

Université Henri Poincaré Nancy 1  
Faculté de Médecine  
Ecole de Santé Publique

Université de Nancy 2  
Centre Européen Universitaire

## **LA SANTÉ AU NATUREL**

# Situation, évaluation et évolution de **la naturopathie** en France et en Europe

Mémoire présenté en vue de l'obtention du  
**Diplôme Interuniversitaire de Santé Publique**

**Mention « Politiques européennes de santé »**

Présenté par

Mr. Jean-Louis GARILLON

Année Universitaire 2001 / 2002

# 1. Sommaire

---

1.	<b>Sommaire</b>	p. 1
2.	<b>Introduction - Cadre de la recherche</b>	p. 2
3.	<b>Situation de la naturopathie :</b>	p. 3
	3.1. <b>Définitions de la naturopathie</b>	
	3.2. <b>Fondements de la naturopathie</b>	
	3.3. <b>Pratique de la naturopathie</b>	
	3.3.1. Cadre de l'exercice en France	
	3.3.2. Cadre de l'exercice en Europe	
	3.3.3. Cadre de la santé publique	
4.	<b>Evaluation des médecines complémentaires :</b>	p. 7
	4.1. <b>selon la stratégie de l'O.M.S.</b>	
	4.1.1. Politiques nationales et réglementation	
	4.1.2. Innocuité, efficacité et qualité	
	4.1.3. Accès aux soins	
	4.1.4. Usage rationnel	
	4.2. <b>selon l'Union Européenne</b>	
	4.3. <b>selon la revue de documentation internationale</b>	
5.	<b>Objectif de la recherche: les paramètres d'évaluation de la naturopathie</b>	p. 10
6.	<b>Méthode de la recherche : étude documentaire</b>	p. 10
	6.1. <b>la problématique de la terminologie</b>	
	6.2. <b>l'innocuité et le champ d'application</b>	
	6.3. <b>l'opportunité, l'efficacité et la qualité</b>	
	6.4. <b>les programmes de recherche</b>	
	6.5. <b>l'accès aux soins, l'usage rationnel et la reconnaissance</b>	
7.	<b>Résultats de la recherche</b>	p. 13
8.	<b>Discussion</b>	p. 14
9.	<b>Conclusion : évolution de la naturopathie</b>	p. 15
10.	<b>Bibliographie &amp; annexes</b>	p. 16

## 2. Introduction - Cadre de la recherche

Si « la santé publique a pour objet l'étude, la mise en œuvre et l'évaluation des actions permettant d'améliorer l'état de santé de la population. La santé communautaire implique, quant à elle, une réelle participation de la communauté à la définition de ses besoins, de ses priorités et à la réalisation des actions.» (1), il semble alors intéressant d'envisager la place des "médecines naturelles", dites "différentes", "alternatives", "douces", "écologiques", appelées "*médecines complémentaires et parallèles*" désignées par « MCP » selon l'O.M.S. et encore par "*médecines non conventionnelles*" (MNC) selon le Parlement Européen.

Longtemps qualifiées de pratiques charlatanesques par manque de fondement scientifique et de preuves d'une réelle efficacité thérapeutique (2), force est de constater depuis 1970 un véritable essor de ces « méthodes de santé », un engouement important de la part du public et un intérêt croissant du monde médical face à la demande des patients.

Entre le rejet catégorique et l'adoption sans condition de ces « pratiques », il est nécessaire de poser le problème de la validité de ces médecines complémentaires (MCP) sous l'angle de la santé publique. Ainsi de multiples questions se posent judicieusement aujourd'hui au sujet de l'intérêt et de l'avenir de chacune d'elles.

La *naturopathie* contient et met en application un grand nombre de ces conceptions et de ces techniques naturelles de santé ; elle se trouve donc au cœur de cette étude et de la problématique envisagée !

Malgré la difficulté à catégoriser les MCP, on peut schématiquement les diviser en quatre grandes branches qui composent ces pratiques dans les pays développés :

- l'acupuncture : médecine traditionnelle (d'origine chinoise) de conception énergétique caractérisée par une vision globale et dynamique de l'individu dans son environnement,
- l'homéopathie : médecine énergétique de terrain, de drainage et de réactivation organique et fonctionnelle,
- l'ostéopathie/chiropraxie/étiopathie : techniques manipulatives articulaires, vertébrales, crâniennes, viscérales, ... faisant appel à des mécanismes réflexes et tissulaires subtils,
- la *naturopathie* : conceptions et techniques d'éducation, de prévention et de soins à l'aide de méthodes naturelles et de l'hygiène vitale pour optimiser la santé intégrale de l'individu.

Cependant, à ce jour, un grand nombre de disciplines isolées revendiquent également un statut de « médecine naturelle », à l'exemple de l'auriculomédecine, de la biosynergie, de la sympathicothérapie, du drainage lymphatique, de la phytothérapie, du reiki, du yoga, de la sophrologie ou de la relaxation, soit au total plus de 200 techniques de santé... !

Le but essentiel de ce travail est de définir, à l'aide d'une information la plus exhaustive possible, tous les paramètres applicables dans l'évaluation des MCP (médecines complémentaires et parallèles) en général et de la *naturopathie* en particulier.

Grâce à cette *méta-analyse*\* conduite à partir de deux publications de référence (une récente de l'OMS et l'autre plus ancienne du Parlement européen) en comparaison avec les sources sélectionnées à l'aide d'une recherche documentaire, nous parviendrons à évaluer l'importance et la pertinence des critères à mettre en œuvre pour contribuer à l'évolution des MCP et de la *naturopathie* au sein des systèmes sanitaires nationaux et européens.

\* « Une méta-analyse est une approche structurée et organisée, analytique et synthétique de différentes études sur un sujet donné afin d'estimer une information quantitative, mais aussi d'évaluer la qualité de l'information provenant de plusieurs sources. » (3)

### 3. Situation de la *naturopathie*

#### 3.1. Définition de la *naturopathie*

Procédant d'une perception de la vie, la *naturopathie* est une branche médicale et sanitaire fondée sur *une philosophie, une science et un art de la santé* (4) qui mettent en application des méthodes tant préventives (*hygiène vitale*) que thérapeutiques (*cures naturopathiques*) faisant appel exclusivement à des *facteurs naturels* ou à des *techniques de santé*, afin de contribuer aux mécanismes physiologiques et énergétiques d'auto-régulation, d'auto-défense et d'auto-guérison, en agissant sur la cause première (*toxémie humorale et énérvation vitale*) des troubles de l'individu dans sa globalité (*holisme*) et en ne traitant que sa partie saine (5).

