



HAL
open science

Quelle place pour l'homéopathie en soins palliatifs à l'hôpital ?

Luce Bergeret

► **To cite this version:**

Luce Bergeret. Quelle place pour l'homéopathie en soins palliatifs à l'hôpital?. Médecine humaine et pathologie. 2014. dumas-00983053

HAL Id: dumas-00983053

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00983053v1>

Submitted on 24 Apr 2014

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.

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il n'a pas été réévalué depuis la date de soutenance.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact au SICD1 de Grenoble : **thesebum@ujf-grenoble.fr**

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

UNIVERSITE JOSEPH FOURIER
FACULTE DE MEDECINE DE GRENOBLE

Année : 2014

**QUELLE PLACE POUR L'HOMÉOPATHIE EN SOINS PALLIATIFS A
L'HOPITAL ?**

THESE
PRESENTÉE POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE
DIPLOME D'ETAT

BERGERET Luce

Né(e) le 13/02/1981

A Fontenay aux Roses (92)

THESE SOUTENUE PUBLIQUEMENT A LA FACULTE DE MEDECINE
DE GRENOBLE*

Le : 08/04/2014

DEVANT LE JURY COMPOSE DE

Président du jury : Pr L BOUILLET

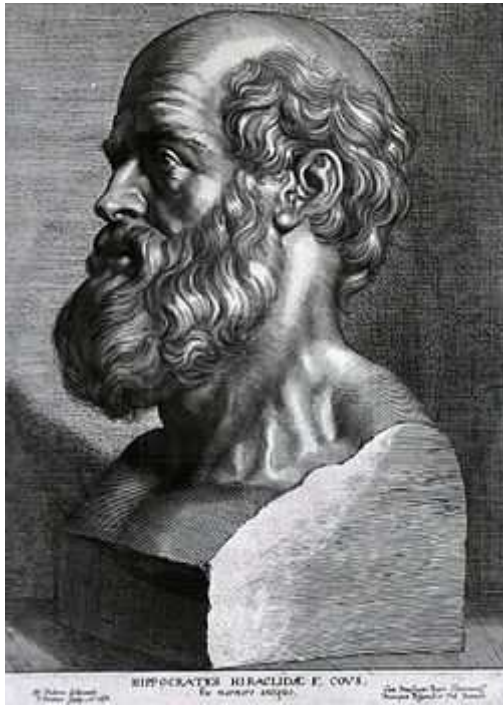
Membres

Pr. R JUVIN

Pr. C RIGHINI

Pr. G LAVAL

**La Faculté de Médecine de Grenoble n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs.*



SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'HIPPOCRATE,

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuitement à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail. Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis dans l'intimité des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

*A Olivier,
Timothée, Nathanaël et Fleur*

REMERCIEMENTS

Je remercie vivement Guillemette Laval pour m'avoir ouvert les portes des soins palliatifs avec tant d'humanité et de douceur.

Je remercie les médecins rencontrés lors de ma formation pour m'avoir accompagnée sur le chemin du savoir-être et du savoir-faire médical et plus récemment je remercie chaleureusement les médecins ayant accepté les entretiens de thèse pour leur disponibilité et leur partage d'expérience.

Je remercie Sophie de m'avoir écoutée et soutenue pendant mon internat et de m'avoir tant aidée pour ma thèse.

Je remercie Jean-Pierre pour son aide et son œil d'expert dans l'élaboration de ma thèse.

Je remercie plus généralement ma famille pour m'avoir permis de réaliser de longues études, et pour son soutien serein et confiant.

Je remercie du fond du cœur Olivier, Timothée, Nathanaël et Fleur simplement d'être là, c'est une source de bonheur et de vitalité inépuisable...

SOMMAIRE

RESUME

SUMMARY

ABREVIATIONS

BIBLIOGRAPHIE

INTRODUCTION

METHODE

RESULTATS

La population étudiée

L'analyse thématique transversale

- Le choix de l'exercice médical
- L'efficacité de l'homéopathie en question : simple placebo ou effet spécifique
- L'absence de validité scientifique
- Les risques et inconvénients de l'homéopathie
- L'impact de la relation médecin-malade dans la qualité des soins
- Place de l'homéopathie à l'hôpital
- Les attentes des médecins vis-à-vis de l'homéopathie
- Les modalités pratiques
- Les facteurs d'ouvertures

DISCUSSION

Les limites de l'étude

Le résultat principal et son implication majeure

Les modalités d'introduction de l'homéopathie

CONCLUSION

ANNEXES

ANNEXE I	Définition et principes de l'homéopathie
ANNEXE II	Définition des médecines non conventionnelles
ANNEXE III	Utilisation de l'homéopathie en population générale et pour les patients suivis en Oncologie
ANNEXE IV	Définition et spécificité des soins palliatifs
ANNEXE V	L'efficacité de l'homéopathie en question
ANNEXE VI	L'absence de validité scientifique de l'homéopathie
ANNEXE VII	Verbatim classés par thématiques
ANNEXE VIII	Etude qualitative et saturation des données

RESUME

Place de l'homéopathie à l'hôpital pour des patients relevant de soins palliatifs.

