



**HAL**  
open science

# Déremboursement de l'homéopathie : estimation des conséquences sur sa consommation, en ambulatoire, chez les patients d'Ille-et-Vilaine

Jérémie Olivier

## ► To cite this version:

Jérémie Olivier. Déremboursement de l'homéopathie : estimation des conséquences sur sa consommation, en ambulatoire, chez les patients d'Ille-et-Vilaine. Sciences du Vivant [q-bio]. 2020. dumas-03320915

**HAL Id: dumas-03320915**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03320915>**

Submitted on 16 Aug 2021

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



**UNIVERSITE  
BRETAGNE  
LOIRE**

**THÈSE D'EXERCICE / UNIVERSITÉ DE RENNES 1**

*sous le sceau de l'Université Bretagne Loire*

Thèse en vue du

**DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

présentée par

**Jérémie OLIVIER**

Né le 16/09/1991 à ANGERS

---

**Déremboursement de  
l'homéopathie :  
estimation des  
conséquences sur sa  
consommation, en  
ambulatoire, chez les  
patients d'Ille-et-Vilaine**

**Thèse soutenue à Rennes  
le 17 novembre 2020**

devant le jury composé de :

**Professeur Patrick JEGO**

PU-PH. Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie. CHU de Rennes, Faculté de médecine, Université Rennes 1

*Président du jury*

**Professeur Emmanuel OGER**

PU-PH. Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie. CHU de Rennes, Faculté de médecine, Université Rennes 1

*Juge*

**Docteur Benjamin BASTIAN**

MCF associé. Médecine générale. DMG. Faculté de médecine, Université Rennes 1

*Juge*

**Docteur Hélène BAUDRY-LAMY**

Médecine générale

*Directrice de thèse*



**UNIVERSITE  
BRETAGNE  
LOIRE**

**THÈSE D'EXERCICE / UNIVERSITÉ DE RENNES 1**

*sous le sceau de l'Université Bretagne Loire*

Thèse en vue du

**DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

présentée par

**Jérémie OLIVIER**

Né le 16/09/1991 à ANGERS

---

**Déremboursement de  
l'homéopathie :  
estimation des  
conséquences sur sa  
consommation, en  
ambulatoire, chez les  
patients d'Ille-et-Vilaine**

**Thèse soutenue à Rennes  
le 17 novembre 2020**

devant le jury composé de :

**Professeur Patrick JEGO**

PU-PH. Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie. CHU de Rennes, Faculté de médecine, Université Rennes 1

*Président du jury*

**Professeur Emmanuel OGER**

PU-PH. Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie. CHU de Rennes, Faculté de médecine, Université Rennes 1

*Juge*

**Docteur Benjamin BASTIAN**

MCF associé. Médecine générale. DMG. Faculté de médecine, Université Rennes 1

*Juge*

**Docteur Hélène BAUDRY-LAMY**

Médecine générale

*Directrice de thèse*

**PROFESSEURS DES UNIVERSITES au  
01/09/2020**

<b>NOM</b>	<b>PRENOM</b>	<b>TITRE</b>	<b>SOUS-SECTION CNU</b>
ANNE-GALIBERT	Marie-Dominique	PU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
BARDOU-JACQUET	Edouard	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BELAUD-ROTUREAU	Marc-Antoine	PU-PH	Histologie, embryologie et cytogénétique
BELLISSANT	Eric	PU-PH	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
BELOEIL	Hélène	PU-PH	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
BENDAVID	Claude	PU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
BENSALAH	Karim	PU-PH	Urologie
BEUCHEE	Alain	PU-PH	Pédiatrie
BONAN	Isabelle	PU-PH	Médecine physique et de réadaptation
BONNET	Fabrice	PU-PH	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
BOUDJEMA	Karim	PU-PH	Chirurgie viscérale et digestive
BOUGET	Jacques	Professeur Emérite	Thérapeutique-médecine de la douleur ; addictologie
BOUGUEN	Guillaume	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BRASSIER	Gilles	PU-PH	Neurochirurgie
BRETAGNE	Jean-François	Professeur Emérite	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BRISOT	Pierre	Professeur Emérite	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
CARRE	François	Professeur Emérite	Physiologie
CATTOIR	Vincent	PU-PH	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
CHALES	Gérard	Professeur Emérite	Rhumatologie
COGNÉ	Michel	PU-PH	Immunologie
CORBINEAU	Hervé	PU-PH	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
CUGGIA	Marc	PU-PH	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
DAUBERT	Claude	Professeur Emérite	Cardiologie
DAVID	Véronique	PU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
DAYAN	Jacques	Professeur Associé	Pédopsychiatrie ; addictologie
DE CREVOISIER	Renaud	PU-PH	Cancérologie ; radiothérapie
DECAUX	Olivier	PU-PH	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
DESRUES	Benoît	PU-PH	Pneumologie ; addictologie
DEUGNIER	Yves	Professeur Emérite	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
DONAL	Erwan	PU-PH	Cardiologie
DRAPIER	Dominique	PU-PH	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
DUPUY	Alain	PU-PH	Dermato-vénéréologie
ECOFFEY	Claude	PU-PH	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
EDAN	Gilles	Professeur en surnombre	Neurologie
FERRE	Jean-Christophe	PU-PH	Radiologie et imagerie médicale
FEST	Thierry	PU-PH	Hématologie ; transfusion
FLECHER	Erwan	PU-PH	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
GANDEMER	Virginie	PU-PH	Pédiatrie
GANDON	Yves	PU-PH	Radiologie et imagerie médicale
GANGNEUX	Jean-Pierre	PU-PH	Parasitologie et mycologie
GARIN	Etienne	PU-PH	Biophysique et médecine nucléaire
GARLANTEZEC	Ronan	PU-PH	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GAUVRIT	Jean-Yves	PU-PH	Radiologie et imagerie médicale
GODEY	Benoît	PU-PH	Oto-rhino-laryngologie
GUGGENBUHL	Pascal	PU-PH	Rhumatologie
		PU-PH	
		Professeur Emérite au	
		01/11/2020	
GUILLE	François		Urologie
GUYADER	Dominique	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
HAEGELEN	Claire	PU-PH	Anatomie
HOUOT	Roch	PU-PH	Hématologie ; transfusion
JEGO	Patrick	PU-PH	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
JEGOUX	Franck	PU-PH	Oto-rhino-laryngologie
JOUNEAU	Stéphane	PU-PH	Pneumologie ; addictologie
KAYAL	Samer	PU-PH	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LAMY DE LA CHAPELLE	Thierry	PU-PH	Hématologie ; transfusion

LAVIOLLE	Bruno	PU-PH	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
LAVOUE	Vincent	PU-PH	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LE BRETON	Hervé	PU-PH	Cardiologie
LE TULZO	Yves	PU-PH	Médecine intensive-réanimation
LECLERCQ	Christophe	PU-PH	Cardiologie
LEDERLIN	Mathieu	PU-PH	Radiologie et imagerie médicale
LEGUERRIER	Alain	Professeur Emérite	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
LE JEUNE	Florence	PU-PH	Biophysique et médecine nucléaire
LEVEQUE	Jean	PU-PH	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LIEVRE	Astrid	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
MABO	Philippe	PU-PH	Cardiologie
MAHE	Guillaume	PU-PH	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
MALLEDANT	Yannick	Professeur Emérite	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
MATHIEU-SANQUER	Romain	PU-PH	Urologie
MENER	Eric	Professeur associé	Médecine générale
MICHELET	Christian	Professeur Emérite	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
MOIRAND	Romain	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
MORANDI	Xavier	PU-PH	Anatomie
MOREL	Vincent	Professeur associé	Médecine palliative
MOSSER	Jean	PU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
MOURIAUX	Frédéric	PU-PH	Ophthalmologie
MYHIE	Didier	Professeur associé	Médecine générale
NAUDET	Florian	PU-PH	Thérapeutique-médecine de la douleur ; addictologie
ODENT	Sylvie	PU-PH	Génétique
OGER	Emmanuel	PU-PH	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PARIS	Christophe	PU-PH	Médecine et santé au travail
PERDRIGER	Aleth	PU-PH	Rhumatologie
PESCHANSKY	Nicolas	Professeur Associé	Médecine d'urgence
PLADYS	Patrick	PU-PH	Pédiatrie
RAVEL	Célia	PU-PH	Histologie, embryologie et cytogénétique
RENAUT	Pierric	Professeur associé	Médecine générale
REVEST	Matthieu	PU-PH	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
RIFFAUD	Laurent	PU-PH	Neurochirurgie
RIOUX-LECLERCQ	Nathalie	PU-PH	Anatomie et cytologie pathologiques
ROBERT-GANGNEUX	Florence	PU-PH	Parasitologie et mycologie
ROPARS	Mickaël	PU-PH PU-PH	Chirurgie orthopédique et traumatologique
SAINT-JALMES	Hervé	Professeur Emérite au 01/12/2020	Biophysique et médecine nucléaire
SAULEAU	Paul	PU-PH	Physiologie
SCHNELL	Frédéric	PU-PH	Physiologie
SEGUIN	Philippe	PU-PH	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
SIPROUDHIS	Laurent	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
SOMME	Dominique	PU-PH	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
SOULAT	Louis	Professeur associé	Médecine d'urgence
SULPICE	Laurent	PU-PH	Chirurgie viscérale et digestive
TADIE	Jean Marc	PU-PH	Médecine intensive-réanimation
TARTE	Karin	PU-PH	Immunologie
TATTEVIN	Pierre	PU-PH	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
THIBAUT	Ronan	PU-PH	Nutrition
THIBAUT	Vincent	PU-PH PU-PH	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
THOMAZEAU	Hervé	Professeur Emérite au 01/11/2020	Chirurgie orthopédique et traumatologique
TORDJMAN	Sylvie	PU-PH	Pédopsychiatrie ; addictologie
VERHOYE	Jean-Philippe	PU-PH	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
VERIN	Marc	PU-PH	Neurologie
VIEL	Jean-François	PU-PH	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
VIGNEAU	Cécile	PU-PH	Néphrologie
VIOLAS	Philippe	PU-PH	Chirurgie infantile

WATIER	Eric	PU-PH	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
WODEY	Eric	PU-PH	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire

**MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES  
au 01/09/2020**

<b>NOM</b>	<b>PRENOM</b>	<b>TITRE</b>	<b>SOUS-SECTION CNU</b>
ALLORY	Emmanuel	MCF associé	Médecine générale
AME	Patricia	MCU-PH	Immunologie
AMIOT	Laurence	MCU-PH	Hématologie ; transfusion
ANSELM	Amédéo	MCU-PH	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
ARNAUD	Alexis	MCU-PH	Chirurgie infantile
BANATRE	Agnès	MCF associé	Médecine générale
BASTIAN	Benjamin	MCF associé	Médecine générale
BEGUE	Jean Marc	MCU-PH	Physiologie
BERTHEUIL	Nicolas	MCU-PH	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
BROCHARD	Charlène	MCU-PH	Physiologie
CABILLIC	Florian	MCU-PH	Biologie cellulaire
CASTELLI	Joël	MCU-PH	Cancérologie ; radiothérapie
CAUBET	Alain	MCU-PH	Médecine et santé au travail
CHAPRON	Anthony	MCF	Médecine générale
CHHOR-QUENIART	Sidonie	MCF associé	Médecine générale
CORVOL	Aline	MCU-PH	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
DE TAYRAC	Marie	MCU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
DEGEILH	Brigitte	MCU-PH	Parasitologie et mycologie
DROITCOURT	Catherine	MCU-PH	Dermato-vénéréologie
DUBOURG	Christèle	MCU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
DUGAY	Frédéric	MCU-PH	Histologie, embryologie et cytogénétique
EDELINE	Julien	MCU-PH	Cancérologie ; radiothérapie
FIQUET	Laure	MCF associé	Médecine générale
GOUIN épouse THIBAUT	Isabelle	MCU-PH	Hématologie ; transfusion
GUILLET	Benoît	MCU-PH	Hématologie ; transfusion
JAILLARD	Sylvie	MCU-PH	Histologie, embryologie et cytogénétique
KALADJI	Adrien	MCU-PH	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
KAMMERER-JACQUET	Solène-Florence	MCU-PH	Anatomie et cytologie pathologiques
LAVENU	Audrey	MCF	sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé
LE GALL	François	MCU-PH	Anatomie et cytologie pathologiques
LEMAITRE	Florian	MCU-PH	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MARTINS	Pédro Raphaël	MCU-PH	Cardiologie
MENARD	Cédric	MCU-PH	Immunologie
MICHEL	Laure	MCU-PH	Neurologie
MOREAU	Caroline	MCU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
MOUSSOUNI	Fouzia	MCF	Informatique
NYANGO TIMOH	Krystel	MCU-PH	Anatomie
PANGAULT	Céline	MCU-PH	Hématologie ; transfusion
ROBERT	Gabriel	MCU-PH	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
TURLIN	Bruno	MCU-PH	Anatomie et cytologie pathologiques
VERDIER épouse LORNE	Marie-Clémence	MCU-PH	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
ZIELINSKI	Agata	MCF	Philosophie

## Remerciements

À Monsieur le Professeur Patrick JEGO, Professeur des Universités – Praticien Hospitalier en médecine interne, gériatrie et biologie du vieillissement, addictologie, CHU de Rennes. Vous me faites l'honneur de présider ce jury, recevez mes sincères remerciements et l'assurance de mes profonds respect et considération.

À Monsieur le Professeur Emmanuel OGER, Professeur des Universités – Praticien Hospitalier en pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique, addictologie, CHU de Rennes. Vous me faites l'honneur d'examiner ce travail, recevez à cette occasion toute ma considération et mes sincères remerciements.

À Monsieur le Docteur Benjamin BASTIAN, Maître de Conférence Associé, Médecin généraliste à Tremblay. Vous me faites l'honneur de juger ce travail, recevez mes sincères remerciements.

À Madame le Docteur Hélène BAUDRY-LAMY, Médecin généraliste à Damgan. Merci de votre accompagnement pendant mon internat et d'avoir accepté de diriger ce travail.

À tous les professionnels de santé qui ont participé au recueil des adresses email auprès des patients, recevez mes profonds remerciements.

À Claire, pour son soutien pendant mon internat, pour son aide précieuse et son implication au cours de ce travail. Je te remercie du fond du cœur.

À ma famille, qui a su me pousser dans les moments difficiles, tout au long de ces études, et sans qui je n'aurais pas pu arriver là aujourd'hui. À l'attention qu'ils ont porté à la relecture de ce travail, merci.

À mes amis. Ceux de Cholet, qui m'ont suivi depuis mon plus jeune âge à travers ces différentes étapes, qui m'ont accompagné dans diverses aventures. À ceux d'Angers, avec qui j'ai partagé cette première année qui nous aura soudé ensemble, à ceux que j'ai rencontré au long de l'externat et avec qui j'ai pu partager des expériences formidables, ici et ailleurs. À mes amis Malouins, présents du début de l'internat jusqu'à ce jour. À mes amis Briochins, toujours prêts à m'accompagner dans la passion des Rouges et Noirs. Merci.



## Table des matières

Introduction .....	8
Méthode .....	10
Résultats .....	12
1. Population de l'échantillon.....	12
2. Déremboursement de l'homéopathie et estimation des conséquences sur sa consommation.....	16
Discussion.....	20
1. Rappel historique.....	20
2. Définition .....	21
3. Caractéristiques de la population étudiée.....	22
4. Résultat principal et implication .....	23
5. Forces et faiblesses .....	25
6. Ouverture .....	27
Conclusion .....	29
Références bibliographiques .....	30
Abréviations .....	34
Annexes .....	35
Annexe 1. Modèle du questionnaire .....	35

## Illustrations

Figure 1 : Population analysée.....	11
Figure 2 : Répartition des catégories d'âge.....	11
Figure 3 : Déclaration de modification de la consommation d'homéopathie après son déremboursement.....	15
Figure 4 : Déclaration de modification de la consommation médicamenteuse après déremboursement de l'homéopathie.....	16
Tableau 1 : Caractéristiques de la population analysée.....	13
Tableau 2 : Caractéristiques de la population analysée (suite).....	14
Tableau 3 : Liens entre les caractéristiques de la population et la consommation d'homéopathie après déremboursement de cette dernière.....	17
Tableau 4 : Liens entre les caractéristiques de la population et la consommation d'homéopathie après déremboursement de cette dernière (suite).....	18

## Introduction

En mars 2018, 124 professionnels de santé issus du collectif FakeMed publiaient une tribune dans un quotidien national. Leur revendication ? Un déremboursement des médicaments issus de disciplines refusant leur évaluation scientifique rigoureuse.<sup>1</sup> En effet, l'homéopathie, méthode thérapeutique reposant sur le principe de similitude, contrairement aux autres médicaments dits conventionnels, n'a jamais eu à faire preuve de son efficacité pour obtenir une Autorisation de Mise sur le Marché.<sup>2</sup> Pourtant, aucune étude clinique bien conduite n'a pu mettre en évidence un effet spécifique de l'homéopathie en comparaison à un placebo à ce jour.<sup>3</sup> A l'heure de l'*Evidence Based Medicine*, ces faits interrogent. Mais la réalité est plus complexe. L'étude transversale EPI 3 publiée en 2012 semble montrer qu'un patient soigné pour une pathologie d'origine musculosquelettique par un médecin homéopathe aura la même évolution clinique qu'un patient soigné par un médecin conventionnel et ce, en consommant moitié moins d'Anti Inflammatoires Non Stéroïdiens.<sup>4</sup> Une étude de 2015, reprenant la même base de données, va encore plus loin. Elle met en évidence qu'une consultation chez un médecin homéopathe aurait un coût moins important qu'une consultation chez un médecin conventionnel, avec des économies de l'ordre de 20% pour l'Assurance Maladie.<sup>5</sup>

Il convient, dans un tel contexte, de s'intéresser aux conséquences d'un déremboursement de l'homéopathie. Lorsque le remboursement de cette dernière a été abaissé de 65% à 35% en 2004, puis à 30% en 2011, la consommation régulière d'homéopathie par les Français n'a pas pour autant diminué. Au contraire, les sondages Ipsos montrent une progression de la consommation régulière de 39% en 2004 à 58% en 2018.<sup>6,7</sup>

Cependant, le 28 juin 2019, l'HAS s'est finalement prononcée en faveur du déremboursement total de l'homéopathie à l'horizon 2021. Si on conviendra facilement d'un point de vue financier que le déremboursement de l'homéopathie permettra d'économiser les 126 millions d'euros qui lui sont habituellement attribués, il est plus difficile d'évaluer la survenue de nouvelles dépenses, consécutives au déremboursement. En effet, une des hypothèses évoquées par les associations de médecins homéopathes, au cours du débat sur le déremboursement, a été qu'une suppression totale du remboursement de l'homéopathie devrait amener des patients à consommer des médicaments conventionnels, remboursés, à la place de médicaments homéopathiques. On pourrait alors imaginer que le coût de ces médicaments viendrait s'ajouter aux dépenses de l'Assurance Maladie et donc minimiser les économies attendues par le déremboursement. En imaginant qu'une augmentation de la consommation des médicaments conventionnels ait effectivement lieu, on pourrait même aller jusqu'à évoquer une majoration d'effets indésirables secondaires (ce dont les traitements homéopathiques semblent dépourvus), et donc l'apparition d'une dépense supplémentaire pour l'Assurance

Maladie, ainsi qu'une multiplication des consultations médicales pour des pathologies majoritairement bénignes.

L'objectif principal de cette étude est d'estimer les conséquences du déremboursement de l'homéopathie sur la consommation de cette dernière, en ambulatoire, chez les patients d'Ille-et-Vilaine. Au vu des caractéristiques de la population consommatrice d'homéopathie (en majorité des femmes, de catégorie d'âge élevée, ayant fait des études supérieures, globalement en meilleur état de santé que le reste de la population), on s'attend à ce que le déremboursement total de l'homéopathie n'ait pas de conséquences significatives sur sa consommation par les patients qui l'utilisent habituellement. Un des objectifs secondaires sera d'évaluer une éventuelle modification de la consommation d'homéopathie si le prix de cette dernière venait à augmenter de 50%, en se basant sur les variations de prix des spécialités déremboursées par le passé.<sup>8,9</sup>

## Méthode

Il s'agit d'une étude quantitative, épidémiologique, isolée, transversale, observationnelle et descriptive. La population étudiée était celle des hommes et femmes de plus de 18 ans, ayant consommé au moins une spécialité homéopathique dans l'année précédant leur réponse au questionnaire, dans le département d'Ille-et-Vilaine. Le recueil a été effectué via un questionnaire en ligne (Annexe 1) à l'aide du logiciel Limesurvey qui garantissait la protection des données recueillies. Pour ce faire, il a fallu obtenir les adresses email de patients présentant les critères d'inclusions décrits plus haut, avec leur accord.