La *naturopathie* s'interdit d'intervenir dans toutes les urgences médicales et chirurgicales : débordements infectieux, blocage d'un organe vital, déséquilibre majeur du milieu intérieur ou du comportement, lesquelles sont du domaine exclusif de l'allopathie conventionnelle.

Outre sa fonction préventive et curative, le *naturopathe* a pour mission première une véritable *éducation à la santé*, en re-sacralisant la vie (6), en redonnant le vrai sens à la santé et à la nature (7), en informant ses patients sur la (les) cause(s) de leurs maladies et sur les moyens à mettre en œuvre pour entretenir et/ou pour recouvrer sa santé à l'aide des quatre piliers de la *naturopathie* que sont les règles de la "*vie saine*" (8) :

- une alimentation biologique et équilibrée,
- une activité physique adaptée,
- un environnement naturel ou revivifié,
- une gestion correcte du stress et des émotions.

#### 3.2. Fondements de la *naturopathie*

Répondant à l'adage d'Hippocrate : "d'abord ne pas nuire", la *naturopathie* s'énonce comme étant *une philosophie, une science et un art* en relation avec le respect de la Vie, de la Nature et de la Tradition (9) visant à apporter à l'individu un *niveau optimal de santé*.

3.2.1. La *philosophie naturopathique* (10) se fonde sur trois principes fondamentaux :

- vitalisme (énoncé des lois de la vie)
  - humorisme (énoncé des lois de la maladie)
  - naturisme (énoncé des méthodes naturelles d'hygiène vitale et de régénération)
- et sur quatre principes annexes :
- causalisme (étiologie originelle),
  - régulationisme (biocybernétique : homéo-stasie / hétéro-stasie / téléo-stasie),
  - fonctionnalisme (constitution, terrain, diathèse, comportement),
  - holisme (systémique et globalité, champs quantiques).

3.2.2. La *science naturopathique* (11) nécessite de bien connaître et de comprendre tous les bio-mécanismes physiques, chimiques, embryologiques, physiologiques, énergétiques, écologiques, psychologiques, spirituels et ontologiques qui déterminent un équilibre dynamique pour la santé humaine. Cette science se fonde sur la « tradition médicale hippocratique » dont les principes peuvent s'énoncer par :

- ⇒ l'équilibre des quatre humeurs (humorisme en naturopathie),

- ⇒ l'application des trois grandes lois fonctionnelles de la biologie :
- les contraires (allopathie moderne dont l'origine remonte à GALIEN),
  - les semblables (spagyrie de PARACELSE et homéopathie de HAHNEMANN),
  - les drainages (épurations dans toutes les médecines traditionnelles du monde),
- dont on peut schématiser le principe en affirmant que, pour tout organisme vivant, :
- l'allopathie, c'est le maximum supportable,
  - l'homéopathie, c'est le minimum efficace,
  - la naturopathie, c'est la régénération fonctionnelle et l'équilibre vital.
- ⇒ deux règles fondamentales : « d'abord, ne pas nuire » et considérer chaque malade comme un cas unique nécessitant un traitement individualisé selon sa constitution.
- ⇒ la « physis »\* ou énergie vitale : puissance naturelle spécifique à la vie (vitalisme naturopathique) se doit d'être évaluée et stimulée pour chaque individu afin d'entretenir sa santé et de combattre la(es) maladie(s) .

\* ce mot grec « physis » a engendré le nom anglais « physician » lequel signifie « médecin » en français !

3.2.3. L'*art naturopathique* (12) consiste à mettre en œuvre 10 *techniques naturelles de santé*, sorte de "clavier thérapeutique", regroupées en quatre branches essentielles :

- *nutri-cure* : aliments / plantes / vitamines, oligo-éléments, extraits divers, ... /
- *osmo-cure* : bains / gaz vitaux / radiations naturelles /
- *dynamo-cure* : exercices - manipulations / réflexes / fluides /
- *relatio-cure* : idées /

Si le clavier thérapeutique de la *naturopathie* couvre réellement plus de 200 "*techniques naturelles de soins*" (13) dans le but de contribuer au maintien et/ou au rétablissement de la santé, chacune de ces méthodes de santé relève de la conception vitaliste - humoriste qui engendra tant de débats et de conflits dans la science médicale naissante du 19<sup>ème</sup> siècle !

### 3.3. Pratique de la naturopathie

#### 3.3.1. Cadre de l'exercice en France

La profession de *naturopathe* (14) fut référencée par le Bureau International du Travail (ONU) dès 1968 dans le cadre de la classification internationale type des professions . Si cette profession est reconnue dans plusieurs pays européens, il en est autrement en France pour les "praticiens non médicalement qualifiés" (P.N.M.Q.) qui se trouvent marginalisés : dans le cadre d'un exercice libéral, le *naturopathe* est enregistré par l'Agence Pour la Création d'Entreprises (APCE), assujetti à la T.V.A. (19,6%) et inscrit à l'INSEE sous la rubrique « soins non réglementés » (code APE : 851H). La plupart des « *praticiens de santé - naturopathes* » (diplômés étrangers, européens ou nationaux) adhèrent à une association professionnelle créée en 1981 et dénommée O.M.N.E.S. (Organisation de la Médecine Naturelle et de l'Education Sanitaire) qui regroupe les praticiens agréés en organisant l'activité (respect de la charte professionnelle et du code déontologique, règlement intérieur et discipline, défense, assurances, retraite), en assurant la formation continue, en accréditant chaque année les praticiens en règle par une attestation et en les répertoriant (Registre des Naturopathes de France).

Le plus souvent en France, la naturopathie est exercée en cabinet privé et de façon libérale, mais on rencontre aussi des praticiens qui travaillent dans le cadre de structures associatives ou sous couvert de magasins de diététique commercialisant des produits biologiques, naturels et de régime qui incluent les « compléments alimentaires ».

Pour les docteurs en médecine français, le diplôme de « *naturopathe* » sanctionnant trois années de formation post-universitaire (15) à la faculté de médecine de Bobigny (Paris XIII) ne donne droit à aucun avantage particulier, pas même la mention du titre M.E.P. (médecin à exercice particulier) répondant à cette orientation.