Contexte : L'homéopathie, médecine globale et individualisée, est la première médecine non conventionnelle utilisée dans la population générale et pour les patients suivis en oncologie. Les objectifs de l'étude sont doubles : analyser la représentation de l'homéopathie par les médecins hospitaliers et évaluer l'intérêt d'une prise en charge homéopathique proposée par l'Equipe Mobile de Soins Palliatifs (EMPS) du CHU de Grenoble.

Méthode : Etude qualitative à l'aide d'entretiens individuels semi directifs avec des médecins hospitaliers du CHU de Grenoble.

Résultats : 19 médecins ont été interrogés. La majorité des médecins ont une connaissance empirique de l'homéopathie. L'efficacité de l'homéopathie est controversée devant l'absence d'études positives et de support scientifique à la compréhension des principes homéopathiques. La majorité des médecins sont favorables à l'introduction de l'homéopathie à l'EMSP en complément de la médecine conventionnelle principalement sur un effet placebo sans toxicité connue.

Conclusion : L'homéopathie présente une balance bénéfice-risque positive en fin de vie pour la majorité des médecins interrogés. Il reste cependant à évaluer l'intérêt économique et l'efficacité de l'homéopathie versus placebo par une étude rigoureusement menée et respectant l'individualisation du remède.

Mots clés :

Médecine non conventionnelle-Homéopathie-Soins palliatifs-Hôpital

SUMMARY

Place of homoeopathy for palliative care patients at the hospital.

Background: Homoeopathy, personalised medicine, is the first non conventional medicine for general population and oncology care patients. The aims of the study are twofold: firstly to analyze how hospital doctors assess homoeopathy and then to evaluate the interest for the EMSP (hospital's mobile palliative care team) to propose homoeopathy care at the CHU de Grenoble (Grenoble University Hospital Centre).

Method: Quality study based on semi-structured individual interviews by hospital doctors.

Findings: 19 doctors were interviewed. The questioned doctors have an empirical knowledge of the homoeopathy. The lack of study and scientific support in the understanding of the homeopathic principles are a brake for the majority of the doctors. The majority are not convinced by its efficiency without being closed to superiority in the placebo. Most of them are favourable to introduce homoeopathy at the hospital in conjunction with conventional medicine, mainly as a placebo free from harmful side effects.

Conclusion: For the majority of participants, homoeopathy has a positive benefit-risk balance for end-of-life patients. Its efficiency remains to be evaluated through a well carried out study taking into account personalization of the medicine.

Key words :

Non conventional medicine-Homoeopathy-Palliative care-Hospital

ABREVIATIONS

AERIO	Association d'Enseignement et de Recherche des Internes en Oncologie.
CHU	Centre Hospitalo-universitaire.
EBM	Evidence-Based Medicine. En français, médecine basée sur les preuves.
EMSP	Equipe mobile de soins palliatifs.
IDE	Infirmier diplômé d'état
IFOP	Institut français d'opinion publique.
LISP	Lits identifiés soins palliatifs, officiellement appelés prise en charge identifiée de malades en soins palliatifs hors USP.
PU-PH	Professeur des Universités praticien hospitalier.
PH	Praticien hospitalier.

THESE SOUTENUE PAR : Luce BERGERET

**TITRE : QUELLE PLACE POUR L'HOMÉOPATHIE EN SOINS
PALLIATIFS A L'HOPITAL ?**

CONCLUSION :

L'homéopathie est la première médecine non conventionnelle utilisée dans la population générale et pour les patients suivis en Oncologie. Au minimum, elle exerce un effet placebo sans nuire, tout en contenant l'individu dans une écoute active, une bienveillance, une méthodologie rigoureuse et un retour d'expérience de deux siècles.

Cette étude qualitative menée au CHU de Grenoble montre l'accueil majoritairement favorable des médecins hospitaliers aux médecines non conventionnelles, et plus spécifiquement à l'homéopathie, sujet de notre recherche. L'étude est limitée au CHU de Grenoble et au domaine des soins palliatifs.

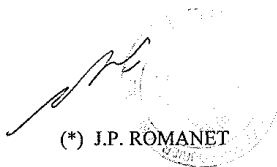
Ce résultat s'explique par la volonté des médecins interrogés d'améliorer le patient par une approche complémentaire, sans effets secondaires connus, prenant en considération l'individu malade. Un effet placebo sans effets secondaires est considéré par la majorité des médecins comme une thérapeutique intéressante.

Nous pouvons la proposer dans l'arsenal thérapeutique de l'EMSP, en situant le cadre de prescription. Cette introduction de l'homéopathie dans les différents services resterait certes expérimentale en nombre de patients concernés par service. Mais elle serait la première étape vers une étude rigoureusement menée, respectant l'individualisation du remède et validant ou pas l'intérêt de l'homéopathie en soins palliatifs d'un point de vue économique comme d'un point de vue clinique.