Dans un premier temps, il a été proposé à des médecins généralistes et à des médecins généralistes homéopathes sélectionnés au hasard de poser la question suivante : « avez-vous utilisé un traitement homéopathique au cours de l'année ? » aux patients rencontrés au cours de leurs consultations, et ce, sur une ou plusieurs journées. Si le patient répondait « non » à cette question il n'était pas inclus. Si le patient répondait oui, on lui demandait s'il acceptait, ou non, de partager son adresse mail pour recevoir un questionnaire en ligne. Si le patient acceptait, l'adresse email était alors recueillie par le médecin dans une grille prévue à cet effet puis retournée en mains propres, par email ou par voie postale, à l'auteur, afin d'être par la suite utilisée pour pouvoir partager le questionnaire avec le patient, via Limesurvey.

Dans un second temps, un recueil a été effectué au sein d'officines sélectionnées au hasard, selon la méthode suivante. Il était proposé au pharmacien de poser la question : « acceptez-vous de recevoir un questionnaire en ligne sur le déremboursement de l'homéopathie ? » à chaque patient majeur rencontré en officine pour un achat d'homéopathie, avec ou sans ordonnance. Les adresses email étaient alors recueillies selon la même méthode que celle citée initialement.

La période de recueil s'est déroulée d'avril à septembre 2020.

Les données recueillies étaient confidentielles et ce travail a bénéficié de l'avis favorable du comité d'éthique du CHU de Rennes à l'unanimité.

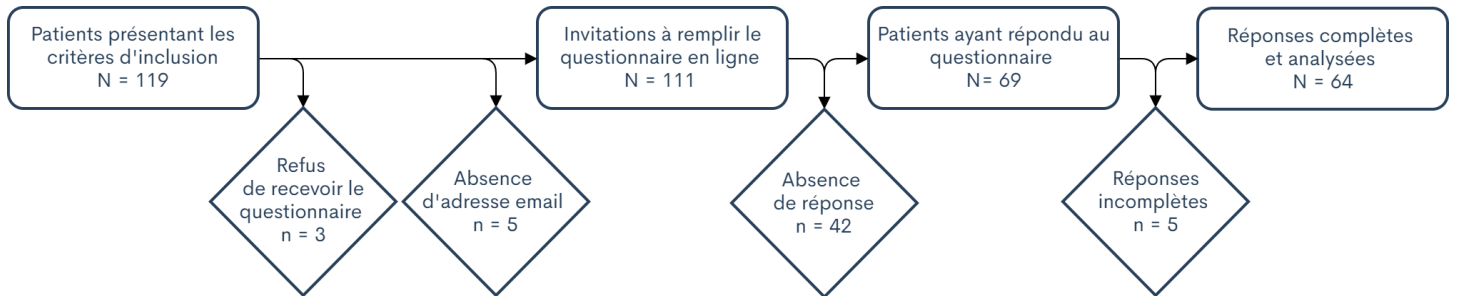
Le logiciel Limesurvey a été utilisé pour établir le questionnaire, gérer les adresses email et le contact avec les participants. Puis pour recueillir les différentes réponses et extraire la base de données nécessaire à l'analyse statistique.

Le critère de jugement principal de cette étude était la déclaration par les patients interrogés d'une modification de leur consommation d'homéopathie à l'issue du déremboursement total de cette dernière en 2021.

Les analyses statistiques ont été effectuées à l'aide du logiciel RCommander. Les tests du Chi-deux et test exact de Fischer ont été utilisés en fonction des effectifs théoriques pour comparer les différentes variables qualitatives. Le seuil de significativité retenu était de 5% ( $p$ -value < 0,05).

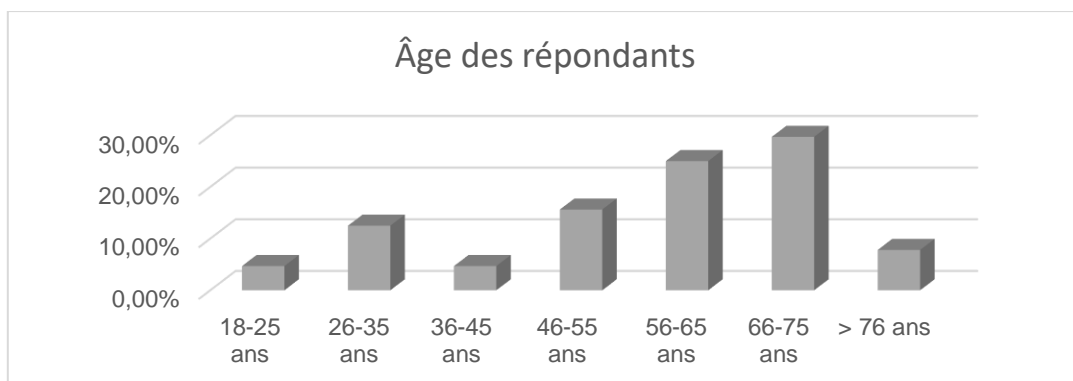
# Résultats

## 1. Population de l'échantillon



**Figure 1. Population analysée**

Un total de 111 adresses email de patients ayant consommé de l'homéopathie dans l'année a été recueilli en 6 mois. Quarante-vingt-dix-sept adresses email ont été recueillies suivant la première méthode, auprès des médecins généralistes et médecins généralistes homéopathes sollicités. Quatorze adresses email ont été recueillies suivant la deuxième méthode, auprès des officines sélectionnées. L'analyse a finalement porté sur 64 questionnaires (figure 1), soit 53,78% des patients qui présentaient les critères d'inclusion, avec un taux de réponse de 57,66%.



**Figure 2. Répartition des catégories d'âge**

L'analyse de la population a retrouvé en grande majorité des femmes (85,9%). Les catégories d'âge les plus représentées étaient celles des 56-65 ans (25%) et des 66-75 ans (29,69%). On retiendra que 62,5% de la population étudiée avait plus de 55 ans (figure 2).

Suivant cette logique, la catégorie socioprofessionnelle la plus représentée était celle des retraités avec 43,75% des répondants. On notera l'absence d'ouvriers dans la population étudiée.

Du point de vue de la prise en charge complémentaire des patients, les mutuelles privées arrivaient largement en tête (93,76%) avec une faible représentation de patients bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS (3,12%).

Sur le plan de la fréquence d'utilisation de l'homéopathie, un regroupement des catégories d'âge ( $\leq 55$  ans VS  $\geq 56$  ans) a permis de mettre en évidence une différence significative en fonction de ces deux critères, à savoir que les patients de plus de 55 ans consommaient de l'homéopathie de façon plus régulière ( $p < 0,01$ ) que ceux de moins de 55 ans.

L'achat de l'homéopathie s'était fait en majorité sur prescription médicale, dans 67,19% des cas. Cette prescription avait pour origine un médecin généraliste homéopathe, dans 79,07% des cas (le terme de médecin homéopathe n'est plus officiellement reconnu, il a été utilisé dans cette étude pour faciliter la compréhension des patients).

La population étudiée était très utilisatrice d'autres traitements alternatifs (82,81%), avec un recours à l'ostéopathie pour 60,94% des répondants, à la phytothérapie pour 45,31% des répondants et à l'acupuncture pour 34,38% des répondants.

Les principaux symptômes à l'origine d'un recours à l'homéopathie étaient dans l'ordre, la rhinite (54,69%), les contusions (48,44%), un état anxieux et/ou des troubles du sommeil (45,31%), un état grippal (43,75%) et des troubles digestifs (39,06%). La catégorie de réponse « autre » à cette question regroupait des symptômes très variés, nous citerons de façon aléatoire « jambes lourdes », « herpès », « hypothyroïdie », « dilatation des bronches », « ostéoporose », « hypercholestérolémie », et même « nodules » et « cancer ».

Dans la population interrogée, les parents en âge de proposer un traitement homéopathique à leurs enfants étaient 86,95% à déclarer l'avoir fait dans l'année.

Enfin, le principal avantage à utiliser un traitement homéopathique était pour 43,75% des patients le fait que ce dernier soit plus naturel que les médicaments conventionnels, pour 31,25% des patients son efficacité, pour 17,19% l'absence d'effets secondaires et pour 7,81% le fait que chaque granule puisse traiter un symptôme spécifique.

**Tableau 1. Caractéristiques de la population analysée**

<b>Sexe</b>	
Homme	9 (14,06%)
Femme	55 (85,94%)
<b>Catégorie d'âge</b>	
18-25 ans	3 (4,69%)
26-35 ans	8 (12,50%)
36-45 ans	3 (4,69%)
46-55 ans	10 (15,63%)
56-65 ans	16 (25,00%)
66-75 ans	19 (29,69%)
> 76 ans	5 (7,81%)
<b>Catégorie socioprofessionnelle</b>	
Étudiant	1 (1,56%)
Agriculteur exploitant	0 (0,00%)
Artisan, commerçant, chef d'entreprise	2 (3,13%)
Cadre, professions intellectuelles supérieures	10 (15,63%)
Professions intermédiaires	6 (9,38%)
Employé	11 (17,19%)
Ouvrier	0 (0,00%)
Sans activité professionnelle	4 (6,25%)
Retraité	28 (43,75%)
Autre	2 (3,13%)
<b>Prise en charge complémentaire</b>	
Privée	60 (93,76%)
CMU-C	1 (1,56%)
ACS	1 (1,56%)
AME	0 (0,00%)
Aucune	2 (3,13%)