### 3.3.2. Cadre de l'exercice dans les pays d'Europe

Selon le rapport de Mme Lara RAGNARSDÓTTIR émis par la « Commission des questions sociales, de la santé et de la famille » de l'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe en date du 11 juin 1999 et intitulé : « une approche européenne des médecines non conventionnelles », il ressort que ces médecines « font l'objet d'une reconnaissance progressive. » (16), ce que l'on peut remarquer au sein de la C.E., dont la synthèse des « législations comparées » tirée des travaux de Me Isabelle ROBARD (14) relative à la pratique des médecines non conventionnelles par des P.N.M.Q. permet d'observer à ce jour, dans la reconnaissance globale des pratiques :

- Allemagne : liberté depuis 1873. Profession de Heilpraktiker reconnue depuis 1939.
- Autriche : liberté d'exercice, profession organisée et reconnue.
- Belgique : nouvelle législation depuis avril 1999 avec reconnaissance /rapport de P.E.
- Danemark : liberté d'exercice avec des limites depuis 1970.
- Espagne : mise à l'étude d'une reconnaissance en cours.
- Finlande : liberté d'exercice avec des limites depuis 1988.
- France : absence de réglementation (sauf pour l'ostéopathie) et régime de tolérance.
- Grèce : mise à l'étude d'une reconnaissance en cours.
- Italie : mise à l'étude d'une reconnaissance en cours.
- Irlande : liberté d'exercice (droit coutumier), profession organisée et reconnue.
- Luxembourg : mise à l'étude d'une reconnaissance en cours.
- Pays-Bas : liberté d'exercice (avec des limites) depuis novembre 1993.
- Portugal : mise à l'étude d'une reconnaissance (avancée) en cours.
- Royaume-Uni : liberté d'exercice (droit coutumier), profession organisée et reconnue.
- Suède : liberté d'exercice (avec des limites) depuis 1960.

### 3.3.3. Cadre de la santé publique

Si l'on constate une évolution certaine vers un *système de santé* unique de type « européen », il s'avère utile d'étudier la place des « MCP » ou *médecines non conventionnelles* en France afin de déterminer à ces pratiques médicales un statut officiel, un cadre de formation, une structure professionnelle et une intégration sanitaire et sociale (17) qui soient en conformité avec leurs finalités préventives, curatives et éducatives. Pour ce faire, il s'agit d'uniformiser les *infrastructures sanitaires* (formation, organismes professionnels, caisses de santé, laboratoires, etc.) sur le plan européen, tout en laissant une place indispensable à chaque particularisme national dans son mode d'application.

Si le développement des ressources sanitaires, leur organisation et les prestations de soins sont parfaitement définissables, les notions de gestion et d'appui économique méritent d'être étudiées en fonction de l'apport de ces "médecines de santé" au système sanitaire. Une politique d'ouverture aux conceptions et à la pratique de la *naturopathie* doit contribuer à faire évoluer les mentalités et les comportements citoyens par le développement d'une conscience et d'une responsabilisation croissante. En effet, l'idée de la maladie entraîne souvent une attitude d'effort minimum pour maintenir son niveau de santé individuel (passivité du patient en attendant sa prise en charge éventuelle), alors que les « *bilans de santé* » pratiqués selon les techniques naturopathiques (degré de vitalité, évaluation du potentiel des fonctions vitales, évaluation des degrés de stress, équilibre acido-basique, bilan bio-électronique, imagerie séquentielle atomique, etc.) incitent et stimulent l'individu à améliorer consciemment et régulièrement son *niveau de santé*, faisant ainsi reculer le risque d'évolution pathogène.

Par ces méthodes, il deviendra possible de quantifier à plus grande échelle des *critères de bien-être et de qualité de vie* en portant une *évaluation* rigoureuse sur les risques, stratégies

ou procédures employés, ce qui est conforme aux recommandations du CCNE (Comité Consultatif National d’Ethique), 1998, n°57 (18), au « programme d’action communautaire dans le domaine de la santé publique (2001-2006) » de la Commission Européenne et aux objectifs tels que définis dans la « résolution sur le statut des médecines non conventionnelles du Parlement Européen » du 29 mai 1997 et dans les « Politiques nationales relatives à la médecine traditionnelle et à la médecine complémentaire / parallèle » de la « stratégie de l’OMS pour la Médecine Traditionnelle pour 2002 - 2005 ». Ces deux derniers documents nous serviront de matériel de référence pour une première analyse relative à la *naturopathie* en France et en Europe.

En schématisant les différences (et par conséquent l’évidente complémentarité) entre la *naturopathie* et la médecine conventionnelle allopathique dite « biomédicale », le tableau comparatif (19) ci-dessous permet d’objectiver les approches respectives :

APPROCHE NATUROPATHIQUE	APPROCHE BIOMÉDICALE
La santé est une valeur positive et une sensation de bien-être résultant de l'intégration des aspects physiologiques, psychologiques, sociaux, culturels et spirituels de l'individu.	La santé est l'absence de maladie. Elle correspond à un débalancement (ou déséquilibre) physiologique et biochimique par rapport à une norme statistique.
La douleur et la maladie tendent à être perçues comme un processus, une occasion de connaissance et de croissance.	La douleur et la maladie tendent à être perçues comme un état à éliminer.
La responsabilité de la santé tend à être partagée entre le client et le thérapeute.  Le thérapeute tend à aider le client à miser sur sa conscience de soi et à stimuler les forces positives de guérison de son organisme.	Tendance à la prise en charge par le thérapeute.  Le thérapeute tend à rester neutre au plan affectif; il tend à miser sur la technologie pour prendre la relève de l'organisme en vue de la guérison
L'intervention tend à être minimale.  Le diagnostic fait partie du traitement.  L'intervention est davantage perçue comme un art.  L'approche tend à être centrée sur le «care». (care = se soucier, assister)  L'approche tend à valoriser l'expérientiel et le subjectif.  L'être humain tend à être vu comme un système dynamique en relation avec d'autres champs d'énergie.	Tendance à l'interventionnisme.  Le diagnostic est une opération distincte du traitement.  L'intervention est davantage perçue comme une science.  L'approche tend à être centrée sur le «cure». (cure = soigner, réparer)  L'approche tend à valoriser l'expérimental et l'objectif.  L'être humain tend à être vu comme un ensemble de systèmes biologiques hiérarchisés assumant chacun une fonction précise dans l'organisme.