(*) VU ET PERMIS D'IMPRIMER

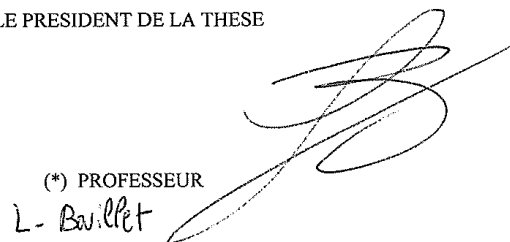
(*) Grenoble, le 18/3/2014

(*) LE DOYEN



(*) J.P. ROMANET

(*) LE PRESIDENT DE LA THESE



(*) PROFESSEUR
L. Baviel

BIBLIOGRAPHIE

1. Définition des soins palliatifs et de l'accompagnement. www.sfap.org.
2. Edzard Ernst. Médecines alternatives : le guide critique. Elsevier SAS 2005.
3. Dr René Lebatard-Sartre. Rapport de la commission d'étude sur l'homéopathie 27 février 1997 pour l'Ordre national des médecins.
4. Samuel Hahnemann. Organon de l'art de guérir, 5ed. Éditions de l'école belge d'homéopathie rééditée en 2005.
5. IFOP pour SPAS Organisation – Les Français et les médecines naturelles – Novembre 2007.
6. Enquête nationale: les Français et l'homéopathie. http://www.ipsos.fr/sites/default/files/attachments/presentation_conference_de_presse_boiron_140212_v2.pdf.
7. Mollasiotis A, Fernandez-Ortega P, Pud D, and al Use of complementary and alternative medicine in cancer patients : Ann Oncol 2005 ; 16: 655-663.
8. Stéphanie Träger-Maury. Utilisation de médecine complémentaire chez les patients atteints de cancer dans un service de cancérologie français, Bulletin du Cancer novembre 2007, article original;94(11):1017-25.
9. M. Rodrigues, J. Wassermann, P. Barthélémy et al. Utilisation des médecines alternatives et complémentaires par les patients en cancérologie : résultats de l'étude MAC-AERIO. EUROCANCER 2010. John Libbey Eurotext, Paris 2010, pp. 95-96.
10. Blanchet A, Gotaman A. l'enquête et ses méthodes. Paris : Armand Colin, 2005 (2 ed).
11. Le Petit Robert dictionnaire de la langue française 2006, édition 2004.
12. Mathilde Reynaudi, département question sociale. Centre d'analyse stratégique. Quelle réponse des pouvoirs publics à l'engouement pour les médecines non conventionnelles. Octobre 2012. N°290. www.strategie.gouv.fr.
13. Jean-Jacques Aulas. Les médecines douces, des illusions qui guérissent. Ed Odile Jacob. Médecine.
14. G Laval. Réseau de cancérologie de l'arc alpin. Recueil des pratiques professionnelles en soins palliatifs, 2ed, Mars 2006.
15. Kleijnen J, Knipschild P, ter Riet G. Clinical trials of homeopathy. BMJ. 1991;302:316–23.
16. Linde K, Clausius N, Ramirez G, et al. Are the clinical effects of homeopathy placebo effects? A meta-analysis of placebo-controlled trials. Lancet. 1997;350:834–43
17. Linde K, Melchart D. Randomized controlled trials of individualized homeopathy: A state-of-the-art review. J Altern Complement Med. 1998;4:371–88.
18. Aijing Shang, Karin Huwiler-Müntener, Linda Nartey et al. Are the clinical effects of homoeopathy placebo effects? Comparative study of placebo-controlled trials of homoeopathy and allopathy. The Lancet 27 August 2005;366:726–732.
19. Thiétart, R.A., 2003, Méthodes de recherche en management, 2e édition, Dunod, p.216.

INTRODUCTION

L'objet de cette thèse est d'étudier, du point de vue des médecins hospitaliers possédant dans leurs services des lits identifiés de soins palliatifs (LISP), l'intérêt d'une prise en charge homéopathique à l'hôpital pour des patients relevant de soins palliatifs. Les résultats de l'étude permettraient d'évaluer ou non le bien-fondé de l'homéopathie dans l'arsenal thérapeutique de l'Equipe Mobile de Soins Palliatifs (EMSP) du CHU de Grenoble.

Par définition, les soins palliatifs correspondent « *à la prise en charge de patients atteints de maladie incurable, grave et évolutive dans une approche pluridisciplinaire centrée sur le patient malade, en préservant sa qualité de vie au mieux et en lui maintenant un niveau d'autonomie maximum (psychique et physique)* » [1].

Parallèlement, l'homéopathie, reconnue comme orientation médicale par le conseil de l'Ordre des médecins [3], est définie comme « *une médecine non conventionnelle* » [2]. Créée entièrement par Hahnemann au début du XIXe siècle, l'homéopathie repose sur trois principes : similitude, infinitésimalité, et globalité. Elle s'efforce à partir de l'ensemble des symptômes physiques et psychiques du patient, de trouver le remède activant des processus propres de guérison ou de soulagement. L'interrogatoire et l'examen sont contenant, centrés sur le patient dans ce qu'il est et non sur sa maladie [4].

L'homéopathie est la première médecine non conventionnelle utilisée par la population française [3, 5, 6] et par les patients en oncologie [7, 8, 9] avec un taux de satisfaction élevé dans l'amélioration de l'état général et la tolérance aux traitements allopathiques.

Des études d'efficacité sont en cours mais se confrontent à l'inadaptation des outils d'évaluation de la médecine allopathique. C'est pourquoi son introduction intra-hospitalière, proposée par la Commission

d'Etude d'Homéopathie au Conseil national de l'ordre des médecins en 1997, favoriserait une évaluation et des recherches rigoureuses, voire une reconnaissance dans les maladies fonctionnelles ou dans la palliation [3].