Variables qualitatives : effectif total et effectifs (%) pour chaque modalité

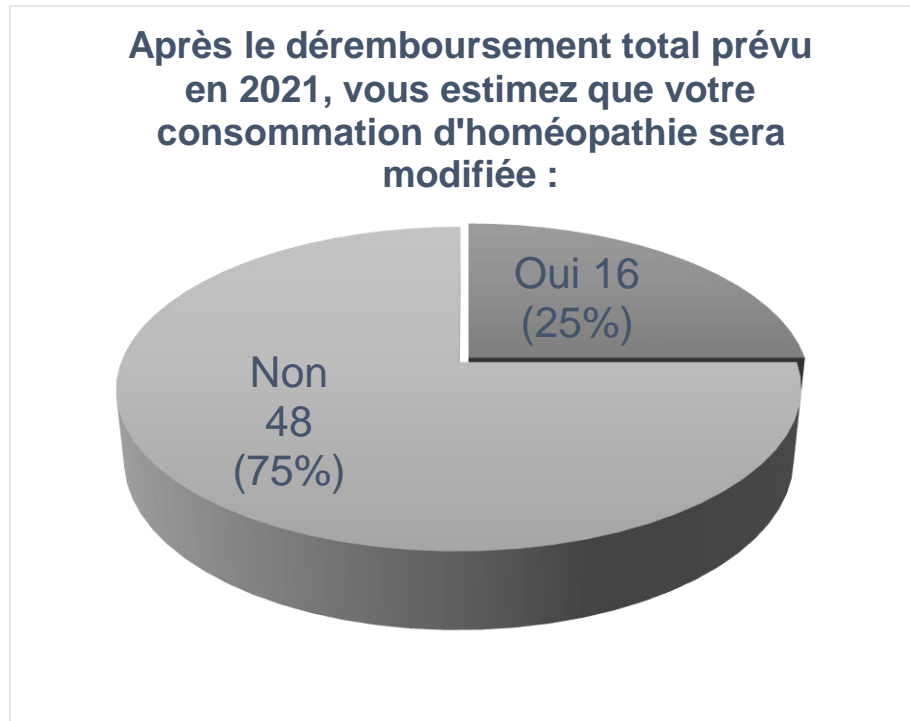


**Tableau 2. Caractéristiques de la population analysée (suite)**

<b>Fréquence d'utilisation de l'homéopathie</b>	
Tous les jours	20 (31,25%)
Plusieurs fois par semaine	6 (9,38%)
Plusieurs fois par mois	11 (17,19%)
Plusieurs fois par an	23 (35,94%)
Une fois par an	4 (6,25%)
<b>Ordonnance</b>	
Avec	43 (67,19%)
Sans	21 (32,81%)
<b>Prescripteur (dans le cas où le patient a utilisé une ordonnance)</b>	
Médecin généraliste	5 (11,63%)
Médecin généraliste homéopathe	34 (79,07%)
Autre médecin spécialiste	2 (4,65%)
Sage-femme	2 (4,65%)
<b>Utilisation d'autres traitements alternatifs</b>	
Phytothérapie	29 (45,31%)
Acupuncture	22 (34,38%)
Hypnose	5 (7,81%)
Ostéopathie	39 (60,94%)
Étiopathie	4 (6,25%)
Mésothérapie	1 (1,56%)
Autre	2 (3,13%)
Non concerné	11 (17,19%)
<b>Symptômes à l'origine d'un recours à l'homéopathie</b>	
État anxieux, troubles du sommeil	29 (45,31%)
Fatigue musculaire, crampes, courbatures	20 (31,25%)
État grippal	28 (43,75%)
Troubles digestifs	25 (39,06%)
Toux	17 (26,56%)
Mal des transports	6 (9,38%)
Douleurs dentaires du nourrisson	5 (7,81%)
Rhume, rhinites	35 (54,69%)
Extinction de voix, enrouement	6 (9,38%)
Irritations de la peau	12 (18,75%)
Bouffées de chaleur	8 (12,50%)
Hématomes, ecchymoses, contusions	31 (48,44%)
Autre	19 (29,69%)

Variables qualitatives : effectif total et effectifs (%) pour chaque modalité

## 2. Déremboursement de l'homéopathie et estimation des conséquences sur sa consommation



**Figure 3. Déclaration de modification de la consommation d'homéopathie après son déremboursement**

A la question principale de recherche, les participants ont répondu en majorité (75%) qu'ils ne modifieraient pas leurs habitudes de consommation d'homéopathie (figure 3).

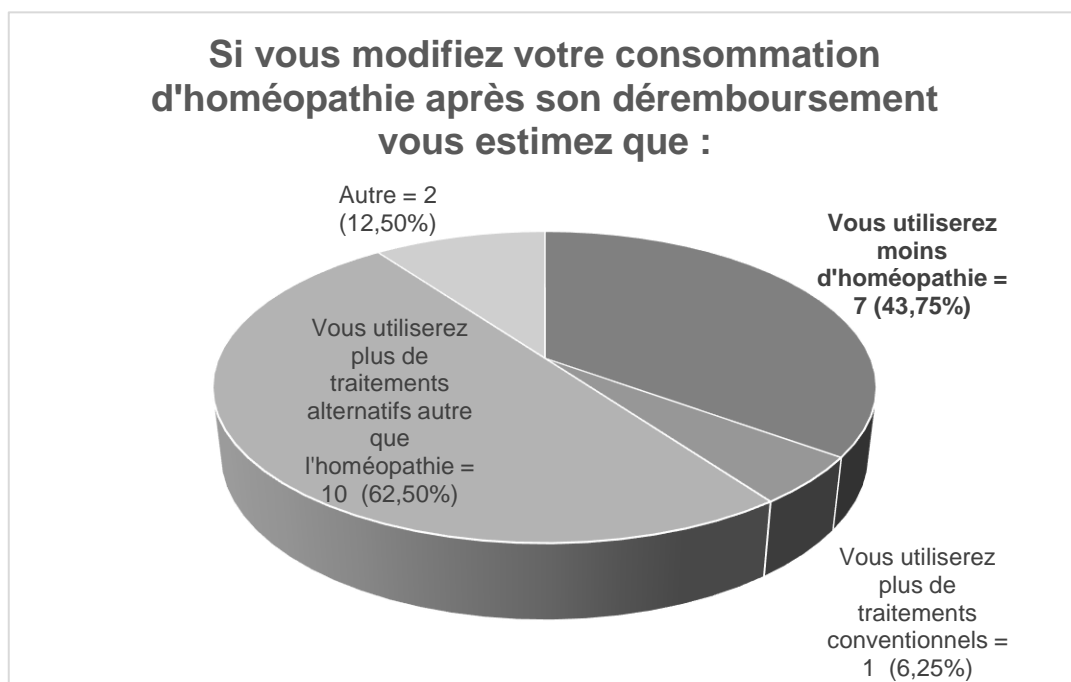
Chez les 16 patients ayant répondu qu'ils modifieraient leurs habitudes de consommation, on retrouvait 43,75% de patients déclarant qu'ils allaient moins utiliser d'homéopathie, ce qui équivaut à 10,84% sur le nombre total de patients ayant répondu au questionnaire. Dix de ces 16 patients déclaraient qu'ils utiliseraient plus de traitements alternatifs autres que l'homéopathie. Et enfin, un seul répondant a déclaré qu'il utiliserait plus de traitements conventionnels au décours du déremboursement total de l'homéopathie.

Les tableaux 3 et 4 ci-après décrivent les liens entre les caractéristiques de la population étudiée et le critère de jugement principal (à savoir la déclaration de modification de consommation d'homéopathie après le déremboursement de cette dernière). On ne retrouvait aucune différence significative en fonction du sexe, de la catégorie d'âge, de la catégorie professionnelle, de la fréquence d'utilisation de l'homéopathie ou des habitudes d'utilisation

de cette dernière (avec ou sans ordonnance, spécialité du prescripteur). Les analyses après regroupements par classes ne retrouvaient pas non plus de différences significatives.

Une seule différence significative a été mise en évidence après analyse, il s'agissait du fait que les patients consultant un ostéopathe déclaraient plus qu'ils ne modifieraient pas leurs habitudes de consommation d'homéopathie après son déremboursement en comparaison aux patients ne consultant pas d'ostéopathe.

Un des objectifs secondaires de cette étude était d'évaluer une éventuelle modification des habitudes de consommation médicamenteuse si le prix de l'homéopathie venait à être majoré de 50%. Quarante-cinq répondants (70,31%) ont déclaré qu'ils ne modifieraient pas leurs habitudes. Onze patients (17,19%) ont déclaré qu'ils utiliseraient moins d'homéopathie. Ils étaient 16 (25%) à déclarer qu'ils utiliseraient plus d'autres traitements alternatifs et enfin 2 (3,13%) à déclarer qu'ils utiliseraient plus de traitements conventionnels, 1 patient a répondu « autre ».



**Figure 4. Déclaration de modification de la consommation médicamenteuse après déremboursement de l'homéopathie**

**Tableau 3. Liens entre les caractéristiques de la population et la consommation d'homéopathie après déremboursement de cette dernière**

Variable		Pas de modification de la consommation d'homéopathie	Modification de la consommation d'homéopathie	p-value
<b>Sexe</b>		48	16	0,68 (F)
Femme	55	42 (76,4%)	13 (23,6%)	
Homme	9	6 (66,7%)	3 (33,3%)	
<b>Âge</b>		48	16	0,60 (F)
18-25 ans	3	2 (66,7%)	1 (33,3%)	
26-35 ans	8	7 (87,5%)	1 (12,5%)	
36-45 ans	3	1 (33,3%)	2 (66,7%)	
46-55 ans	10	8 (80%)	2 (20%)	
56-65 ans	16	12 (75%)	4 (25%)	
66-75 ans	19	15 (78,9%)	4 (21,1%)	
> 75 ans	5	3 (60%)	2 (40%)	
<b>Catégorie socioprofessionnelle</b>		48	16	0,11 (F)
Artisan, commerçant, chef d'entreprise	2	1 (50%)	1 (50%)	
Cadre, professions intellectuelles supérieures	10	10 (100%)	0 (0,00%)	
Employé	11	8 (72,7%)	3 (27,3%)	
Étudiant	1	1 (100%)	0 (0,00%)	
Professions intermédiaires	6	5 (83,3%)	1 (16,7%)	
Retraité	28	20 (71,4%)	8 (28,6%)	
Sans activité professionnelle	4	1 (25%)	3 (75%)	
Autre	2	2 (100%)	0 (0,00%)	
<b>Complémentaire santé</b>		48	16	0,48 (F)
Privée	60	45 (75%)	15 (25%)	
CMU-C	1	1 (100%)	0 (0,00%)	
ACS	1	0 (0,00%)	1 (100%)	
AME	0	0 (0,00%)	0 (0,00%)	
Aucune	2	2 (100%)	0 (0,00%)	
<b>Fréquence d'utilisation</b>		48	16	0,29 (F)
Tous les jours	20	14 (70%)	6 (30%)	
Plusieurs fois par semaine	6	5 (83,3%)	1 (16,7%)	
Plusieurs fois par mois	11	6 (54,5%)	5 (45,5%)	
Plusieurs fois par an	23	20 (87%)	3 (13%)	
Une fois par an	4	3 (75%)	1 (25%)	
<b>Ordonnance</b>		48	16	0,28 (X2)
Avec	43	34 (79,1%)	9 (20,9%)	
Sans	21	14 (66,7%)	7 (33,3%)	
<b>Prescripteur</b>		34	9	0,84 (F)
Médecin généraliste	5	3 (60%)	2 (40%)	
Médecin généraliste homéopathe	34	27 (79,4%)	7 (20,6%)	
Autre médecin spécialiste	2	2 (100%)	0 (0,00%)	
Sage-femme	2	2 (100%)	0 (0,00%)	