## 4. Evaluation des médecines complémentaires :

### 4.1. selon l'Union Européenne

La « *Résolution sur le statut des médecines non conventionnelles du Parlement Européen* » a été rédigée sur l'impulsion du député belge Paul LANNOYE (Verts), adoptée le 29 mai 1997 (20) complétée par le COST Action B4 intitulé : « Unconventional medicine, final report of the management committee 1993-98 » (21). Cette résolution de 4 pages établit un constat de la situation européenne sur les *médecines non conventionnelles* (MNC) avant de porter une incitation en huit points envers les Etats membres dont l'essentiel est de :

- accéder à un processus de reconnaissance des MNC à l'aide de comités mis en place par la Commission européenne,
- étudier l'innocuité, l'opportunité, le champ d'application et le caractère complémentaire et/ou alternatif de chaque discipline en MNC et établir une étude comparative entre les modèles juridiques nationaux des praticiens des MNC,
- distinguer les disciplines à caractère « complémentaire » de celles à caractère « alternatif » (c'est-à-dire : de remplacement) à la médecine conventionnelle,
- favoriser le développement de programmes de recherche des MNC intégrant l'approche individuelle et holistique, le rôle préventif et les spécificités des disciplines en MNC,
- établir un rapport des résultats sur les études et recherches menées,
- surveiller la non utilisation thérapeutique d'organes d'espèces animales menacées,
- présenter un projet de directive sur les "compléments alimentaires".

Suite à cette résolution, plusieurs Commissions ont travaillé sur le sujet, en particulier celle des « questions sociales, de la santé et de la famille » selon laquelle le Parlement européen évalue entre 20 à 50 % le pourcentage de la population de ses Etats membres qui utilisent ces médecines non conventionnelles. « Pour les patients, la meilleure des garanties est dans une profession bien formée et consciente de ses limites, structurée avec un système de déontologie et d'autocontrôle et autorisée par la réglementation. » (16)

### 4.2. selon la stratégie de l'O.M.S.

La « *Stratégie de l'OMS pour la Médecine Traditionnelle pour 2002 - 2005* » (22) est une publication de 65 pages qui constitue une première initiative internationale en matière de *médecine complémentaire et parallèle* (MCP) associée à la *médecine traditionnelle* (MTR), dont la rédaction fait suite à un « travail complet de consultation » réalisé par l'OMS durant plusieurs années.

En avant propos de ce document, le Dr Xiaorui ZHANG (coordonnateur de l'équipe MTR/MCP) fait des réserves sur de nombreux sujets abordés dans cette stratégie, à savoir :

- la définition d'une terminologie précise,
- la validité des données,
- les méthodologies utilisées et la collecte de données (qui sont peu comparables),
- la détermination des paramètres (qui manque de clarté).

L'OMS constate et postule que : « la MTR/MCP est basée sur les besoins des individus. Différentes personnes peuvent recevoir des traitements différents même si, selon la médecine moderne, elle souffrent de la même maladie. La MTR/MCP est basée sur une croyance que chaque individu possède sa propre constitution et sa propre situation sociale qui entraîne des réactions différentes aux "causes de la maladie" et au traitement. » (p.14) et « il est impératif de reconnaître et d'affirmer le rôle essentiel de la médecine conventionnelle, sa capacité à satisfaire de manière compétente aux besoins de traitement des maladies et traumatismes graves, ses innovations en matière de diagnostic et traitement et les applications cliniques croissantes de découvertes scientifiques élémentaires.



Néanmoins, dans les domaines des soins complets et de la gestion des maladies chroniques, la médecine conventionnelle, plus réductrice, mécanique et spécifique aux organes peut être insuffisante. » (p.15)

Le rôle actuel de l'OMS se caractérise par la mise en œuvre de plusieurs fonctions :

- ⇒ formulation des positions en matière de politique et de préconisation :
- en facilitant l'intégration des MCP aux systèmes nationaux de soins de santé,
  - ⇒ travail en partenariat,
  - ⇒ publication de directives et outils pratiques avec le développement de normes et de standards :
- en publiant des directives pour la MCP : normes nationales, directives techniques et méthodologies pour la recherche sur les thérapies et les produits,
  - ⇒ stimulation d'une recherche stratégique et opérationnelle :
- soutien aux projets de recherche clinique sur l'innocuité et l'efficacité des MCP,
- préconisation d'un usage rationnel de la MCP,
- développement des ressources humaines,
- gestion de l'information.

#### 4.2.1. Politiques nationales et réglementation

*Intégrer la MTR/MCP aux systèmes nationaux de soins de santé, de manière appropriée, en mettant en œuvre des politiques et programmes de MTR/MCP :*

- définition de la MTR/MCP,
- définition du rôle du gouvernement dans le développement de la MCP,
- assurance de la qualité et de l'innocuité des thérapies et produits de la MCP,
- création d'une législation relative aux prestataires de MCP et d'une réglementation des médicaments à base de plantes,
- éducation et formation des prestataires de MCP,
- promotion d'un usage correct de la MCP,
- renforcement des capacités des ressources humaines de MCP, y compris attribution de ressources financières,
- couverture par l'assurance santé de l'Etat,
- prise en compte des questions de propriété intellectuelle.

Les tableaux sur les politiques nationales (cf. Annexe 10.7.) présentent des « exemples de pays ayant adopté une démarche intégrative et inclusive vis-à-vis de la MTR/MCP » qui indiquent les paramètres sélectionnés pour une stratégie de développement : politique nationale, département au sein du ministère de la Santé, réglementation des produits, ressources humaines, pratique hospitalière, couverture sociale, instituts nationaux de recherche et enseignement universitaire. (23)

#### 4.2.2. Innocuité, efficacité et qualité

*Promouvoir l'innocuité, l'efficacité et la qualité de la MTR/MCP en étendant la base de connaissances relatives à la MTR/MCP et en conseillant sur la réglementation et les normes d'assurance de la qualité :*

- réglementation et enregistrement des médicaments à base de plantes,
- surveillance de l'innocuité des médicaments à base de plantes et autres MCP,
- soutien à la recherche clinique en matière d'usage de la MCP pour le traitement des problèmes communs du pays,
- normes nationales, directives techniques et méthodologie pour l'évaluation de l'innocuité, de l'efficacité et de la qualité de la MCP,
- pharmacopée et monographies nationales des plantes médicinales,
- effets de chaque thérapie individuelle : efficacité, innocuité et rentabilité,
- étude des mécanismes d'action des thérapies individuelles, y compris les schémas de réaction au traitement,

- étude du genre MCP lui-même, y compris étude sociale de la motivation des patients à la recherche de MCP et les schémas d'usage de la MCP,
- recherche de nouvelles stratégies de recherche qui soient sensibles au paradigme MCP,
- étude de l'efficacité des méthodes de diagnostic utilisées,
- étude de la mise en œuvre et des effets de la MCP dans des cadres sanitaires spécifiques.