METHODE

A ce jour, il n'existe pas d'études qualitative ou quantitative menées sur le thème de l'homéopathie en soins palliatifs à l'hôpital. La présente étude a utilisé la technique des entretiens individuels semi-directifs à partir d'un guide d'entretien (*encadré 1*) préalablement construit [10]. Il contenait les grandes thématiques liées au sujet : la perception de l'homéopathie, l'intérêt de l'homéopathie à l'hôpital, les modalités pratiques de prescription. La question introductive du choix de l'exercice médical permettait d'introduire un dialogue de confiance, mettant en évidence le fil conducteur qui sous tendait la prise en charge du patient par le médecin interrogé et indépendamment de toutes opinions sur les médecines non conventionnelles.

Les demandes d'entretien ont été adressées à tous les chefs de service possédant des lits identifiés de soins palliatifs ainsi qu'aux médecins référents de ces lits sur le CHU de Grenoble. Sur les 39 demandes, 20 ont répondu positivement dont 19 suivis d'un entretien.

Les entretiens se sont déroulés individuellement entre septembre à novembre 2013.

Les enregistrements ne sont pas retransmis intégralement pour des raisons de respect de l'anonymat, étant donné le lieu unique d'étude et les questions mettant en exergue la spécialité des médecins interrogés.

L'analyse des données est donc illustrée de verbatim permettant de préserver l'anonymat, soit inclus dans le texte, soit transféré en annexe.

GUIDE D'ENTRETIEN
Partie 1 : Le choix de la médecine :
Depuis quand ?
Pourquoi la médecine, quelles ont été vos sources de motivation ?
Le choix de la spécialité : arguments, retour d'expérience.
Partie 2 : Que représente pour vous l'homéopathie ?
Connaissances théoriques
Usage personnel ou familial
Prescription pour votre entourage ou professionnellement
Retours de patients
Réaction à l'usage des patients l'utilisant
Partie 3 : Que vous évoque l'introduction de l'homéopathie à l'hôpital par le biais de l'EMSP ?
Les raisons d'un avis favorable ou défavorable.
Les modalités pratiques

Encadré 1 : la grille d'entretien

RESULTATS

Population étudiée

19 médecins ont participé à l'étude. La taille de l'effectif était suffisante pour obtenir la saturation des données. Les caractéristiques des participants sont présentées dans l'encadré 2. Pour chaque thématique, les données ont été analysées transversalement.

Les entretiens se sont déroulés individuellement au CHU de Grenoble, dans les bureaux respectifs des médecins concernés. Un entretien s'est déroulé par téléphone.

Ils ont duré de 8 minutes à 74 minutes. 18 entretiens ont été enregistrés avec un dictaphone numérique après l'accord des participants dont un entretien par téléphone. Un entretien (9) a été pris en note.

	Sexe	Age	Statut
Médecin 1	M	30-40	Assistant
Médecin 2	F	30-40	Assistant
Médecin 3	F	40-50	PH

Médecin 4	F	40-50	Assistante
Médecin 5	F	40-50	PU-PH
Médecin 6	F	30-40	Assistante
Médecin 7	M	40-50	PU-PH
Médecin 8	F	30-40	PH
Médecin 9	F	40-50	PH
Médecin 10	M	50-60	PH
Médecin 11	F	40-50	PH
Médecin 12	F	50-60	PH
Médecin 13	M	>60	PU-PH
Médecin 14	F	40-50	PH
Médecin 15	F	30-40	Assistante
Médecin 16	M	>60	PU-PH
Médecin 17	M	>60	PU-PH
Médecin 18	F	40-50	PU-PH
Médecin 19	F	30-40	Assistante
Nombres de services couverts par au moins un entretien : 14 des 19 services concernés.			
Nombre de services avec 2 médecins interrogés : 5			

Encadré 2 : caractéristiques des médecins interrogés

Le choix de l'exercice médical (Annexe VII-I)

La majorité des médecins évoquent comme raison principale la vocation du soin : « *rendre service* », « *aider* », « *aimer les gens* ». Certains médecins qualifient la médecine de « *beau métier* » pour sa dimension altruiste renforcée par l'efficacité du soin médical. Cette dimension reste le moteur principal de l'exercice de la médecine : « *je continue de penser que c'est un beau métier* », « *me lever tous les jours en me disant que je vais rendre service* », « *c'est en moi, c'est comme ça* ».

La médecine est reconnue par la quasi-totalité des médecins comme un métier stimulant intellectuellement. Elle est considérée comme un domaine scientifique, « *le caractère scientifique de la discipline* », où le besoin de comprendre est satisfait, où les raisonnements rigoureux et logiques sont nécessaires : « *quand on a compris le fonctionnement, tout s'enchaîne avec une logique.* »

En outre, les connaissances médicales sont en constante évolution. Le travail des

médecins est un travail d'équipe et de pluridisciplinarité, en opposition avec le travail individuel de cabinet.

Enfin, le CHU est le lieu d'une dynamique de recherche, de l'avancée de nouveaux traitements et de l'enseignement à la faculté.

D'autres sources de motivation sont mentionnées mais apparaissent comme secondaires : la reconnaissance sociale; le mimétisme; le besoin d'action; la peur de l'ennui, l'impact des médias et des lectures.

Perception de l'homéopathie (Annexe VII-II)

Les connaissances théoriques sont floues voire inexistantes et reconnues comme telles, par la majorité des médecins.

