvertes supplémentaires remarquables, mais également en Russie où l'on traite les cosmonautes dans l'espace grâce à ces appareils.

Je voudrais savoir si – et la réunion remarquable d'aujourd'hui nous pousse à faire avancer les choses - on ne pourrait pas prendre en considération ces appareils. Appareils dont j'ai parlé dans plusieurs livres et qui permettent justement de montrer que contrairement aux attaques dont l'homéopathie est l'objet actuellement - qui est traitée une fois de plus comme placebo – ... et qui même, dans un article récent du LANCET, fait dire que les malades qui prétendent avoir de bons résultats sont dangereux pour les autres malades parce qu'ils font croire à des idées qui ne sont pas des réalités, alors que les homéopathes pourraient se défendre remarquablement en montrant par ces appareils que des chiffres, qui ne sont pas du tout des idées mais des réalités, permettent de voir que des produits homéopathiques permettent de rétablir remarquablement l'équilibre d'un patient.

Je voudrais dire que le Docteur Schroeder qui est dans cette salle m'a fait connaître un nouvel appareil de ce type qui est absolument remarquable. Ce sont des appareils informatisés et je crois que toutes les personnes qui sont ici présentes, et surtout celles qui sont sur la scène, auraient intérêt à se renseigner. Je suis d'ailleurs à leur disposition, comme certainement le Docteur Schroeder, pour leur procurer des documents.

### Régis Glaize

Pour appuyer la thèse de mon amie Simone Brousse que je fréquente depuis 35 ans, en tant qu'astrophysicien, effectivement, je peux porter une nouvelle importante : tout est absolument vibratoire dans tous les domaines. Donc, nous sommes devant des transferts d'énergie . Mais, je voudrais ajouter que la vraie science, c'est celle qui accepte, sans comprendre, d'observer une expérience sans la juger, mais de la juger sur le résultat. Or, nous vivons dans un domaine où la science est exploitée autrement au profit du système que nous connaissons tous ici.

Ce qui est important, c'est que l'on voit ici qu'une synergie est réellement en train de s'installer pour enfin établir une relation avec tout le monde – ce monde qui souffre et qui est demandeur d'un rétablissement de santé – d'une vérité pour le thérapeute pour pouvoir appliquer ce qu'est sa méthodologie à lui, méthodologie qu'il a expérimentée, sans que l'on soit sous le couvre-chef d'un système qui s'impose, notamment en France alors qu'ailleurs en Europe, on libère les choses du point de vue des médecines dites non conventionnelles. Particulièrement en Suisse où plus de cent médecines non conventionnelles sont reconnues, remboursées par les systèmes d'assurance. J'en ai la certitude. Je suis justement sur un projet dans ce sens-là. Je peux vous dire que cela fonctionne. Même la couleur qui est l'énergie la plus subtile, qui touche vraiment les éléments les plus subtils, est remboursée par certaines compagnies d'assurance en Suisse. Je vous le dis parce que je l'ai vérifié. Je suis justement très proche des gens qui font la promotion de toutes ces énergies. Ayant moi-même provoqué 35 séminaires sur toutes les médecines non conventionnelles, je peux vous dire qu'il est en train de s'établir quelque chose de formidable.

## **Professeur Pierre Cornillot**

Je voudrais juste revenir rapidement sur une certaine réalité qui est que toutes ces pratiques sont extrêmement surveillées dans tous les pays, par tous les organismes chargés de la sécurité, de la santé, de la rigueur, ... Mais jusqu'à maintenant, la plupart de ces médecines n'ont pas véritablement su satisfaire aux exigences d'évaluation posées par les grands maîtres de l'évaluation. Je sais d'avance que certains vont dire que ce n'est pas vrai. Je répondrais tout de suite que l'évaluation sous-entend un certain nombre de règles que l'on définit pour évaluer quelque chose. Que veut-on évaluer ?

Dans les pratiques alternatives, comme il s'agit de pratiques de soins, on désire évaluer l'efficacité, identifier les indications, les contre-indications. Et évaluer les risques, la toxicité, les dangers. Et enfin, évaluer comparativement les coûts et la complexité de la mise en œuvre. Tout cela représentant un grand ensemble qu'on appellera, en gros, l'évaluation.