Variables qualitatives : effectif total et effectifs (% des lignes) pour chaque modalité  
Test du Chi deux (X2), test exact de Fischer (F)

**Tableau 4. Liens entre les caractéristiques de la population et la consommation d'homéopathie après déremboursement de cette dernière (suite)**

Variable		Pas de modification de la consommation d'homéopathie	Modification de la consommation d'homéopathie	p-value
Utilisation d'autres traitements alternatifs		48	16	1 (F)
Oui	53	40 (75,5%)	13 (24,5%)	
Non	11	8 (72,7%)	3 (27,3%)	
Phytothérapie		48	16	0,66 (X2)
Oui	29	21 (72,4%)	8 (27,6%)	
Non	35	27 (77,1%)	8 (22,9%)	
Acupuncture		48	16	0,36 (X2)
Oui	22	18 (81,8%)	4 (18,2%)	
Non	42	30 (71,4%)	12 (28,6%)	
Hypnose		48	16	0,09 (F)
Oui	5	2 (40%)	3 (60%)	
Non	59	46 (78%)	13 (22%)	
Ostéopathie		48	16	0,03 (X2)
Oui	39	33 (84,6%)	6 (15,4%)	
Non	25	15 (60%)	10 (40%)	
Etiopathie		48	16	1 (F)
Oui	4	3 (75%)	1 (25%)	
Non	60	45 (75%)	15 (25%)	
Mesothérapie		48	16	1 (F)
Oui	1	1 (100%)	0 (0,00%)	
Non	63	47 (74,6%)	16 (25,4%)	
Utilisation pour les enfants		48	16	0,89 (F)
Oui	20	15 (75%)	5 (25%)	
Non	3	3 (100%)	0 (0,00%)	
Non concerné	41	30 (73,2%)	11 (26,8%)	
Principale avantage de l'homéopathie		48	16	0,44 (F)
Chaque granule peut traiter un symptôme	5	5 (100%)	0 (0,00%)	
Efficacité	20	14 (70%)	6 (30%)	
Plus naturel	28	22 (78,6%)	6 (21,4%)	
Absence d'effets secondaires	11	7 (63,6%)	4 (36,4%)	

Variables qualitatives : effectif total et effectifs (% des lignes) pour chaque modalité.  
Test du Chi deux (X2). Test exact de Fischer (F).

# Discussion

## 1. Rappel historique

Pour mieux comprendre l'histoire de l'homéopathie et les raisons de son remboursement jusqu'à présent, il convient de s'intéresser à l'histoire d'un homme : Samuel Hahnemann. Né en 1755 à Meissen, en Saxe (Allemagne), il est considéré comme le père fondateur de l'homéopathie. C'est en 1790, alors qu'il traduit le *Traité de Matière Médicale*, écrit par William Cullen, qu'il élabore une théorie sur les propriétés du Quinquina, lequel semblerait agir sur la fièvre. Il l'expérimente sur lui-même et découvre que cet arbuste, qui est censé traiter la fièvre, reproduit ce même symptôme chez une personne saine. C'est le principe de similitude, que l'on retrouve à l'origine du mot homéopathie (qui vient du grec *homoios*, « semblable », et *pathos*, « maladie »). Samuel Hahnemann écrit en 1796 son premier essai sur l'homéopathie, mais il faut attendre 1810 pour qu'il publie son ouvrage majeur : *l'Organon de l'Art de Guérir*. Dès 1820, cette pratique rencontre des opposants parmi les pharmaciens. Mais en 1830, alors qu'une épidémie de choléra sévit en Europe, Hahnemann voit juste et propose d'hydrater ses patients quand d'autres médecins les laissent à jeun (en réalité, il semblerait que cela soit l'eau utilisée pour administrer les gouttes d'homéopathie qui soient à l'origine de ce succès).<sup>10</sup> C'est à cette époque qu'Hahnemann commence à diffuser sa pensée par correspondance, notamment avec Henri De Bonneval, qui devint l'un des piliers de l'homéopathie française. On notera aussi l'influence de Sébastien Des Guidi, né à Naples puis exilé en France, dont la femme fut traitée par homéopathie, et qui diffusera le courant, notamment dans la ville de Lyon.

L'histoire du fondateur de l'homéopathie et son rapport avec la France s'accélère réellement en 1834, lorsqu'Hahnemann rencontre Marie-Mélanie D'Hervilly, qui deviendra sa seconde épouse. Il va alors pouvoir accéder aux cercles d'intellectuels parisiens et installer définitivement son influence et sa méthode dans notre pays.

Le siècle suivant sa création, l'histoire de l'homéopathie est marquée par la création de différents courants et différentes écoles de pratique qui se veulent plus ou moins liés à la pratique hahnemannienne. Mais la réelle difficulté rencontrée par l'homéopathie pour sa diffusion à grande échelle est sa fabrication. En effet, au XIX<sup>ème</sup> siècle, seuls les pharmaciens sont officiellement aptes à produire ces médicaments homéopathiques, mais au vu des difficultés liées aux hautes dilutions, beaucoup vont refuser d'être associés à cette entreprise. Les médecins homéopathes vont donc devoir produire leurs remèdes de façon illégale jusqu'en 1911, date de création par Léon Vannier et René Baudry, à Paris, de la première

pharmacie homéopathique. Il faudra ensuite attendre 1926, puis 1927, pour la création des premiers laboratoires d'homéopathie français à Annonay et à Lyon.

En 1932, le Laboratoire Central Homéopathique de France voit le jour à Paris. Il sera dirigé par les frères Henri et Jean Boiron (eux-mêmes à l'origine de la fusion des grands laboratoires d'homéopathie à Paris et à Lyon, et de la création des célèbres laboratoires Boiron en 1967). Ces laboratoires vont permettre la diffusion de l'homéopathie à grande échelle via leur productivité et la standardisation de leurs produits.

D'un point de vue légal, l'arrêté du 24 février 1939 va reconnaître officiellement les préparations homéopathiques, et l'arrêté du 21 décembre 1948 va autoriser ces préparations en tant que médicaments.

C'est finalement en 1984, sous l'impulsion de Georgina Dufoix, alors ministre des Affaires Sociales, que le remboursement de l'homéopathie est décidé. En 1997, l'Ordre des Médecins reconnaît son exercice médical.

Le 19 décembre 2003, un déremboursement partiel de l'homéopathie est décidé et passe de 65% à 35%. En 2011 un nouveau déremboursement amène ce taux à 30%.

Le 28 juin 2019, l'HAS se prononce en faveur du déremboursement total de l'homéopathie. Une première baisse du remboursement de 30% à 15% est actée en janvier 2020 et la suppression du remboursement dans son intégralité est attendue pour le 1er janvier 2021.

On notera qu'outre-Rhin, le débat sur le déremboursement des médicaments a aussi eu lieu, mais que le ministère de la Santé allemand s'est prononcé en faveur d'un maintien du remboursement, jugeant que le coût de l'homéopathie en Allemagne (0,05% des dépenses de santé contre 0,3% en France) ne justifiait pas la poursuite d'un tel débat.<sup>11</sup>

## 2. Définition

L'homéopathie repose sur trois principes fondamentaux. Le premier est la « similitude », qui est, comme cité précédemment, le principe de base.<sup>12</sup> Il est défini par Samuel Hahnemann comme « toute substance capable d'induire à des doses pondérales chez le sujet sain des symptômes pathologiques, et susceptible, à dose spécialement préparée, de faire disparaître des symptômes semblables chez le malade qui les présente ». Le deuxième principe est celui d'infinitésimalité, il s'agit de la dilution de la substance active, appelée souche, à plusieurs reprises, pour en retirer sa toxicité. Ces dilutions peuvent se faire selon la technique hahnemannienne (1 CH = 1% de la souche pour 99% d'eau) ou korsakovienne (1 K = 1% de la souche pour 99% d'eau aussi, à la différence près que le récipient est vidé avant une nouvelle dilution, et en considérant qu'il reste une partie de la solution sur les parois du

récepteur). Ces étapes de dilution doivent être systématiquement suivies de « secousses » du contenant, ceci ayant pour objectif de garder les effets pharmacologiques de la souche. C'est la « dynamisation ». Enfin, le troisième et dernier principe fondamental est l'« individualisation ». En effet, l'homéopathie se doit d'appréhender la globalité de la personne et non uniquement les symptômes liés à sa maladie.

Pour aller plus loin dans cette définition, il est intéressant d'évoquer les travaux de l'immunologiste et chercheur à l'INSERM, Jacques Benveniste. En juin 1988, le médecin et son équipe publient dans la revue *Nature* un article sur « la dégranulation des basophiles humains induite par de très hautes dilutions d'un antisérum anti-IgE ». <sup>13</sup> Cet article donne naissance à un nouveau concept, au cœur du débat sur le fondement scientifique de l'homéopathie : la « mémoire de l'eau ». Selon cette expérience, une information biologique pourrait rester active dans un liquide, même après disparition des protéines à l'origine de cette information. Cette expérience n'aura cependant jamais pu être reproduite malgré l'intérêt d'autres scientifiques de renom comme Luc Montaignier, codécouvreur du VIH et prix Nobel en 2008. <sup>14</sup>

### 3. Caractéristiques de la population étudiée

On remarque à travers les résultats de ce travail des caractéristiques déjà décrites chez les patients consommateurs d'homéopathie. <sup>15</sup> En effet, la part féminine de cette population est grandement majoritaire, et il s'agit de personnes plutôt âgées, qui sont de ce fait majoritairement retraitées. Cela pourrait être expliqué par le fait que l'espérance de vie des femmes étant plus élevée, elles sont naturellement plus présentes en consultation chez le médecin généraliste, et par extension chez le médecin généraliste homéopathe. <sup>16</sup> De plus, le suivi gynécologique nécessaire tout au long de la vie va dans le sens d'un nombre plus important de consultations pour ces dernières. <sup>17</sup> On décrit aussi un comportement préventif plus fort que pour leurs homologues masculins. Enfin, les femmes présenteraient une probabilité plus forte de souffrir d'anxiété et de troubles d'endormissements (symptômes étant souvent à l'origine d'une prise d'homéopathie dans l'échantillon de population étudié).