La réaction première est souvent de manifester l'absence de connaissances. La plupart des médecins qualifient l'homéopathie « *d'autre approche* », sans pouvoir préciser en quoi elle est effectivement différente.

La différence entre phytothérapie et homéopathie est confuse : la phytothérapie est souvent mentionnée en exemple de pratiques homéopathiques. L'homéopathie est perçue comme fabriquée à base de plantes.

En revanche, les médecins ont une connaissance empirique de l'homéopathie.

Au sens de : « *qui reste au niveau de l'expérience spontanée ou commune, n'a rien de rationnel ni de systématique.* » [11].

La totalité des médecins connaissent en pratique l'homéopathie, soit du fait d'un usage personnel, familial (pour la moitié des médecins) ou de l'entourage proche, soit par l'intermédiaire des patients (pour la totalité des médecins). A l'unanimité, l'homéopathie est perçue comme un soin de support : « *Je hiérarchise donc l'homéopathie comme un soin de support et quelqu'un qui me dit : je suis traité par homéopathie, dès l'instant qu'il ne me dit pas soigner son cancer à coup*

d'homéopathie, je lui dis oui, pour moi c'est comme faire du yoga, c'est des techniques de support qui peuvent être intéressantes, qui apportent un bien au patient. »

L'efficacité de l'homéopathie en question : simple placebo ou effet spécifique (Annexe VII-IV)

Tous les médecins se posent spontanément la question de l'efficacité de l'homéopathie. Les opinions se partagent entre :

- Un effet placebo simple : représenté par 5 des médecins interrogés. L'absence d'études positives ou de fondements scientifiques ne pouvant étayer un effet spécifique de l'homéopathie : « *Donc il faut utiliser l'effet placebo...Absence de toxicité et effet placebo...Donc quel que soit le nom, le résultat est le même.* »

- L'absence de conviction sur un effet spécifique : Représenté par 13 des 19 médecins interrogés. Parmi ceux-ci, 7 médecins en ont déjà utilisé personnellement ou pour leur entourage proche, et 1 médecin en prescrit au niveau professionnel. La majorité des médecins interrogés ne se prononcent pas franchement. Ils pensent que le patient est amélioré, sans pour autant savoir si l'effet est simplement placebo ou spécifique au produit homéopathique. Ils ne sont pas fermés à un effet spécifique mais restent sceptiques : « *pas convaincu* » est l'expression revenant le plus souvent.

- Une supériorité par rapport au placebo : Représenté par 3 médecins. Cette opinion est directement le résultat d'une expérience efficace de l'homéopathie, soit lors d'un usage personnel ou familial, soit pour des patients : « *Moi je pense qu'il peut y avoir un effet. Probablement variable selon les gens, qui est très dépendant de l'individu mais qu'on peut avoir des effets. (...)Je pense que dans ces médecines là, il y a une partie des choses qui n'est pas chiffrable, mais qui existe.* »

- L'absence d'effets secondaires et d'effet nocebo : Tous les médecins s'accordent sur

ce point : « *Je pars du principe que l'on n'a jamais prouvé qu'il y ait des effets secondaires de l'homéopathie...* » Deux médecins ont abordé l'absence d'effet nocebo.

L'absence de validité scientifique (Annexe VII-IV)

L'absence d'études aux résultats positifs est largement évoquée et suscite la méfiance des médecins interrogés envers l'homéopathie. Le laboratoire pharmaceutique Boiron est considéré avec suspicion : l'absence de concurrence en France lui donne le monopole de la fabrication et de la vente du produit homéopathique. Le remboursement d'un médicament sans preuve d'efficacité est critiqué spontanément par les médecins : « *Par contre, je considère que ce n'est pas normal que l'homéopathie soit remboursée par la sécurité sociale (...) Parce que c'est Boiron probablement, qui fait pression au niveau de nos ministères en disant : de toute façon on va faire des chômeurs.* ».

Non seulement les études sont négatives mais l'action d'un remède homéopathique ne repose sur aucune base scientifique rationnelle, perturbant les médecins dans leur besoin de comprendre et leur rigueur scientifique : « *En tant que néphrologue, on dissèque et on essaie de comprendre...Et moi j'ai besoin de comprendre pour concevoir que ça fonctionne* ».

Les risques et inconvénients de l'homéopathie (Annexe VII-V)

Le risque évoqué à l'unanimité est la substitution de la prise en charge conventionnelle par un traitement homéopathique : « *Ce qui me fait toujours peur avec l'homéopathie, c'est quand on remplace une prise en charge médicale. C'est-à-dire des gens qui se réfugient dans l'homéopathie, et qui arrêtent un traitement efficace. C'est là où est ma crainte, et je ne veux pas dire une opposition*».

Des médecins ont noté des retards diagnostics ou des prises en charge délébiles par des médecins pratiquant des médecines non conventionnelles de type homéopathie ou phytothérapie et sont « *choqués* » par de telles expériences.

Les médecins interrogés évoquent parfois le coût exorbitant des prises en charges non conventionnelles qu'ils considèrent avec méfiance, et mettent en garde leurs patients contre ces dérives.