Il est vrai que ces médecines se sont toutes heurtées à un problème de fond : les méthodologies actuelles pour l'évaluation concernent, en gros, l'allopathie et le médicament. Dès que l'on sort de cela, on s'aperçoit que l'évaluation devient beaucoup plus difficile. Par exemple, il est évident que l'évaluation en chirurgie reste encore un poème extrêmement curieux à écrire. Lorsqu'un chirurgien fait une intervention, il ne fait pratiquement jamais deux fois la même : il fait une intervention en fonction d'une certaine situation qui sera évidemment différente de la précédente et de la suivante. Il n'y a aucune véritable possibilité de standardiser les actes chirurgicaux à quelques exceptions près, qui sont peut-être quelques interventions de chirurgie plastique ou des choses de ce genre. Mais d'une manière générale, il est bien clair qu'on ne peut pas évaluer et standardiser les actes en chirurgie comme on peut évaluer et standardiser un médicament en allopathie.

Toutes les autres pratiques dont nous parlons sont atteintes fondamentalement par ce handicap qui est que l'on n'a jamais défini pour elles la façon de les évaluer.

Nous assistons à quelque chose d'extrêmement curieux, c'est-à-dire des gens qui travaillent avec d'autres méthodes d'évaluation et qui cherchent à évaluer un « inévaluable » avec ces méthodes. On ne peut évidemment pas évaluer l'homéopathie avec les méthodes allopathiques. On ne peut évidemment pas faire un double aveugle en chirurgie !

Donc, il faut quand même bien savoir ce que l'on veut faire. Or, j'ai rencontré des gens qui proposaient de faire par exemple du double aveugle en acupuncture. Tout comme on aurait eu des gens qui feraient des fausses piqûres ! Au secours !

Cela veut simplement dire que les méthodes d'évaluation sont actuellement très insuffisantes et que le premier travail serait que les différentes médecines proposent ce qui doit être évalué dans leurs méthodes : que peut-on évaluer ? Qu'est-ce qui serait intéressant d'évaluer ?

A ce moment-là, on commencerait à avoir des choses.

Cela rejoint deux éléments importants. Le premier, c'est que l'allopathie a buté, dans l'évaluation du médicament, sur le problème de l'effet placebo. Ce problème de l'effet placebo, vous savez très bien qu'on le ressort tout le temps à propos des médecines alternatives en disant « ça n'est que du placebo ». C'est une forme d'injure dans la bouche de ceux qui le disent. C'est surtout une immense sottise. Le problème qui se pose aujourd'hui, c'est qu'au fur et à mesure que l'on essaye de comprendre l'effet placebo, on tombe sur un champ tout à fait inconnu du comportement de l'être humain qui, comme par hasard, donne de plus en plus de poids à des démarches alternatives comme celle de Hannemahn. C'est-à-dire que l'on va progressivement vers une réalité de la maladie qui est très impressionnante. La maladie, c'est la maladie que nous pouvons créer, que nous pouvons supporter. Mais la maladie ne s'importe pas avec l'agent qui la déclenche. Donc, que déclenche cet agent ? On en sait rien.

Les maladies les plus graves sont celles qui n'ont pas de signes. Je me permets de vous faire remarquer que si vous prenez le problème du SIDA ou le problème du cancer, ce sont des affections qui évoluent silencieusement pendant 10 à 15 ans sans un seul signe. C'est pour cela qu'elles sont si graves.

Nous sommes actuellement confrontés à une réalité derrière la notion de l'effet placebo qui est une réalité à l'opposé de ce que voulait défendre l'évaluation allopathique. C'est-à-dire que l'effet placebo est général pour la simple raison que la maladie est une des propriétés de l'être humain et non pas des facteurs qui la déclenchent. C'est cela qu'il faut comprendre.

Madame Eraud voulait que je vous raconte une expérience à propos de l'homéopathie mais je précise que c'est un entracte pour s'amuser : l'effet placebo a été très étudié par un certain nombre d'expérimentateurs qui voulaient comprendre quels étaient les mécanismes en cause, et comment on pouvait l'illustrer. Nous avons deux ou trois événements qui ont modifié considérablement l'approche des choses et qui ont jeté un trouble profond dans l'esprit de ceux qui les ont faites.