#### 4.2.3. Accès aux soins

*Augmenter la disponibilité et l'abordabilité de la MTR/MC, de manière appropriée, en faisant porter l'accent sur l'accès des populations pauvres :*

- identification des produits et thérapies de MCP les plus sûrs et les plus efficaces (y compris preuves que la thérapie est efficace, preuves que la thérapie est sûre, preuves que la thérapie est économiquement avantageuse),
- recherche d'un traitement de MCP sûr et efficace pour les maladies représentant le plus lourd fardeau,
- culture durable des plantes médicinales.

#### 4.2.4. Usage rationnel

*Promouvoir un usage thérapeutique judicieux de la MTR/MCP appropriée, par les prestataires et les consommateurs :*

- directives de formation pour les thérapies de MCP les plus couramment utilisées,
- consolidation et meilleure organisation des prestataires de MCP,
- renforcement de la coopération entre les prestataires de MCP et les praticiens allopathes,
- information fiable pour les consommateurs sur l'usage correct des thérapies et produits,
- amélioration de la communication entre allopathes et leurs patients en ce qui concerne l'usage de la MCP par ces derniers,
- mise au point de stratégies d'information, d'éducation et de communication sur les risques et avantages potentiels de la MCP.

A noter que cette « Stratégie pour 2002 - 2005 » se concentrera initialement sur les deux premiers objectifs afin de fournir la base nécessaire à l'accomplissement des deux autres.

### 4.3. selon la revue de documentation internationale

Une investigation rigoureuse et régulière des sites officiels de la Santé sur Internet au niveau international durant ces trois dernières années nous autorise à évaluer l'évolution des différentes structures envers les MCP et la *naturopathie* en particulier. L'UNESCO Thesaurus lui assigne une référence « médecine traditionnelle » (MT 2.80 NT1) (24).

Malgré quelques publications en France : CREDES, thèses médicales et de santé publique, etc. (25), trois pays se démarquent par une avance considérable dans ce domaine, tant pour la pratique que pour la législation, à savoir la Suisse, le Canada et les USA.

En Suisse, c'est une initiative privée qui est à remarquer, mais d'un intérêt général puisque ratifiée par les organismes gouvernementaux : la société ESKAMED a créé un "Registre de Médecine Empirique" dont les 38 caisses d'assurance maladie effectuent sélectivement la prise en charge des prestations dans plus de 200 techniques de soins naturels par des "praticiens agréés" et pour des "méthodes thérapeutiques" accréditées (26).

Le Canada s'est engagé dans une démarche d'intégration des MCP dans le système sanitaire. Aussi, en s'inspirant de la sociologie et de l'anthropologie médicale, une réflexion exhaustive est menée par le gouvernement (Santé Canada) pour déterminer les modalités d'action :

- définition des Approches Parallèles et Complémentaires en Santé (APCS) (27),
- questions de politiques associées aux APCS (28),
- intégration de l'approche conventionnelle et des APCS (29).

Cette étude canadienne couvre l'ensemble de la problématique posée par les MCP et définit la place des médecines traditionnelles (MTR) dans nos sociétés développées. De même, les USA ont déposé un rapport final de la « Commission de la Maison Blanche sur la politique en matière de MCP » (30) en mars 2002 faisant suite au décret « executive order 13147 » (31) du 7 mars 2000 (formation des praticiens, recherche coordonnée, information accessible et compréhensible par le grand public, guidage pour un accès approprié aux MCP).

## **5. Objectif de la recherche :**

### **Les paramètres d'évaluation de la naturopathie**

L'objectif de ce travail est, à l'aide d'une information la plus exhaustive possible, de définir les paramètres à appliquer dans l'évaluation des MCP en général et de la *naturopathie* en particulier : terminologie, innocuité, champ d'application, efficacité, opportunité, formation, qualité, programmes de recherche coordonnée, accès aux soins, usage rationnel, information et reconnaissance.

De plus, le but de cette recherche relative à la *naturopathie* est de déterminer les critères d'évolution d'une branche sanitaire qui, au delà d'un simple phénomène de mode, semble répondre à une attente, voire à un besoin, observée dans tous les pays développés, de la même manière que la « médecine traditionnelle » (MTR) peut contribuer aux besoins sanitaires des pays en voie de développement.

Enfin, tout processus de reconnaissance d'une « profession de santé » passe nécessairement par un mécanisme d'intégration dans les structures sanitaires et sociales du pays. Ce choix, en politique de santé, implique une capacité à répondre judicieusement à un « besoin de santé » en conformité avec l'évolution européenne et/ou internationale dans un souci de cohésion et d'élargissement d'une société en pleine mutation.

## **6. Méthode de la recherche : étude documentaire**

La méthode employée pour cette recherche repose sur une étude documentaire approfondie : analyse de littérature sur 25 années, bases de données bibliographiques et sites Internet, littérature grise, bibliothèque, sommaires des revues scientifiques et revue de presse tels que définis par le service documentation de l'ANAES (32).

En choisissant comme outils de travail les deux textes officiels de référence sur ce sujet, à savoir : la « Stratégie de l'OMS pour la Médecine Traditionnelle pour 2002 - 2005 » et la « Résolution sur le statut des médecines non conventionnelles du Parlement Européen », nous estimons être en possession des critères essentiels d'évaluation du sujet afin d'en faire un comparatif des points de convergence et de divergence, d'établir une critique et d'observer les éventuelles lacunes ou carences relevées dans ces programmes en les confrontant aux propositions et/ou résolutions d'autres chercheurs et d'autres pays.

### **6.1. la problématique de la terminologie**

Comme nous pouvons le constater, la première divergence réside dans la dénomination MNC ou MCP, puisque le Parlement Européen se place sur un plan essentiellement législatif et juridique alors que l'OMS envisage l'aspect fondamentalement sanitaire et médical. De plus, il faut reconnaître que cinq années séparent la rédaction et la publication de ces documents, lesquels citent tous deux la *naturopathie* comme étant une branche directement impliquée à juste titre.