La contrainte de prise est également évoquée : « *Je mets en garde les parents que les enfants ont déjà un certain nombres de choses à prendre par la bouche et que rajouter des prises de granules toutes les 10 minutes sous prétexte de Il faut voir aussi le confort et le bien être de l'enfant et ne pas rajouter si c'est une contrainte pour l'enfant.* »

Le risque d'amalgame est noté avec la phytothérapie, médecine non conventionnelle aux effets secondaires et interactions médicamenteuses potentielles. Ces 2 médecines étant souvent confondues. « *Les patients peuvent essayer mais avec un bon homéopathe, les patients ont un peu tendance à tout amalgamer entre phytothérapie et homéopathie. Je leur demande de ne pas pratiquer ce type de médecine en dehors d'un cadre médical, pour le risque d'interaction médicamenteuse.* »

L'impact de la relation médecin-malade dans la qualité des soins (Annexe VII-VI)

La relation médecin malade est considérée comme essentielle dans la qualité du soin, mais aussi dans l'efficacité de la prise en charge. La formation des étudiants est considérée par les médecins les plus expérimentés comme trop technique, n'insistant pas suffisamment sur l'aspect relationnel, le ressenti ou l'intuitivité permettant d'adapter un discours ou une prise en charge au patient. Les connaissances théoriques sont nécessaires mais non suffisantes à une prise en charge

de qualité : « *Ce que je dis : un médecin c'est le premier médicament du malade. L'effet placebo, il est là parce que le médecin est convaincu que son traitement va marcher, c'est à lui de convaincre son patient... Le médecin est là pour conseiller, diriger, donner son expérience, que ce soit de l'homéopathie, de la parole, des directives, de l'hygiène, de la diététique c'est de la médecine... c'est de la médecine globale, avec des outils dotés d'un sens médical...* »

Place de l'homéopathie à l'hôpital (Annexe VII-VII):

Les médecins sont favorables pour 17 des 19 médecins interrogés, à l'introduction de l'homéopathie à l'hôpital pour des patients relevant de soins palliatifs : « *Amener l'homéopathie à l'hôpital ça me paraît nécessaire. On est dans la maladie rare dans le service, et donc dans la médecine individualisée. L'approche globale elle est là, on est vraiment dans une autre approche et l'homéopathie a toute place.* » Une moitié d'entre eux émet un avis favorable à l'introduction d'autres médecines non conventionnelles, les plus citées étant l'hypnose, la sophrologie, l'ostéopathie : « *Je ne suis pas contre, mais pas que l'homéopathie d'ailleurs pour d'autres médecines dites alternatives, à partir du moment où ces médecines peuvent soutenir nos patients, je ne vois pas d'inconvénients, au contraire ce serait une très bonne idée, je trouve...* ».

Deux médecins ne partagent pas cette opinion :

- L'un serait favorable à l'introduction de l'homéopathie mais uniquement dans le cadre d'études bien conduites, du fait de l'absence de validation scientifique : « *Donner sans validation, dans quel but ? Les médicaments qui ont l'AMM, partent de choses palpables, ils sont testés et à minima, ils ont une supériorité au placebo. Dans ma tête, je vois plus une question posée à l'avance et une étude pour y répondre.*»

-L'autre pense que l'homéopathie n'a pas d'intérêt en soins palliatifs où les patients sont trop lourds et difficilement soulagés par des antalgiques forts : « *Ca ne me gênerait pas, mais je ne vois pas l'intérêt. J'ai plus l'impression, que ça ferait un intervenant de plus. Déjà que l'effectif médical puisse agir à son plein niveau... Ce n'est pas du tout dans l'ordre des priorités.* »

Les attentes des médecins vis-à-vis de l'homéopathie (Annexe VII-VIII)

Dans l'ordre d'importance, les attentes sont :

- Améliorer le patient en travaillant sur des composantes autres que celles de la médecine conventionnelle : « *besoin d'approches différentes* », comme celle de la gestion de la maladie. La médecine conventionnelle travaillant sur la maladie elle-même et non sur l'individu : « *Dans le cadre des soins palliatifs, on a nos mélanomes et nos cancers qui vont mal, et qui ont de toute façon besoin d'approches différentes : l'homéopathie a sa place pour soulager les symptômes de type nausées, vomissement liés à la chimiothérapie ou d'autres symptômes fonctionnelles liés à l'angoisse de la maladie. Elle reste, au delà de ça, à sa place dans nos maladies inflammatoires et dysimmunitaires. Toutes ces maladies là sont influencées par le terrain, c'est toujours dans des contextes particuliers ou avec des profils psychologiques particuliers. Donc forcément, il peut avoir de telles approches qui aident sur la gestion de la maladie...* »

- Répondre à la demande répandue des patients. Tous les médecins interrogés ont fait face aux questions des patients au sujet de médecines non conventionnelles notamment l'homéopathie : « *En pédiatrie, les familles, en particulier en oncologie, sont très à l'écoute des différents effets secondaires que peuvent avoir les médicaments et dans ce sens là, ils sont demandeurs de traitements complémentaires (souvent de l'homéopathie) pour aider les enfants à*

supporter les traitements qu'ils vont recevoir. On est souvent sollicité dans ce sens là...on est obligé d'être à l'écoute et de voir ce qu'on peut apporter à ces gens parce que finalement, l'idée générale que j'ai : l'homéopathie n'a pas beaucoup d'interférences avec les « traitements classiques ». »

- Donner un degré de liberté aux patients dans leur prise en charge : *« Parce qu'ils sont dans des situations de grande détresse, qui font qu'ils ont un peu besoin de gérer des choses... »*