Une qui est tout à fait amusante, c'est la recherche de l'effet placebo en chirurgie. Vous vous rappelez peut-être la célèbre histoire des pontages coronariens et le fait que les Américains ont cherché sur plusieurs milliers de cas à déterminer quelle était la part placebo de l'intervention chirurgicale. Ils ont fait sur plusieurs milliers de cas quelque chose qui, moralement, est tout à fait choquant : ils ont fait croire à au moins deux mille personnes qu'ils les avaient opérées en ayant seulement fait une thoracotomie. Ils ont ouvert, ils ont refermé en faisant tout le protocole d'intervention pour des indications de pontage coronarien (des accidents cardiaques tout à fait recensés, répertoriés). Et puis, ils ont fait, pour un autre groupe de 1500 et 2000 personnes, l'intervention. Et puis ensuite, ils ont comparé les résultats obtenus au bout de quelques mois et ils sont arrivés à la conclusion que 75% des indications de ces plasties n'étaient pas justifiées, et qu'au bout de deux ou trois ans, que les gens aient été ou non opérés, on avait des résultats complètement comparables. Il n'est resté qu'une seule indication pour des pontages complets, avec au moins quatre connexions ... Toutes les autres indications des pontages coronariens ont été supprimées parce que l'on avait démontré qu'ils ne servaient à rien.

Cela vous montre que les Américains n'hésitent pas à faire, chez eux, des choses tout à fait répréhensibles. En effet, les gens à qui on a fait cela, on avait oublié de les prévenir.

La deuxième intervention en matière de placebo et chirurgie qui est intéressante, c'est dans une méta analyse sur l'effet placebo en chirurgie. Il y a d'autres auteurs qui ont montré que la chirurgie était l'acte médical thérapeutique qui avait le plus d'effets placebos. Cela a créé une onde complexe. J'ai eu le plaisir de citer cette référence à des collègues français il y a au moins 15 ans et ils ne s'en sont pas encore remis. Cela n'a jamais été étudié et la méta analyse qui avait été faite montrait que des cas flagrants d'intervention chirurgicale étaient suivis d'effets remarquables alors qu'on n'avait rien fait. Cela pose donc un problème de fond.

J'en ai encore beaucoup à vous raconter mais je vais m'arrêter là.

### **Agnès Gonnet, ostéopathe**

A propos de l'évaluation des médecines complémentaires, et notamment des médecines tout court, il me paraît fondamental de parler de la responsabilité du comportement des médecins et des praticiens vis-à-vis des patients. J'aimerais rapidement évoquer le Docteur Bernie Siggle qui a écrit « Message de vie ». Il y a quelques années, sortant de sa clinique après des opérations lourdes, les patients avaient peu ou prou d'adhérence cicatricielle. Ses confrères lui ont demandé pourquoi, pensant sûrement à des procédés assez sophistiqués. Il a eu cette réponse fabuleuse qui était de dire « Non pas du tout, j'apprends à mon personnel à attendre l'autorisation du corps des gens ». Il est d'ailleurs passé pour quelqu'un de fou en disant cela.

Cela me paraît fondamental parce que nous sommes dans un marché de la peur, partout, y compris dans le milieu de la médecine. En ostéopathie, on est beaucoup dans l'écoute palpatoire mais lorsque l'on écoute un patient avec la main, sans le brusquer, et on sait combien les mots peuvent tuer, on sait toute la responsabilité que peut avoir un praticien vis-à-vis de la thérapeutique.

La peur, c'est quelque chose qui me paraît très important à signaler parce que dans les évaluations de tous les outils thérapeutiques, quel que soit l'outil, s'il est fait avec amour, écoute et respect de l'autre, les résultats n'ont rien à voir. Je peux vous dire que lorsque notamment vous avez quelqu'un qui est opéré et qui est sous anesthésie générale, il paraît fondamental de savoir si toute l'équipe qui intervient est dans une bonne entente ou pas, parce que la personne qui est opérée fait éponge. Il conviendrait de parler – il faudrait peut-être que ce soit dans les programmes de la faculté de médecine et des autres structures d'enseignement médical - de la relation patient/praticien et qu'il y ait vraiment un travail personnel demandé pour tout thérapeute, pour savoir déjà pourquoi ils sont thérapeutes. Cette prise de conscience me paraît fondamentale.