Le "Nouveau Petit ROBERT" (édition février 2001) mentionne que l'usage de ce mot pour la langue française remonte à 1972 ! Mais, si les termes de *naturopathie* et de *naturopathe* se trouvent désormais dans tous les dictionnaires français, il faut cependant leur

reconnaître une origine anglo-saxonne, car le vocable « *naturopathy* » fut enregistré officiellement en 1902 aux USA par Benedic LUST (1869-1945), étant composé de deux mots anglais « nature » et « path », que l'on traduit par *chemin de la Nature*.

Désormais, selon la terminologie européenne référencée par l'« European Terminology Database » (33), l'appellation anglo-saxonne *naturopathie* (en anglais : *naturopathy*) vient en remplacement des dénominations antérieures :

- Naturheilkunde (médecine naturelle) en allemand,
- naturlaegekunst et naturhelbredelse en danois,
- natuurgeneeskunde en néerlandais,
- médecine naturiste et médecine naturelle en français.

Ce qui veut signifier que cette pratique des "médecines naturelles" englobe effectivement différentes approches ou méthodes tant diagnostiques que thérapeutiques.

## **6.2. L'innocuité et le champ d'application**

Ce sujet de l'innocuité est capital, étant donné qu'il est l'argument mis en avant pour s'opposer à une « médecine dure et agressive » qualifiant trop souvent l'allopathie, laquelle fait pourtant remarquablement ses preuves au quotidien dans l'urgence médicale ! Or en fait, si la naturopathie tend vers une innocuité, il faut avouer que le risque zéro n'existe pas et que toute technique naturelle de soins comporte des facteurs de risques et donc des limites à son champ d'application. De sorte que le rôle premier de la formation des praticiens doit être l'apprentissage des niveaux d'action et des risques potentiels, c'est-à-dire la détermination des limites d'application. En matière d'action sanitaire, il nous semble nécessaire et urgent d'établir une sorte de « cahier des charges de références » qui hiérarchise les niveaux d'action dans l'intervention médicale et sanitaire, limitant les risques d'employer des méthodes de soins inadéquates au degré de pathologie observée. Cette démarche de limitation des risques est usitée dans les processus d'assurance qualité (initialement conçus pour l'industrie), en définissant prioritairement les champs d'application en fonction des situations et des niveaux de compétence.

## **6.3. L'opportunité, l'efficacité et la qualité**

En matière de santé, toute thérapeutique est envisageable, à fortiori si elle est inoffensive, mais elle n'est pas nécessairement utile et/ou efficace ! Ainsi se pose logiquement, tant pour le législateur que pour la santé publique, la question de l'opportunité d'une méthode thérapeutique inmanquablement liée à son efficacité et à sa qualité d'application.

A ce sujet, l'OMS propose 3 axes d'orientation :

- améliorer l'accès et l'étendue de la connaissance de la MCP par la création de réseaux et l'échange d'information exacte,
- réaliser des études techniques de recherches sur l'usage de la MCP pour la prévention, le traitement et la gestion de maladies et états courants,
- soutenir sélectivement la recherche clinique sur l'usage de la MCP pour les problèmes de santé prioritaires.

Par contre, le législateur européen cherche à déterminer le caractère « complémentaire » ou « alternatif » de la méthode thérapeutique employée, ce qui semble être un problème secondaire pour l'OMS, dans la mesure où la même technique thérapeutique peut servir indifféremment l'un ou l'autre aspect, en ne dissociant pas la médecine "parallèle" (autrement-dit : alternative) de son caractère "complémentaire", d'où la désignation MCP ! En revanche, au sujet de l'opportunité thérapeutique, les Américains posent une solution novatrice, à savoir la méthode de « guidance » qui consiste à orienter le patient vers telle ou telle méthode thérapeutique en fonction de son profil psychologique et surtout de sa pathologie. Les caisses de santé en Suisse ont également tendance à mener ce type d'action pour limiter le papillonnage thérapeutique !

#### **6.4. les programmes de recherche**

Dans ce domaine, personne ne propose d'axes de recherches ou d'orientation, que ce soit pour l'exploration des méthodes d'investigation (diagnostiques) ni pour l'usage des applications thérapeutiques, ni même pour les aspects du coût ou de la rentabilité ; seuls les canadiens se déterminent vers une démarche socio-politique. Cependant, sans y faire référence, l'OMS a publié un ouvrage intitulé : *General Guidelines for Methodology on Research and Evaluation of Traditional Medicine* (34), de même qu'une équipe OMS attachée à l'innocuité et l'assurance qualité des médecines : *Quality Assurance and Safety of Medicines - QASM* (35) est responsable du développement, de l'harmonisation et de la promotion des standards internationaux et des échanges d'informations. Les structures semblent exister, mais les partenaires et les programmes de recherche sont inexistantes en Europe. A noter près de 400 publications scientifiques en *naturopathie* sur PubMed de la National Library of Medicine (36) et 800 références bibliographiques sur Amazon.com... !

#### **6.5. l'accès aux soins, l'usage rationnel et la reconnaissance**

« Dans les pays riches, un nombre croissant de patients fait appel aux médecines parallèles pour des soins préventifs ou palliatifs. En France, 75 % de la population a eu recours au moins une fois à des traitements complémentaires ; en Allemagne, 77 % des services soignant la douleur proposent l'acupuncture et, au Royaume-Uni, les dépenses en médecines parallèles ou complémentaires atteignent les 2,3 milliards de dollars US par an. » selon le communiqué de presse OMS/38 du 16 mai 2002 (37).

En effet, depuis une trentaine d'années, cette autre approche de la santé subit un engouement croissant de la part de la population. Impliquant une démarche plus active du patient, ces « nouvelles médecines » ont une vision de l'individu dans sa dimension globale, c'est-à-dire corps - esprit (ou même corps - âme - esprit), avec un enracinement philosophique plus ou moins formulé, mais le plus souvent au détriment apparent de toute rigueur ou preuve scientifique ! De plus, les praticiens non médicalement qualifiés (PNMQ) fleurissent de tous côtés en France comme en Europe, invoquant cette conscience du "nouvel âge" (le « new age » anglo-saxon), d'où une foison de thérapies tant psychologiques qu'énergétiques dont le fondement peut paraître douteux, voire même dangereux, comme ce fut le cas pour certaines « dérives sectaires » dûment constatées durant ces dix dernières années.