- Prévenir les dérives de prises en charges non conventionnelles, telles que la substitution au traitement conventionnel, ou un coût exorbitant pour un résultat connu inefficace et sans validité scientifique : *« Les gens sont demandeurs, plutôt que d'aller les voir se retourner vers d'autres thérapeutiques formellement inefficaces qui traînent sur Internet qui pourrait leur coûter très cher ».*

Les modalités pratiques (Annexe VII-IX)

Pour les médecins favorables à l'introduction de l'homéopathie à l'hôpital, il paraît nécessaire que ce soit un médecin homéopathe *« formé qui intervienne, convaincu de l'efficacité de son traitement, et à l'aise avec la prescription... »*. Ceci pour optimiser l'effet placebo, qui participe, pour la majorité des médecins, à l'effet thérapeutique du produit homéopathe : *« Je pense, en effet, que l'homéopathie doit être prescrite pas un homéopathe ou quelqu'un qui le fait vraiment. Si c'est pour rajouter un produit de plus sur une ordonnance, je ne suis pas convaincu que l'effet soit le même... »*

Introduire l'homéopathie à l'hôpital, comme d'autres médecines non conventionnelles, nécessitent de cadrer les pratiques pour éviter toutes dérives. Il paraît nécessaire d'insister pour le patient sur la complémentarité des médecines et non la substitution à la prise en charge traditionnelle. Dans le cas du choix de

plusieurs médecines non conventionnelles, les médecins allopathes doivent pouvoir situer quelle médecine est la plus appropriée pour un patient donné : *« Donc oui-oui, je suis pour le développement de l'homéopathie, pour le développement de l'hypnose, pour des introductions autres : ostéopathie, micro kinésiologie sur des indications particulières... C'est juste qu'il faudrait cadrer les choses...on doit pouvoir bien situer les choses. »*

Deux obstacles sont cités par les médecins interrogés. La majorité des médecins posent la question du financement, et abordent les contraintes financières de la gestion des services : *« Engager un homéopathe, il faut avoir l'argent, et déjà vu la difficulté pour payer des médecins... »*. Le deuxième obstacle est la distribution des remèdes homéopathiques par la pharmacie hospitalière évoquée à deux reprises.

Les facteurs d'ouvertures (Annexe VII-X)

La question de la place de l'homéopathie à l'hôpital en contexte palliatif touche aussi aux limites de la médecine traditionnelle. Plusieurs médecins citent la médecine d'appareil, *« le morcellement organe par organe »*, ne permettant pas de prendre en charge un individu dans sa globalité, notamment son psychisme : *« Je suis en fin de carrière...On finit par être agacé et trouver insatisfaisant la médecine d'appareil. Nous on vit dans un monde platonicien, Platon a séparé corps et âme, ce qu'Aristote avait essayé de fondre. Et la médecine c'est ça, au dessus là (le cou), je ne connais pas et ne venez surtout pas interférer avec mon diagnostic. »*

Le sentiment d'insatisfaction d'une prise en charge allopathique pourtant bien conduite et ce, malgré les outils modernes, questionne les médecins : *« Malheureusement quand on voit l'inconfort, l'altération de la qualité de vie de gens qu'on pense bien prendre en charge...Je me dis, si il y avait des gens qui pouvait arriver avec d'autres choses ce*

serait bien ... » ou « Quand on se dit que l'on a tout ce qu'il faut pour les patients en fin de vie, on est souvent insatisfait de nos prises en charge... ».

Pour quelques médecins, la technicité de la médecine contemporaine : chiffrer, rationaliser, est au détriment de la relation médecin-malade, notamment dans la formation des étudiants en médecine : *« Et c'est ce que je dis à mes étudiants aussi, le bon médecin, il n'y a pas que le côté : « ça correspond à ce que j'ai dans les livres », c'est aussi le côté intuitivité dans la relation... La bonne médecine ne restera que si on ne peut pas chiffrer. Et c'est ce qui est dramatique aujourd'hui, on fait de nos étudiants des techniciens, et ils croient qu'ils vont avoir des réponses ».*

La recherche de nouveaux traitements est très coûteuse, pour un nombre de patient parfois restreint. Ne plus pouvoir proposer de traitement curatif à un patient atteint d'une maladie grave et évolutive crée un malaise dans la prise en charge. Cette situation peut pousser les médecins à prescrire des thérapeutiques non justifiées devant l'absence d'alternative. Introduire des médecines non conventionnelles permettrait de pallier ce type de situation en évitant des dépenses trop lourdes et non nécessaires, et de proposer une autre démarche au patient, dont il pourra disposer ou non : *« Il vaut mieux je pense pour l'évolution des choses favoriser de telles approches que de favoriser des industriels sur des marchés. ».*

La fin de vie d'un patient expose le médecin aux limites de la thérapeutique allopathique et à des décisions éthiquement difficiles : *« D'abord on a beau faire mais on est vite assez limité en terme de prise en charge elle n'est jamais globale...La dimension douleur est assez bien faite mais on se heurte vite aux effets secondaires des antalgiques morphiniques. Soient ils sont confortables et ne sont plus trop là soient ils sont éveillés....après c'est en fonction de ce que veulent les gens. (...) Le traitement est incomplet sur la prise en charge de la douleur, la dimension*

psychologique qui va avec et ce qui est le confort du patient , qui est toujours très difficile à comprendre...On va vite intervenir de façon agressive ou ne pas intervenir par peur...si ça peut apporter aux gens, ce n'est que du bénéfice, plus on aura de corde à notre arc, plus on sera à même de les soulager au mieux, et mieux sera leur fin de vie pour le patient mais aussi pour l'entourage...c'est vrai que parfois il y a vraiment des situations difficiles... »