Pour terminer, je peux vous dire que lorsque l'on a eu une prise de sang faite par le Docteur Augusti, on s'en souvient toute sa vie.

### **Docteur Dominique Eraud**

Vous faites appel à ce que l'on appelle la « double intime conviction » : celle du patient qui fait confiance au médecin qui va le traiter, et celle du médecin qui a confiance et qui va guérir le patient. Il est indéniable que cela existe. Comment peut-on évaluer cela ?

### **Une congressiste**

Il y a également la sophrologie avant des interventions lourdes qui démontre tout à fait que les suites postopératoires sont meilleures.

### **Docteur Dominique Eraud**

Bien sûr et je pense que l'on abonde tout à fait en ce sens. Vous imaginez tous les problèmes de l'évaluation de ce type de chose.

## **Congressiste**

Vous êtes astrophysicien. Je voudrais vous posez une question simple à laquelle je n'ai pas de réponse. Lorsque vous avez un atome, vous avez un noyau et des électrons. Qu'est-ce qu'il y a entre le noyau et les électrons ? Le néant n'existant pas, qu'est-ce qu'il y a ?

## **Régis Glaize**

Ce qui est le plus important actuellement, c'est ce que l'on appelle le subatomique. Maintenant, la physique quantique a permis à certains médecins de s'avancer dans ce domaine-là. Je pense à Régis Duteil qui n'est plus de ce monde mais il y en a d'autres qui actuellement travaillent très sérieusement dans le silence là-dessus.

Je voudrais quand même vous apporter une information qui va peut-être vous satisfaire, qui est assez étonnante. D'ailleurs, je participe au 40<sup>ème</sup> anniversaire du service d'astrophysique le 2 décembre à Saclay. Il a été dit il y a deux ans, par un de mes collègues, une chose tout à fait sensationnelle après 3,5 heures d'exposé, ... Il a fini son exposé en nous expliquant, grâce à la physique quantique – et ça on le retrouve dans toutes les traditions : on le retrouve chez des mystiques comme Sédîr ou dans les autres – qu'actuellement, on est absolument certain qu'il n'y a ni commencement ni fin. Et ceci a été dit devant un aréopage de 500 scientifiques à Saclay.

On a démontré par la physique quantique qu'il y a une naissance continue et aléatoire d'autres univers, et ceci à l'infini. J'ai pu constater le phénomène de la communication intercellulaire avec des fréquences bien précises qui sont adaptées à l'unité centrale de l'individu. Et nous tournons tout un chacun en tant qu'individu sur une fréquence qui nous est propre..

## **Jeannine Fontaine**

Je suis anesthésiste, réanimateur, cardiologue. J'ai travaillé à l'hôpital. J'ai participé aux premières greffes de rein, aux premiers cœurs poumons artificiels. J'ai été chef de service. Et je n'ai pas été entendue. J'entends parler de vibrations, d'appareil mais ce que je peux vous dire, c'est que le guérisseur n'a pas besoin d'appareil. Il sent les vibrations, il sent les accords, les désaccords. Il peut traiter sans rien dans les mains, sans rien dans les poches. Mais comme je suis médecin, je sais que nous avons des limites. Je sais aussi que nous ne sommes pas faits comme on nous le dit. J'ai entendu parler des noyaux et cela m'a fait bien plaisir. On a parlé aussi de l'invisible.

Dans 14 ouvrages, j'ai parlé de tout cela : d'énergie, d'information et je dois dire que nous n'avons pas suffisamment parlé d'information aujourd'hui.

Voilà ce que je voulais vous dire en vous précisant que je suis ravie d'entendre parler de toutes ces médecines différentes. Cela dit, je crois que nous pouvons aller plus loin et que nous devrions faire un groupe de guérisseurs, de magnétiseurs qui ont des pouvoirs. Pouvoirs qui sont des qualités qui ne sont pas explorées. C'est d'ailleurs pour cela qu'on les appelle des pouvoirs. Nous pouvons déterminer des pathologies dans un tout autre système et nous pouvons traiter dans un tout autre système.

Comme je viens de vous le dire, j'ai écrit 14 livres en 25 ans et jamais je n'ai été écoutée par mes confrères, bien qu'étant ancienne hospitalière et ayant fait partie de la Société de Cardiologie et d'autres choses encore.