Si l'Europe considère surtout l'aspect législatif de la « reconnaissance des MNC à l'aide de comités mis en place par la Commission européenne » dont le COST Action B4 de la Commission Européenne (21) sur une initiative suisse en 1998 (14 pays européens y participent sauf la France, sujets étudiés : aspects socioculturels, recherche, perspectives internationales et recommandations), l'OMS s'attache essentiellement aux aspects de l'accès aux MCP et à leur usage rationnel :

- manque de données mesurant les niveaux d'accès et l'abordabilité,
- besoin d'identifier les thérapies et produits sûrs et efficaces,
- manque de formation pour les prestataires de MCP et pour les praticiens allopathes,
- manque de coopération entre les prestataires de MCP et les praticiens allopathes,
- manque d'information publique sur l'usage rationnel des MCP,
- manque de reconnaissance officielle du rôle des prestataires de MCP,
- usage non durable des ressources en plantes médicinales.

L'OMS a réalisé en 2001 un important travail de synthèse intitulé : « Bilan mondial du statut légal des médecines traditionnelles et complémentaires/alternatives » (38) en anglais - *Legal Status of Traditional Medicine and Complementary / Alternative Medicine : A Worldwide Review* -, mais ce document de 194 pages ne fait que constater la situation des

MCP dans chacun des pays (« seuls 25 des 191 Etats Membres de l’OMS ont mis en place des politiques nationales relatives à la MTR/MCP ») et de donner la position européenne : résolution du P.E. (mai 1997) et COST Action B4 (Commission Européenne 1993 - 1998).

## 7. Résultats

Tableau récapitulatif

Thèmes évalués	U.E.	O.M.S.	Autres pays
<b>Définitions / terminologie :</b> - besoin d’uniformiser la(es) dénomination(s) - besoin d’établir des définitions rigoureuses de chaque technique naturelle de santé	MNC Non défini	MCP Non défini	APCS Non défini
<b>Catégorisation :</b> - Innocuité : définition des limites et des risques potentiels - Champs d’application : niveaux d’action (mécanismes d’action) niveaux de compétence (en fonction de la formation)	Oui  Oui Non définis	Oui  Oui Non définis	Oui  Oui Non définis
<b>Hiérarchisation :</b> - Opportunité / Efficacité / Qualité : recherches cliniques (sur priorités sanitaires) études techniques réseaux + échanges d’informations	Oui Oui Non	Oui Oui Oui	Oui Oui Oui
<b>Evaluation : programmes de recherche</b> - approche individuelle et holistique - spécificité des disciplines - innocuité - rôle préventif - rôle curatif - assurance qualité - évaluation des coûts / rentabilité - relation sociale - réglementation	Oui Oui Oui Oui Oui Non Non Non Oui	Oui Oui Oui Non Oui Oui Oui Oui Oui	Oui Oui Oui Oui Oui Oui Oui Oui Oui
<b>Théorisation : aspect épistémologique</b> - distinction du caractère alternatif ou complémentaire - usage rationnel : avantages et risques ⇒ cahiers de références	Oui Oui Non	Non Oui Oui	Non Oui En cours
<b>Structuration :</b> - directives de formations - organisations professionnelles - reconnaissance des diplômes - relations et coopérations entre praticiens (allopathie et MCP)	Non Non Oui Non	Oui Oui Oui Oui	Oui Oui Oui Oui
<b>Socialisation :</b> - Accès aux soins : stratégies d’information et d’éducation du public, médiatisation, promotion d’un usage correct "guidance", couverture par assurance santé	Non Non Oui Non Non	Oui Oui Oui Non Oui	Oui Oui Oui Oui Oui

## 8. Discussion

L'intérêt de cette analyse sur la *naturopathie* est d'observer que le « concept de santé » est fondamentalement en train d'élargir son champ de vision et d'action à cause de l'ouverture aux MCP, ce que l'on traduit par la notion de « changement de paradigme ». En conséquence une brèche semble s'ouvrir dans l'édifice médical conventionnel et chacune des méthodes alternatives de santé de vouloir s'y engouffrer en se revendiquant des « médecines nouvelles »... Il est donc indispensable d'établir une grille d'évaluation des paramètres qui détermineront la possibilité d'intégration de ces 200 méthodes dans le cadre des structures sanitaires et sociales.

Si le problème de répertorier toutes les techniques de santé ne présente aucune difficulté (liste réalisée en grande partie par ESKAMED en Suisse), par contre l'usage de la grille d'évaluation ci-dessus relève du casse-tête, tant pour des raisons scientifiques et/ou médicales que de législation pure, s'il s'agit de l'appliquer à chacune de ces 200 techniques. En tout état de cause, c'est au législateur (européen ou national) de finaliser et de statuer en se référant aux éléments d'appréciation ainsi définis.

Par conséquent, plutôt que de raisonner en terme de multiplicité des techniques diagnostiques et/ou thérapeutiques naturelles (risques de tomber dans un sectarisme revendicateur ou dans une polémique dangereuse), il nous semble nécessaire et urgent d'envisager le regroupement de ces techniques en quelques grandes branches, comme l'ont suggéré de façon pragmatique les Canadiens en reprenant les quatre paradigmes de TATARYN (29) pour le classement des thérapies, à savoir : du Corps, du Corps-Esprit, du Corps-Énergie et du Corps-Spiritualité !

A notre avis, cette approche mérite d'être discutée et approfondie selon 7 aspects (thèmes) distincts qui, selon nous, sont la difficulté pour chacune des techniques de soins à :

- définir : problème de vocabulaire (terminologie),
- catégoriser : problème de contenu (apprentissage, limites et risques potentiels),
- hiérarchiser : problème de valorisation (opportunité, efficacité, accès aux soins),
- évaluer : problème de l'identification des ressources et des résultats (recherches),
- théoriser : problème d'élargissement des connaissances (aspect épistémologique),
- structurer : problème d'organisation (une technique seule dans une branche plus vaste),
- sociabiliser : problème d'intégration sociale (accès aux soins, guidance, médiatisation).

En matière de terminologie (39), il nous semble évident que l'appellation trop législative de « médecines non conventionnelles » devrait disparaître au profit de celle de « médecines complémentaires » (MCP) qui couvre la réalité de ces techniques naturelles de santé.