Les ouvriers, qui représentent habituellement 11,4% de la population générale (et 4,5% de la population féminine) n'ont pas été représentés ici. <sup>18</sup> A l'inverse, le statut de cadres et professions intellectuelles supérieures est surreprésenté, puisqu'il représente habituellement 10,1% de la population générale (et 8,2% de la population féminine). De plus, une majorité des patients déclarait une prise en charge complémentaire privée, tandis qu'une seule



personne ayant répondu au questionnaire était affiliée à la CMU. Rappelons que 7,3% de la population métropolitaine est prise en charge par cette complémentaire.<sup>19</sup> On retrouve donc dans cette population consommatrice d'homéopathie un niveau socio-professionnel plus élevé, et avec des revenus plus confortables que pour la moyenne de la population française. On retrouvait des éléments similaires dans l'étude EPI3 où la population consultant des médecins homéopathes avait une probabilité plus élevée d'avoir fait des études supérieures. Sur le plan des symptômes à l'origine d'un recours à l'homéopathie, on retrouve une forte concordance avec les spécialités homéopathiques les plus prescrites (à savoir, Arnica Montana, Influenzium, Ignatia Amara et Gelsemium Semperivens).<sup>15</sup> Ces symptômes semblent être en grande majorité bénins ou d'origine psychique (rhinite, contusions, état anxieux, troubles du sommeil, état grippal), si l'on exclue les réponses libres isolées de certains répondants. En effet, certains déclaraient prendre de l'homéopathie pour des pathologies telles que la dilatation des bronches, l'hypothyroïdie, l'ostéoporose et même un cancer (ou plus probablement la prise en charge des effets secondaires liés au traitement de ce dernier).

#### 4. Résultat principal et implication

Les résultats de cette enquête confirment l'hypothèse émise en introduction de ce travail : une majorité des patients interrogés déclarent qu'ils ne modifieront pas leurs habitudes en termes de consommation d'homéopathie à la suite du déremboursement de cette dernière. Cependant, il n'a pas été possible, dans la population étudiée, de déterminer précisément de facteur prédictif du choix de modifier ou non la consommation d'homéopathie dans les suites du déremboursement de cette dernière. L'éventualité d'une augmentation du prix de l'homéopathie après son déremboursement semble avoir des conséquences limitées sur sa consommation.

Notons que nous avons tout de même pu mettre en évidence une différence significative, concernant le fait de consulter un ostéopathe. Cela était davantage lié au fait de déclarer ne pas modifier ses habitudes de consommation d'homéopathie après son déremboursement. On retrouve de nombreux parallèles entre homéopathie et ostéopathie, ces deux pratiques étant nées au 19<sup>ème</sup> siècle et ayant suivi différents courants plus ou moins proches de leur dogme initial.<sup>20</sup> La définition de l'ostéopathie n'est pas sans rappeler le principe d'individualisation cher à l'homéopathie que nous avons évoqué plus haut : « L'ostéopathie consiste, dans une compréhension globale du patient, à prévenir, diagnostiquer et traiter manuellement les dysfonctions de la mobilité des tissus du corps humain susceptibles d'en

altérer l'état de santé ». <sup>21</sup> Les études concernant l'efficacité de l'ostéopathie font face aux mêmes difficultés que celles concernant l'homéopathie, et n'ont pas su démontrer de supériorité par rapport aux thérapeutiques conventionnelles. <sup>22</sup> De plus, on retrouve dans la littérature une comparaison des prises en charge des douleurs rachidiennes évoquant fortement l'étude EPI 3. <sup>23</sup> Là aussi, la comparaison est faite avec les AINS, et tend à montrer qu'une prise en charge ostéopathique serait moins risquée sur le plan des effets indésirables associés aux différents traitements. On peut, en ce qui concerne ce résultat, émettre l'hypothèse que des patients plus ancrés dans une prise en charge médicale alternative telle que l'ostéopathie et ayant déjà recours à des actes qui ne sont pas remboursés, vont avoir tendance, en ce qui concerne l'homéopathie, à ne pas modifier leurs habitudes après le déremboursement.

Si les réponses à notre question principale de recherche montrent qu'une majorité de patients ne modifiera pas sa consommation d'homéopathie après le déremboursement, il faut tout de même retenir qu'un quart d'entre eux déclarent une modification de leurs habitudes. Et même qu'un peu moins de la moitié de ces derniers va diminuer son utilisation de l'homéopathie. Ces changements, attendus après le déremboursement total en 2021, ne devraient pas en principe se faire ressentir d'un point de vue financier par les laboratoires qui produisent l'homéopathie. Si les spécialités homéopathiques suivent la même trajectoire que les derniers médicaments déremboursés par la Sécurité Sociale, une augmentation de leur prix devrait pouvoir combler un plus faible volume de vente.

Cependant, il convient de comparer nos résultats (qui se veulent prédictifs du comportement des consommateurs d'homéopathie après son déremboursement total) avec les observations qui ont pu être faites depuis maintenant deux ans suite à l'annonce de ce déremboursement. Premier constat, les résultats financiers du groupe BOIRON montrent une décroissance nette, et ce depuis 2018. <sup>24,25,26</sup> En effet, l'année 2018 a été marquée par une baisse des ventes d'homéopathie de l'ordre de 5,3% en France, pour le laboratoire, alors que le déremboursement n'était pas encore acté. En 2019, la baisse des ventes se poursuit avec une chute de 12,6%. Les résultats du groupe, pour la première moitié de 2020 et publiés en septembre, confirment à nouveau cette tendance, avec une baisse des ventes de 16,5% en France. Ces diminutions de vente d'homéopathie sont aussi ressenties par les pharmaciens travaillant dans les officines et ayant participé à ce travail.

Plusieurs éléments peuvent expliquer ce déclin des ventes d'homéopathie, et ce même avant son déremboursement total. L'annonce d'un éventuel déremboursement et le débat qui l'a entourée ont pu s'accompagner d'une prise de conscience vis-à-vis de l'efficacité des produits

homéopathiques, et donc, déjà en 2018 puis en 2019, d'une consommation moins importante de ces derniers. Effectivement, il a été montré que les patients consommateurs d'homéopathie ne sont pas tous bien informés de son procédé de fabrication et en consomment parfois sur proposition du médecin sans connaissance de cause.<sup>27</sup> Ensuite, le passage d'un remboursement de 30% à 15% en janvier 2020 a très probablement majoré ces baisses de vente. Nous savons notamment que de nombreuses mutuelles ne remboursent pas les spécialités ayant un service médical rendu jugé faible, certains patients ont donc déjà dû faire l'expérience d'une facturation de leur ordonnance homéopathique et agir en conséquence. Faute d'une augmentation du prix de l'homéopathie en officine auquel s'ajoute la crise économique actuelle, les baisses de bénéfices pour les laboratoires produisant de l'homéopathie devraient se poursuivre jusqu'à 2021, date à laquelle ces derniers pourront augmenter leurs prix de vente qui ne sera plus fixé par le Comité économique des produits de santé.<sup>28</sup>

Pour finir, une hypothèse pourrait expliquer la diminution de l'utilisation de l'homéopathie dans les années à venir, et ce, en laissant de côté les conséquences de son déremboursement. Nous l'avons vu, la population consommatrice régulière d'homéopathie étant plutôt âgée, voire très âgée, on peut estimer qu'elle devrait inévitablement diminuer avec le temps, et donc avec elle la consommation générale d'homéopathie. De plus, le nombre de médecins pratiquant l'homéopathie semble diminuer lui aussi et cette tendance devrait se confirmer puisque plusieurs facultés ont décidé d'arrêter l'enseignement de l'homéopathie qui était auparavant proposé en formation continue via des Diplômes Universitaires. Les prochains patients qui constitueront la catégorie des « personnes âgées », seront donc moins enclins à utiliser de l'homéopathie.

## 5. Forces et faiblesses

Une des forces de ce travail est d'être ancré dans un débat très actuel, où chaque parti défend son point de vue de façon très investie, et parfois peu objective. Il permet d'éclairer, et peut-être de comprendre un peu mieux, certains arguments qui peuvent être avancés dans ce débat.

Il s'agit d'un travail original, puisqu'il ne recherche pas à démontrer ou non l'efficacité de l'homéopathie. Ceci était d'ailleurs rappelé dans le mail que recevaient les patients pour leur demander de remplir le questionnaire en ligne. Ce travail ne propose pas non plus une

évaluation de l'homéopathie vis à vis d'un symptôme spécifique comme la plupart des travaux entrevus sur cette dernière.<sup>29,30</sup>

De plus, les caractéristiques de la population étudiée correspondent aux caractéristiques décrites dans les études déjà publiées sur l'homéopathie, ce qui rassure quant à la fiabilité des résultats, et notamment renforce l'utilité de la réponse à la question principale de recherche. Par ailleurs, le taux de réponse au questionnaire était globalement satisfaisant.

Une autre force est d'avoir pu utiliser deux méthodes de recueil. La première permettait de recueillir des données à la fois via des médecins généralistes et des médecins généralistes homéopathes. La seconde permettait un recueil directement dans les officines, avec l'aide des pharmaciens, et permettait d'atteindre une part de la population qui consulte plus rarement son médecin et se rend directement en pharmacie pour une auto-médication. On peut donc imaginer que le biais de sélection a été ainsi en partie diminué.

Cependant, ce travail présente aussi plusieurs faiblesses. Effectivement, entre mars 2018 (publication de l'article signant le début du débat sur le déremboursement de l'homéopathie), et le recueil, puis l'exploitation des données, pour la réalisation de cette étude, le déremboursement de l'homéopathie a été acté par le gouvernement. Ainsi, ce travail, qui devait à l'origine permettre d'étayer les arguments avancés au cours du débat sur le déremboursement de l'homéopathie, s'est retrouvé pris de court par l'annonce d'un déremboursement plus rapide qu'initialement imaginé (le déremboursement a été acté en juin 2019, soit seulement 15 mois après l'initiation du débat sur ce dernier). De plus, les questionnements sur l'homéopathie, qui étaient au-devant de la scène jusqu'au début de l'année 2020, se sont vu totalement éclipsés par l'apparition de la pandémie à SARS CoV2. Cette dernière a par ailleurs également différé le début de recueil des adresses email de patients, et donc leurs réponses aux questionnaires. Tout le travail de recherche qui en découlait s'est donc retrouvé freiné, puis inévitablement retardé, contrairement à la prise d'effet du déremboursement.