## **Claude-Albert Quemoun**

Je voudrais faire une petite parenthèse pour aller dans votre sens : Jacques Benvéniste, avant son décès, avait dit dans mon laboratoire « tu sais, Albert-Claude, il y a des problèmes parce que lorsqu'un expérimentateur fait certaines expérimentations, ça marche. Et lorsqu'un autre fait la même expérimentation, ça ne marche pas ». Ceci, quand on est dans le monde infinitésimal, on peut le comprendre. Mais quand on est dans le monde pondéral, on ne peut pas.

Cette parenthèse étant faite, je voudrais vous expliquer ce que j'ai fait au sujet du Bangladesh. Il y a une vingtaine d'années, on m'avait déjà appelé pour une première constatation, c'est-à-dire une pollution de l'eau par certaines pathologies microbiennes. Ce que nous avons donc fait, c'est que nous avons isolé les substances microbiologiques. Nous les avons dynamisées. Nous les avons diluées et nous avons obtenu des résultats assez intéressants. Cela dit, il fallait évidemment aller à la source, c'est-à-dire qu'il fallait faire des puits plutôt que de laisser boire l'eau du Gange. Ce qui était évident. Les Anglais ont donc fait 1,5 millions puits. A la suite de quoi, on m'a appelé dernièrement pour voir s'il n'y avait pas une solution pour dépolluer 10 millions de personnes qui avaient été intoxiquées par l'arsenic. Et comme le disait d'ailleurs le Professeur Cornillot, quand il s'agit d'intoxication chronique, c'est insidieux, on ne se rend pas compte de l'intoxication. Au début, ils avaient des diarrhées, des vomissements mais tout le monde au Bangladesh avait des diarrhées et des vomissements car l'hygiène n'existe pratiquement pas.

Au bout de 10 ans, il y a des cancérisations, des cancérisations au niveau de la peau, des cancérisations au niveau du poumon, au niveau du cerveau, au niveau du foie. Je suis allé à l'hôpital de Dhaka et j'ai vu effectivement des gens qui étaient hospitalisés pour intoxication massive par l'arsenic.

Tenez vous bien, il y a 10 millions de personnes au Bangladesh qui ont été intoxiquées par l'arsenic ! C'est une catastrophe ! Il y en aura paraît-il, d'après les Australiens, dix autres millions d'ici peu parce que l'on ne voit que la face cachée de l'iceberg. Et croyez-moi, il est rare en toxicologie de voir des cancérisations à l'arsenic. En général, on s'en rend compte avant et on détoxique avant.

J'ai pensé qu'il fallait peut-être utiliser des dilutions infimes d'arsenicum album pour essayer de remobiliser. Mais cela n'empêche pas évidemment de s'occuper des puits. Pourquoi sont-ils pollués ?

S'ils sont pollués c'est parce qu'au départ, il y avait des puits ouverts. C'était bien parce qu'il y avait des micro-algues, des micro-végétaux qui « bouffaient » l'arsenic et qui transformaient l'arsenic minéral en arsenic organique, non biodisponible. Et puis, lorsque l'on a bouché ces puits, on a créé un milieu anaérobie. Il y a donc eu mort des algues, mort du plancton, mort des petits végétaux qui « bouffaient » l'arsenic et qui transformaient l'arsenic. Et là évidemment, il y a eu retransformation de l'arsenic organique en arsenic minéral (en valence 3 et en valence 5), et intoxication massive. Des familles entières ont été décimées.

Je me suis donc dit que l'on pouvait faire quelque chose en donnant une dilution infime de l'arsenic pour remobiliser l'arsenic. Cependant, il fallait évidemment redéboucher les puits. C'est d'ailleurs ce qu'ils font actuellement. Mais le mal est déjà fait. Il faut donc essayer également de détoxiquer.

J'ai été surpris de voir récemment, dans le quotidien du médecin, que les Indiens d'Inde avaient découvert un moyen pour détoxiquer des personnes intoxiquées par l'arsenic en leur donnant des dilutions infimes d'arsenic. 50 ans après ! Donc en France, il y a un savoir-faire mais il n'y pas de faire savoir !