Suite à cette analyse des MTR/MCP, nous nous permettons d'énoncer la règle que :  
« Plus une méthode de santé est globalisante pour l'individu, c'est-à-dire *à la fois* dans son approche diagnostique et *à la fois* dans sa dimension thérapeutique (couvrant les aspects biologiques, physiques, cliniques, physiologiques, énergétiques, psychiques et spirituels), plus cette méthode doit être considérée comme une branche essentielle (ou tronc commun) des techniques naturelles de santé qu'elle regroupe ou qu'elle recouvre. »

Or, il s'avère que la *naturopathie* possède un intérêt certain, à savoir celui de contenir et de rassembler toutes les méthodes naturelles de santé, à l'image de la médecine générale qui sous-tend dans sa globalité toutes les spécialités médicales ! Ainsi, les dix techniques naturopathiques peuvent se regrouper en quatre grandes branches (nutri-cure, osmo-cure, dynamo-cure et relatio-cure).

Il semble donc logique de définir les branches thérapeutiques en fonction de leur finalité d'action (notion de téléonomie propre au système vivant) et de leur mode d'absorption.

De plus, l'exemple des médecines traditionnelles (MTR) : chinoise, ayurvédique, unani (gréco-arabe), médiévale (alchimie paracelsienne), africaines ou amérindiennes, nous incite à penser que la *naturopathie* puisse devenir le fondement d'une « méta-médecine\* » complémentaire de l'allopathie conventionnelle, laquelle se doit garder la primauté de l'intervention dans l'urgence médicale et chirurgicale, dans le diagnostic différentiel et dans la capacité d'évaluation scientifique (40).

\* « méta-médecine » au sens étymologique du terme.

## 9. Conclusion : évolution de la naturopathie

Au terme de cette étude sur la *naturopathie*, nous avons l'impression d'avoir découvert une nouvelle forêt vierge de la Santé, pleine de potentialités, mais où... les arbres nous cachent la forêt ! Comment ne pas s'y perdre et quelle direction prendre ? La sagesse et le bon sens nous incitent à prendre de la hauteur pour mieux évaluer l'étendue et le relief du terrain avec, pour boussole, la santé publique et communautaire qui nous permet de trouver l'adéquation : besoins / demandes / réponses.

Face à la demande constatée, il semble opportun d'établir des priorités et de mettre en œuvre des plans d'action pour créer un langage unifié, une démarche cohérente et une validation effective de ces nouvelles méthodes de santé, ce que l'OMS a judicieusement impulsé dans sa « Stratégie pour 2002 – 2005 ».

La France accuse un certain retard dans ce domaine du fait d'un manque de cohésion des pratiques et des praticiens en MCP face à un législateur et à des structures socio-sanitaires qui ont d'autres priorités. Il s'agit donc de déterminer à ces nouvelles pratiques médicales une base de recherches, un cadre de formation, une structure professionnelle, un statut officiel et une intégration sanitaire (cf. le tableau récapitulatif).

La *naturopathie* requiert d'être examinée méthodiquement selon des critères d'analyse qui répondent à une approche globale de l'individu et non en fonction d'une pathologie définie qui sera soustraite de son contexte, comme on le pratique en médecine allopathique (41). La recherche biomédicale pourrait également explorer de nouveaux paramètres pour évaluer le degré de vitalité, de récupération, de stress, d'homéostasie, de terrain, ... en relation avec ces nouvelles *conceptions naturopathiques*. L'approche sociale et les critères économiques en seraient analysés avec la même rigueur que pour la médecine classique.

La *naturopathie*, ainsi que toutes les MNC, se trouve confrontée à un problème prioritaire et fondamental qui concerne la formation des praticiens et la détermination de leurs niveaux de compétence. En l'état actuel, l'enseignement est surtout dispensé dans des écoles privées dont les critères qualité sont souvent absents et où les programmes sont inégaux quant au contenu. En outre, la "guidance" des patients vers les techniques de santé, en correspondance avec leur véritable besoin, souffre d'un manque d'information du public qui reste tributaire d'une littérature de vulgarisation parcellaire et souvent tendancieuse.

Ainsi, cette priorité aura comme corollaire, tant au niveau national qu'europpéen, un processus de validation des diplômes et de reconnaissance de la profession dans le cadre des structures sanitaires impliquant la participation active de l'Europe, des Etats membres, de la santé publique, des légistes, des caisses de santé, des universités, des écoles de formation, des organismes de recherche (publics et/ou privés), des praticiens en santé (allopathes et/ou en MCP), des organismes professionnels, des partenaires sociaux, des laboratoires, des médias et aussi des patients, dans une société en pleine mutation et dans l'intérêt de chacun et de tous.



## 10. Bibliographie & annexes

### 10.1. Bibliographie

### 10.2. Parlement Européen

« Résolution sur le statut des médecines non conventionnelles »,  
29 mai 1997

### 10.3. Union Européenne: COST Action B4

« Unconventional medicine »

- Final report of the management committee 1993-98. EUR 18420 <sup>EN</sup>
- Supplement to the final report... EUR 19110 <sup>EN</sup>

### 10.4. Conseil de l'Europe : Assemblée Parlementaire

Commission des questions sociales, de la santé et de la famille  
Rapport L. Ragnarsdóttir du 11 juin 1999.

### 10.5. Discours de Paul LANNOYE :

« Les médecines non conventionnelles et le Parlement Européen »  
Entretiens de Monaco - Octobre 2000.

### 10.6. OMS – WHO Policy Perspectives on Medicines

« Médecine Traditionnelle : Besoins Croissants et Potentiel »

N° 2 - May 2002

(Condensé de la

« Stratégie de l'OMS pour la Médecine Traditionnelle pour 2002 – 2005 »)

### 10.7. OMS

« Stratégie de l'OMS pour la Médecine Traditionnelle pour 2002 - 2005 »

2 tableaux informatifs sur les politiques nationales de MTR/MCP :

- pays ayant adopté une démarche intégrative envers les MTR/MCP
- pays ayant adopté une démarche inclusive envers les MTR/MCP

### 10.8. OMS

« General Guidelines for Methodology on Research and Evaluation of  
Traditional Medicine »

### 10.9. RME / ESKAMED (Suisse)

Liste des méthodes (thérapeutiques)

### 10.10. USA / White House Commission

on Complementary and Alternative Medicine Policy

### 10.11. MOTS-CLÉS