Le biais principal de ce travail réside dans le fait d'avoir recueilli un faible nombre de données. Il existe plusieurs explications à cela. Premièrement, les médecins généralistes non homéopathes ont en grande majorité refusé de participer au recueil de données (ils sont pourtant 95% à prescrire de l'homéopathie au moins une fois dans l'année).<sup>15</sup> Il en résulte, dans notre étude, une population consommatrice d'homéopathie principalement suivie par des médecins généralistes homéopathes. Nous savons pourtant que sur les 20 000 médecins généralistes qui prescrivent de l'homéopathie quotidiennement, seulement 4 000 déclarent

avoir une « pratique experte » en la matière et pourraient être qualifiés de médecins homéopathes.<sup>31</sup> La proportion de patients retrouvée dans l'analyse de notre population n'est alors pas représentative des utilisateurs d'homéopathie sur ce critère, dont beaucoup n'ont vraisemblablement pas pu être inclus à cause du faible taux de participation des généralistes non homéopathes. Deuxièmement, la période de recueil, entre avril et septembre 2020, correspond à un moment où la pandémie à SARS CoV2 a totalement annihilé toute autre problématique de santé publique, les médecins sollicités semblaient alors moins concernés par ce travail sur l'homéopathie (un travail sur l'hydroxychloroquine aurait certainement eu plus de succès). Enfin, la réalisation d'un questionnaire en ligne, qui devait être une force, a probablement limité la participation de certains médecins et patients, encore peu habitués à cet outil. Effectivement, la population étudiée étant plutôt âgée, le recueil en ligne n'était probablement pas le plus adapté (plusieurs patients n'ont pas pu répondre faute d'avoir une adresse email personnelle). Il s'agit là d'un biais de sélection important qui a très probablement sous-estimé la moyenne d'âge de la population utilisant de l'homéopathie. Notons que certaines adresses email n'ont pu être incluses faute d'une bonne lisibilité de l'écriture du médecin ou du pharmacien qui les avaient recueillies, à l'origine, là aussi, d'un biais de sélection.

Il existe très certainement un biais déclaratif fort dans cette étude. Les personnes consommatrices régulières d'homéopathie ont tendance à être très investies dans cette pratique. Les réponses aux questionnaires étaient parfois certainement plus de l'ordre du manifeste qu'une réponse objective vis-à-vis de leur comportement futur. Effectivement, les personnes utilisant régulièrement de l'homéopathie et de ce fait en grande majorité opposées à l'arrêt du remboursement de cette dernière ont certainement été plus nombreuses à faire l'effort de répondre à ce questionnaire. Peut-être dans l'espoir d'être simplement écoutées ou de voir leur avis pris en compte sur ce sujet qui, pour certaines, concerne leur quotidien.

## 6. Ouverture

Au vu de certaines réactions de personnes consommatrices régulières d'homéopathie à l'évocation du déremboursement de cette dernière, on peut penser qu'il serait intéressant de réaliser un travail qualitatif, avec des entretiens, pour essayer de comprendre ce qui pousse ces patients à vouloir poursuivre, à priori quoi qu'il en coûte, l'utilisation de l'homéopathie.

Une majorité de la population étudiée déclarait utiliser d'autres médecines alternatives, notamment l'ostéopathie, la phytothérapie et l'acupuncture. De plus, concernant le principal

avantage de l'homéopathie, presque la moitié des participants ont répondu qu'il s'agissait d'un « traitement plus naturel que les médicaments conventionnels », préférentiellement à « l'efficacité de l'homéopathie ». Parmi les participants qui ont déclaré qu'ils modifieraient leurs habitudes de consommation de l'homéopathie après son déremboursement, beaucoup ont signifié qu'ils majoreraient leur utilisation d'autres traitements alternatifs. On peut conclure que la diminution des baisses de vente d'homéopathie ne signifie pas pour autant une baisse de l'utilisation des médecines alternatives. Au contraire, on peut imaginer que la part du marché jusqu'alors réservée à l'homéopathie puisse se voir remplacée par la phytothérapie et aux autres traitements associés. Un travail sur cette dernière hypothèse pourrait compléter notre étude, puisqu'il existe peu de publications sur ce sujet. Des travaux existent néanmoins concernant l'ostéopathie, et constatent d'ailleurs que les professionnels de santé qui la pratiquent sont majoritairement jeunes, et que leur nombre a été multiplié par trois en l'espace de dix ans.<sup>32</sup> L'ostéopathie, contrairement au sujet principal de notre étude, semble donc avoir de beaux jours devant elle.

## Conclusion

Ce travail a permis d'estimer que trois-quarts de la population consommatrice d'homéopathie, en Ille-et-Vilaine, ne modifiera pas ses habitudes de consommation suite au déremboursement total de cette dernière. Outre cette déclaration, cette étude met en évidence un lien fort entre la consommation d'homéopathie et le recours à d'autres médecines alternatives, notamment l'ostéopathie. Pour les patients sujets à modifier leurs habitudes concernant l'homéopathie, on met en évidence une tendance à majorer la consommation des autres médecines alternatives, non remboursées, plutôt qu'à majorer l'utilisation de médicaments conventionnels.

La baisse des ventes d'homéopathie, constatée depuis maintenant deux ans, n'aurait donc pas pour seule raison son déremboursement. Notamment, la population qui en consomme de façon régulière est plutôt âgée, voire très âgée, et les médecins homéopathes voient leur démographie diminuer. L'homéopathie serait-elle amenée à disparaître ?

Enfin, rappelons que la principale force de l'homéopathie réside dans la prise en charge personnalisée et l'écoute du malade. Si le déremboursement de l'homéopathie va permettre de limiter les dépenses de santé qui lui sont liées, il ne faut pas pour autant oublier cette approche centrée sur le patient en consultation de médecine générale. Pour la prise en charge de symptômes bénins, il convient de continuer de limiter la prescription d'autres spécialités, encore remboursées, mais dont le service médical rendu est jugé faible.

## Références bibliographiques

1. L'appel de 124 professionnels de la santé contre les «médecines alternatives». Le Figaro. 18 mars 2018.
2. Décret no 98-52 du 28 janvier 1998 relatif aux conditions de la mise sur le marché des médicaments homéopathiques et modifiant le code de la santé publique (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat) – Légifrance [Internet]. [cité 14 oct 2020]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000387206/>
3. Shang A, Huwiler-Müntener K, Nartey L, Jüni P, Dörig S, Sterne JA, et al. Are the clinical effects of homoeopathy placebo effects ? Comparative study of placebo-controlled trials of homoeopathy and allopathy. The Lancet. 27 août 2005 ; 366(9487) :726-32.
4. Rossignol M, Begaud B, Engel P, Avouac B, Lert F, Rouillon F, et al. Impact of physician preferences for homeopathic or conventional medicines on patients with musculoskeletal disorders : results from the EPI3-MSD cohort : TYPES OF MEDICAL PRACTICE AND MUSCULOSKELETAL DISORDERS. Pharmacoeconomics and Drug Safety. Oct 2012 ; 21(10) :1093-101.
5. Colas A, Danno K, Tabar C, Ehreth J, Duru G. Economic impact of homeopathic practice in general medicine in France. Health Economics Review [Internet]. Déc 2015
6. Les Français et l'homéopathie. Sondage Ipsos. Février 2012. <https://www.ipsos.com/fr-fr/lhomeopathie-fait-de-plus-en-plus-dadeptes> [cité 9 mars 2019]
7. Luc Barthélémy, Zoé Desforges. Les Français et l'homéopathie. Sondage Ipsos. Novembre 2018. [https://www.ipsos.com/sites/default/files/ct/news/documents/2018-11/les\\_francais\\_et\\_lhomeopathie\\_2018.pdf](https://www.ipsos.com/sites/default/files/ct/news/documents/2018-11/les_francais_et_lhomeopathie_2018.pdf) [cité 9 mars 2019]
8. Renaud LEGAL, Claire MARBOT, Céline PILORGE (DREES). Prix des médicaments suite à leur déremboursement et concurrence en prix entre pharmacies pour la distribution des médicaments non remboursables. Comptes nationaux de la santé 2012.



9. Jean-Marc Aubert, Souphaphone Douangdara, Sabine Boulanger. Le déremboursement entraîne une hausse immédiate des ventes des médicaments non remboursables. Février 2019. Numéro 1107 <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1107.pdf> [cité 14 oct 2020]
10. Olivier FAURE, *Et Samuel Hahnemann inventa l'homéopathie. La longue histoire d'une médecine alternative*, Paris, Aubier, 2015, 396 p.
11. "Spahn will Homöopathie auf Kassenkosten nicht antasten". Spiegel. 17 Septembre 2019
12. <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/medicaments/le-circuit-du-medicament/article/les-medicaments-homeopathiques>, [cité 13 oct 2020]
13. Davenas E, Beauvais F, Amara J, Oberbaum M, Robinzon B, Miadonna A, et al. Human basophil degranulation triggered by very dilute antiserum against IgE. Nature. 30 juin 1988 ;333(6176) :816-8.
14. Montagnier L, Aïssa J, Ferris S, Montagnier J-L, Lavallée C. Electromagnetic signals are produced by aqueous nanostructures derived from bacterial DNA sequences. Interdiscip Sci Comput Life Sci. Juin 2009 ;1(2) :81-90.
15. Piolot M, Fagot J-P, Rivière S, Fagot-Campagna A, Debeugny G, Couzigou P, et al. Homeopathy in France in 2011–2012 according to reimbursements in the French national health insurance database (SNIIRAM). FAMPRJ. 28 avr 2015 ;cmv028.
16. DREES. Les consultations et visites des médecins généralistes – Un essai de typologie. 2004 ;12.
17. Aliaga C. Les femmes plus attentives à leur santé que les hommes. 2002-10
18. Population selon le sexe et la catégorie socioprofessionnelle, INSEE (Enquête Emploi, 2019), <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381478>, [cité 9 oct 2020]

19. Annuaire statistique CMU 2017 [https://www.complementaire-sante-solidaire.gouv.fr/annuaire\\_statistiques.php](https://www.complementaire-sante-solidaire.gouv.fr/annuaire_statistiques.php), [cité 9 oct 2020]
20. Intérêt de l'ostéopathie. P. Klein, Y. Lepers et W. Salem. Service d'Ostéopathie, Faculté des Sciences de la Motricité, ULB. Rev Med Brux 2011 ; 32 : 369-74
21. Jacques Tardif, Devenir Ostéopathe – Agir avec compétences, Ed SNESO, Saint Etienne, page 36, ISBN n° 978-2-9542009-0-3
22. Assendelft WJJ, Morton SC, Yu EI, Suttorp MJ, Shekelle PG : Spinal manipulative therapy for low back pain. A meta-analysis of effectiveness relative to other therapies. Ann Intern Med 2003 ; 138 : 871-81
23. V D, Wj L. A risk assessment of cervical manipulation vs. NSAIDs for the treatment of neck pain. J Manipulative Physiol Ther. 1 oct 1995 ;18(8) :530-6.
24. Reference Document 2018. <https://www.boironfinance.fr/en/financial-information/annual-reports>. [cité 14 oct 2020]
25. Registration document 2019  
[https://www.boironfinance.fr/sites/boiron\\_finances/files/2020-05/BOIRON%20URD%202019%20EN.pdf](https://www.boironfinance.fr/sites/boiron_finances/files/2020-05/BOIRON%20URD%202019%20EN.pdf) [cité 9 oct 2020]
26. 2020 half-year results,  
[https://www.boironfinance.fr/sites/boiron\\_finances/files/2020-09/GB\\_AVIS%20FINANCIER\\_RESULTATS\\_S1\\_2020.pdf](https://www.boironfinance.fr/sites/boiron_finances/files/2020-09/GB_AVIS%20FINANCIER_RESULTATS_S1_2020.pdf) [cité 9 oct 2020]
27. Turquais J. Connaissance des patients sur l'homéopathie. Influence de son utilisation sur la vaccination antigrippale. Thèse soutenue à Rennes le 14 Janvier 2020. :49.
28. <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/32medicaments/le-circuit-du-medicament/article/la-fixation-des-prix-et-du-taux-de-remboursement>, [cité 14 oct 2020]
29. Jonas WB, Linde K, Ramirez G. HOMEOPATHY AND RHEUMATIC DISEASE. Rheumatic Disease Clinics of North America. Févr 2000 ;26(1) :117-23.