## **Docteur Martine Gardenal**

Tout ce que l'on a entendu montre la difficulté de l'évaluation pour les médecines alternatives parce que lorsque l'on fait intervenir le vibratoire, lorsque l'on fait intervenir le cœur, il faudrait déjà savoir si c'est évaluable. Pour ma part, en vous entendant tous, aussi bien les quatre personnes de la table ronde que toute la salle, des questions m'interpellent. Déjà, avons-nous vraiment envie d'être évalués ?

D'autre part, faut-il être évalué ? Si oui, il faudrait d'abord définir ce que nous mettons dans le mot « évaluation » car être évalué comme l'allopathie va nous jeter contre le mur. Donc, à nous de nous définir d'abord.. Où se faire évaluer ? Comment se faire évaluer ? Avec qui dialoguer ? Comment connaître les services ou les personnes susceptibles de travailler avec nous ? Et quelles sont les personnes susceptibles de nous aider à établir cette stratégie ?

Ce sont des questions qui tournent dans ma tête depuis 20 ans. Et comme l'hôpital nous est fermé, il est difficile de pouvoir communiquer. Nous n'en avons pas les moyens mais à nous peut-être aussi d'inventer quelque chose pour pouvoir avoir nos propres systèmes et puis le faire savoir. Si on ne le fait pas savoir, on ne viendra pas nous chercher.

## **Professeur Pierre Cornillot**

Ce que dit Martine Gardenal rappelle évidemment toutes les difficultés que les médecines non officielles ont à se faire évaluer et à s'évaluer elles-mêmes. Il y a une seule raison à cela : l'évaluation coûte très cher. Dans le cas de l'allopathie et des médicaments, l'industrie pharmaceutique inclut le coût de l'évaluation dans le prix du médicament. Alors que dans toutes les pratiques dont nous parlons aujourd'hui, le coût de l'acte ne comprend pas ce que pourrait être l'évaluation. Ou alors, il faudrait que tous nos amis naturopathes, ostéopathes, homéopathes, etc, précisent à leurs clients qu'ils demandent un tarif dans lequel il y a telle somme qui va directement à un institut d'évaluation. Mais tant que nous n'avons pas une procédure de financement – et je n'en connais aucune actuellement – je ne vois pas comment nous pouvons évaluer les médecines alternatives d'une manière aussi scientifique que le reste. Nous en avons discuté maintes fois dans le cadre de la fédération et nous butons toujours sur la même chose. Il faut des fonds pour cela.

Si j'évoque le système américain, c'est parce que les Américains ont été confrontés à ce problème. C'est une solution politique qui a été adoptée. De la même façon qu'en Suisse, il y a eu un débat sur l'introduction des médecines alternatives dans les facultés de médecine et que ce sont les cantons qui avaient exigé de celles-ci qu'elles mettent l'enseignement et l'étude de ces médecines dans leur programme de recherche et de formation. Que cela ait été bien fait est une toute autre affaire, nous n'en déciderons pas aujourd'hui.

Aux Etats-Unis, je veux vous signaler que c'est le congrès, dans le cadre du National Institut Office, qui a créé très officiellement un office pour les médecines alternatives. En 1992, ils ont décidé d'obliger cet institut national de santé à créer un office sur l'évaluation des médecines alternatives. C'était une obligation. L'office était obligé de le faire. Ensuite, ils ont continué et en 1996/1997, ils l'ont même transformé dans ce qu'ils appellent aujourd'hui le NCCAM, c'est-à-dire un Centre National pour les Médecines Complémentaires et Alternatives.

Ils ont donc transformé cet office en un centre national qui dispose de crédits annuels importants. Ils ont démarré avec quelques millions de dollars et actuellement, ils en sont à plusieurs dizaines de millions de dollars par an. Et ce pour évaluer l'efficacité de ces médecines. Cet office a une pratique que nous n'avons pas en France et qui est très intéressante : cet office fait des appels d'offre à des universités et à des facultés de médecine qui acceptent

de s'impliquer dans l'étude de l'efficacité, dans quelles circonstances, pour quelles affections l'ostéopathie ou l'acupuncture se révèle être un moyen thérapeutique concurrentiel des méthodes officielles. Et ce faisant, ils ont eu des résultats extrêmement intéressants. En ce qui nous concerne, nous sommes aujourd'hui très en retard dans l'évaluation par rapport à ce qu'ils font aux Etats-Unis.

Il ne faut donc pas se tromper sur le fait que ce sont des personnes qui ont déjà 10 à 15 ans d'avance sur nous. Si vous consultez Google pour ceux que cela intéresse, vous trouverez très facilement, sur le site de la NCCAM, toute une série d'indications.

Il se trouve que par ailleurs, j'ai à m'occuper d'une évaluation d'un certain nombre d'établissements hospitaliers dans le cadre de ce que l'on appelle l'accréditation. Je veux juste préciser que la méthode employée, qui est une méthode d'origine américaine, combine deux choses : d'abord une autoévaluation par l'établissement lui-même, et ensuite des experts qui viennent, qui supervisent et qui reconrôlent l'autoévaluation pour repérer s'il y a eu des biais ou des choses de ce genre. Tout n'est pas parfait mais c'est déjà une bonne solution.

Pour revenir à ce que vous disiez, il est vrai que nous pourrions imaginer que les médecines différentes s'organisent par spécialités, par thèmes et qu'elles mettent en place un dispositif qui pourrait être accepté pour tous pour une évaluation. C'est une chose qui pourrait très bien se faire dans les pays anglo-saxons. Vous savez que chez les Français, nous avons avalé de travers le centralisme démocratique mais nous ne l'avons pas encore rendu. C'est toujours le ministère qui veut tout faire mais si nous disposions de moyens, nous pourrions le faire nous-mêmes.

La médecine hospitalière ne prend en charge qu'1,5 à 2 % des situations de maladie dans un pays. En France, l'Hôpital absorbe 50% des dépenses de santé pour traiter 1,5 à 2 % des situations. C'est donc complètement aberrant. Mais il faut dire que l'hôpital prend en charge les situations les plus graves et qu'il n'y a aucune raison que l'on ne dépense pas plus d'argent pour des situations graves que pour des situations qui sont moins graves. Donc le problème n'est pas là.

Là où l'étude américaine est intéressante, c'est qu'elle signalait que ces malades, c'est 1 % ou 1,7 % des maladies prises en charge par les hôpitaux sans justement, les affections les plus graves. Et que l'étudiant en médecine est formé à ces situations. C'est-à-dire que lorsqu'il quitte la faculté de médecine, il a vu des situations qui ne représentaient qu'1,7 % à 2 % des situations. Donc, il n'a pas vu 98 % des situations qu'il va rencontrer. Sur le plan pédagogique, c'est quelque chose d'extrêmement grave. Il ne sait pas quelle médecine il va faire, et pour quel type de malade. Tel était l'intérêt de la statistique américaine.

## **Docteur Dominique Eraud**

Il faut savoir aussi que ce même week-end, à la Corbière en Suisse, il y a un colloque qui est intitulé « Les médecines complémentaires : quelle place dans le système de soins de demain ? ». Vous voyez donc que cette question est posée, qu'elle existe.

J'ai trouvé leur synthèse très intéressante : « Le thème des médecines complémentaires évoque un ensemble mal défini qui est aussi qualifié de parallèle, d'alternatif. Quel que soit le terme employé, il englobe l'ensemble des thérapies qui ne sont pas la médecine, celle qui est enseignée à la faculté, qui fait partie intégrante des références de la société, qui a pignon sur rue, bref qui définit officiellement notre état de santé et prescrit des traitements nécessaires à la retrouver. Cette médecine est reliée à un mode de pensée dominant, qui n'a pas à se défendre, ni à prouver quoi que ce soit. Toutes ces nouveautés thérapeutiques bénéficient automatiquement d'un préavis favorable et de soutien politique. Il en va tout autrement des médecines qui n'appartiennent pas au paradigme consensuel mais qui recouvrent une large palette d'approches thérapeutiques incessamment remises en question et devant continuellement faire leurs preuves. Ce dernier point est une chance car générateur de vie, de progrès, de découvertes et d'enthousiasme. Les aléas de la politique, les implications financières, les réglementations internationales sont autant d'obstacles qui peuvent devenir des atouts parce qu'ils obligent les praticiens de ces médecines à resserrer leurs liens, à rester vigilants et à soigner toujours mieux ceux qui s'adressent à eux.

C'est une belle conclusion à notre débat.