30. McCarney RW, Linde K, Lasserson TJ. Homeopathy for chronic asthma. Cochrane Airways Group, éditeur. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. 26 janv 2004 [cité 15 oct 2020]
  
31. <https://www.boiron.fr/connaitre-l-homeopathie/l-homeopathie-en-France>. Données issues des industriels du médicament homéopathique. [cité 10 oct 2020]
  
32. Etude statistique du métier d'ostéopathe en 2018 – (EMOst 2018) [Internet]. [cité 14 oct 2020]. Disponible sur : <http://www.lejournal.osteopathie-recherche.fr/index.php/statistiques-sondages/emost-2018-etude-du-metier-d-osteopathe-en-2018>

## Abréviations

ACS : Aide à l'Acquisition d'une Complémentaire Santé

AINS : Anti-inflammatoire non stéroïdien

CMU : Couverture Maladie Universelle

# Annexes

## Annexe 1. Modèle du questionnaire

### **Déremboursement de l'homéopathie : estimation des conséquences sur sa consommation en ambulatoire chez les patients d'Ille-et-Vilaine.**

Madame, Monsieur,

Ce questionnaire s'adresse à vous si vous avez utilisé un traitement homéopathique au cours de l'année passée.

5 minutes suffisent à remplir ce questionnaire.

Par avance, merci de bien vouloir y consacrer un peu de votre temps.

1. Vous êtes : cochez la case correspondante (une seule réponse)

- a. Un homme
- b. Une femme
- c. Autre :

2. Votre catégorie d'âge : cochez la case correspondante (une seule réponse)

- a. 18-25 ans
- b. 26-35 ans
- c. 36-45 ans
- d. 46-55 ans
- e. 56-65 ans
- f. 66-75 ans
- g. > 76 ans

3. Votre statut : cochez la case correspondante (une seule réponse)

- a. Étudiant
- b. Agriculteur exploitant
- c. Artisan, commerçant, chef d'entreprise
- d. Cadre, professions intellectuelles supérieures
- e. Professions intermédiaires
- f. Employé
- g. Ouvrier
- h. Sans activité professionnelle
- i. Retraité
- j. Autre :

4. Vous êtes bénéficiaire d'une complémentaire santé ? cochez la case correspondante (une seule réponse)

- a. Privée (Maaf, Macif, MMA...)
- b. CMU-C

- c. ACS (A, B ou C)
  - d. AME
  - e. Aucune
  - f. Autre :
5. Vous utilisez de l'homéopathie : cochez la case correspondante (une seule réponse)
- a. Tous les jours
  - b. Plusieurs fois par semaine
  - c. Plusieurs fois par mois
  - d. Plusieurs fois par an
  - e. Une fois par an
  - f. Autre :
6. Achetez-vous ce traitement homéopathique avec ou sans ordonnance médicale ? cochez la case correspondante (une seule réponse)
- a. Avec ordonnance
  - b. Sans ordonnance (conseil du pharmacien, demande spontanée)
7. Si vous avez acheté ce traitement homéopathique avec une ordonnance : le médecin qui vous l'a prescrit était ? cochez la case correspondante (une seule réponse)
- a. Médecin généraliste
  - b. Médecin généraliste homéopathe
  - c. Autre médecin spécialiste (cardiologue, pneumologue, dermatologue, psychiatre, oncologue...)
  - d. Autre :
8. Utilisez-vous d'autres traitements alternatifs non remboursés par la Sécurité Sociale ? cochez la/ les case(s) correspondante(s) (plusieurs réponses possibles)
- a. Phytothérapie (médecine fondée sur les extraits de plantes)
  - b. Acupuncture
  - c. Hypnose
  - d. Ostéopathie
  - e. Étiopathie
  - f. Mésothérapie
  - g. Autre :
9. Après le déremboursement total de l'homéopathie prévu en 2021, estimez-vous que votre consommation d'homéopathie sera modifiée ? : cochez la case correspondante (une seule réponse)
- a. Oui
  - b. Non
10. Après le déremboursement total de l'homéopathie, vous estimez que : cochez la/ les case(s) correspondante(s) (plusieurs réponses possibles)
- a. Vous utiliserez moins d'homéopathie
  - b. Vous utiliserez plus de traitements conventionnels (Paracétamol, anti-inflammatoires, anxiolytiques...)

- c. Vous utiliserez plus de traitements alternatifs autres que l'homéopathie (hypnose, acupuncture, phytothérapie...)
- d. Autre :

11. Si le prix de vente public de l'homéopathie venait à augmenter de plus de 50% (3,50€ au lieu de 2,35€ le tube de 80 granules) suite au déremboursement total ? cochez la/ les case(s) correspondante(s) (plusieurs réponses possibles)

- a. Votre consommation de médicaments devrait rester inchangée
- b. Vous utiliserez moins d'homéopathie
- c. Vous utiliserez plus de traitements conventionnels
- d. Vous utiliserez plus de traitements alternatifs autres que l'homéopathie (hypnose, acupuncture, phytothérapie...)
- e. Autre

12. Quels sont les symptômes pour lesquels vous utilisez de préférence un traitement homéopathique ? cochez la/ les case(s) correspondante(s) (plusieurs réponses possibles)

- a. État anxieux, troubles du sommeil
- b. Fatigue musculaire, crampes, courbatures
- c. État grippal
- d. Troubles digestifs
- e. Toux
- f. Mal des transports
- g. Douleurs dentaires du nourrisson
- h. Rhume, rhinites
- i. Extinction de voix, enrouement
- j. Irritations de la peau
- k. Bouffées de chaleur
- l. Hématomes (bosses), ecchymoses (bleus), contusions
- m. Autre

13. Avez-vous utilisé un traitement homéopathique au cours de l'année passée pour votre (vos) enfant(s) ? cochez la case correspondante (une seule réponse)

- a. Oui
- b. Non
- c. Non concerné

14. Quel est pour vous le principal avantage d'un traitement homéopathique ? cochez la case correspondante (une seule réponse)

- a. Son prix
- b. L'absence d'effets secondaires
- c. Plus naturel que les médicaments conventionnels
- d. Chaque granule peut traiter un symptôme spécifique
- e. Autre

15. Vous acceptez de transmettre les données confidentielles du questionnaire ci-dessus pour la réalisation du travail de thèse de Monsieur Jérémie OLIVIER

- a. Oui

U.F.R. DE MEDECINE DE RENNES		N°
<p><b>OLIVIER Jérémie – Déremboursement de l'homéopathie : estimation des conséquences sur sa consommation, en ambulatoire, chez les patients d'Ille-et-Vilaine</b></p> <p>37 feuilles, 4 figures, 4 tableaux, 30 cm.- Thèse : Médecine ; Rennes 1; 2020 ; N°</p>		
<p><b>Résumé</b></p> <p><b>Introduction :</b> L'homéopathie, pratique basée sur le principe de similitude, n'a jusqu'à aujourd'hui jamais eu à faire preuve de son efficacité pour obtenir une autorisation de mise sur le marché. Le 28 juin 2019, la HAS s'est prononcée en faveur de son déremboursement. Les associations et laboratoires en lien avec l'homéopathie avancent qu'une majoration de consommation de médicaments conventionnels pourrait avoir lieu dans les suites du déremboursement et limiterait ainsi les économies attendues. <b>Objectifs :</b> L'objectif principal de cette étude est d'estimer la modification de consommation d'homéopathie chez les patients qui en utilisent habituellement, après le déremboursement de cette dernière, en Ille-et-Vilaine. <b>Méthode :</b> Il s'agit d'une étude quantitative, épidémiologique, transversale, observationnelle et descriptive. Nous avons utilisé le logiciel en ligne Limesurvey pour le recueil des questionnaires et le logiciel RCommander pour l'analyse des données. Le critère de jugement principal était la déclaration par les patients interrogés d'une modification de leur consommation d'homéopathie à l'issu du déremboursement total de cette dernière en 2021. <b>Résultats :</b> L'analyse a porté sur 64 questionnaires. Soixante-quinze pour cent d'entre eux déclaraient de pas modifier leur consommation d'homéopathie à l'issu de son déremboursement. La population étudiée était majoritairement féminine, âgée, et utilisatrice d'autres médecines alternatives. Le fait de consulter un ostéopathe était un facteur associé à la non-modification de son utilisation de l'homéopathie après le déremboursement. <b>Conclusion :</b> Si une majorité de patients déclarent qu'ils ne vont pas modifier leur utilisation de l'homéopathie après son déremboursement, on peut tout de même s'attendre à une baisse de consommation associant l'effet du déremboursement et des facteurs externes tels que l'âge élevé des patients utilisant le plus régulièrement de l'homéopathie, la baisse démographique du nombre de praticiens l'utilisant et la diminution du nombre de formations spécifiques à son sujet. Cependant, l'ostéopathie et les autres médecines alternatives semblent prendre le relais auprès de la population étudiée. Le fait de consommer plus de médicaments conventionnels après déremboursement de l'homéopathie n'a pas été mis en évidence.</p>		
Rubrique de classement :		MEDECINE
Mots-clés :		Homéopathie, déremboursement, médecine alternative
Mots-clés anglais MeSH :		Homeopathy, reimbursement, alternative medicine
JURY	Président :	Professeur Patrick JEGO
	Assesseurs :	Professeur Emmanuel OGER Docteur Benjamin BASTIAN Docteur Hélène BAUDRY-LAMY (directrice de thèse)