Les médecins les plus ouverts sont aussi ceux qui se sont formés ou intéressés à diverses médecines non conventionnelles. L'hypnose est la médecine non conventionnelle la plus utilisée avec une introduction progressive dans certains services hospitaliers, deux des médecins interrogés se sont formés personnellement à but professionnel pour individualiser leur pratique et travailler sur la composante psychosomatique et/ou les propres ressources du patient : *« De toute façon, je ne suis moi-même pas conventionnelle, je fais de l'hypnose... Je suis venue à l'hypnose, car l'approche est très individualisée et par conséquent intéressante. »*

Parmi les médecins interrogés, nous pouvons constater la différence d'opinion sur les médecines non conventionnelles, et plus spécifiquement l'homéopathie en fonction des années d'expérience médicale. Les médecins, ayant la cinquantaine ou plus, sont plus ouverts que les jeunes médecins de moins de quarante ans : *« Au départ, je vous aurais dit non, en vous disant je ne vois pas pourquoi ça marcherait, quand on regarde bien ce qu'est l'homéopathie, et puis c'est peut être l'avantage de prendre de l'âge ou le désavantage de prendre de l'âge, on s'aperçoit que finalement il ne faut pas être si obtus... ».* La jeunesse est présentée comme le temps *« des certitudes »*. Ils insistent sur la relation médecin-malade, prépondérante dans une bonne prise en charge médicale où le patient adhère :

« Plus on avance dans la carrière, plus on vieillit, plus on affine la relation. ».

Les médecins interrogés ont le sentiment que les esprits des médecins s'ouvrent aux médecines non conventionnelles. « Dans l'ensemble, les collègues et les esprits s'ouvrent... Je vois des patients qui reviennent de l'ostéopathe et qui vont mieux. J'ai des collègues qui se forment à l'ostéopathie, c'est un plus pour leur prise en charge... ».

Ce médecin explique cette évolution par l'existence dans chaque spécialité d'une frange de maladies psychosomatiques ou fonctionnelles où la médecine conventionnelle peut être mise en échec, comme par exemple la fibromyalgie.

« Nous, on a une maladie, qui a mon avis est un bouleversement pour moi mais pas pour tous mes collègues, que l'on appelle la fibromyalgie méprisée par certains, rejetées par d'autres, vilipendées encore. Mais les malades existent... Il faut les prendre en charge. La fibromyalgie, c'est vraiment typiquement la maladie où corps et âme se rejoignent... »

La fibromyalgie nous remet dans ce cercle incessant et ininterrompu de communication entre le corps et l'esprit, ces malades sont typiques... »

DISCUSSION

Limites de l'étude

L'étude est qualitative : elle n'est pas extrapolable du fait de sa méthodologie.

L'étude est limitée à un lieu donné. Le CHU de Grenoble a un passé marqué par quelques homéopathes : Dr Didier Grandgeorge et Dr Robert Bourgarit (fondateur de l'école uniciste de Grenoble avec Dr George Demangeat). L'homéopathie est prescrite au moins par un médecin allopathe en pédiatrie et le centre douleur travaille en collaboration avec un médecin homéopathe uniciste en ambulatoire.

Douze thèses de pharmacie ou médecine ont portés sur l'homéopathie depuis 1990

sur la faculté Joseph Fourier de Grenoble (Catalogue Rugbis, BU médecine, Réseau des bibliothèques Université Joseph Fourier et groupe Grenoble INP). Ces caractéristiques propres au bassin grenoblois peuvent expliquer en partie les opinions des médecins interrogés.

L'étude est limitée à un domaine médical particulier : les soins palliatifs. L'homéopathie, centrée sur le patient, sans effets secondaires reconnus, dont l'efficacité est au moins celle d'un placebo, présente une balance bénéfice-risque favorable en fin de vie.

L'étude présente un biais de sélection : les médecins interrogés ont été recrutés sur la base du volontariat, et non aléatoirement. Ils sont probablement plus ouverts aux médecines non conventionnelles. Pour évaluer l'importance du biais, une demande de motifs de non réponse a été envoyée aux 19 médecins n'ayant pas donné suite à la demande initiale, 1 médecin a évoqué le manque de disponibilité. Ce biais n'est pas écarté mais son influence est modérée : 14 des 19 services concernés ont été couverts par les entretiens. Par ailleurs, l'échantillon est représentatif de la population de médecins étudiée (âge, statut, sexe).

Résultat principal et son implication majeure :

Les médecins interrogés sont, pour la quasi totalité, favorables à l'introduction de l'homéopathie à l'hôpital en contexte palliatif sur l'argument principal d'un effet placebo au minimum, sans effets secondaires.

L'effet de l'homéopathie, même sans supériorité par rapport au placebo, est un effet thérapeutique intéressant du fait de l'absence d'effet secondaire.

Pierre Pichot a formulé une définition de l'effet placebo en 1961 : « l'effet placebo

est, lors de l'administration d'une drogue active, la différence entre la modification constatée et celle imputable à l'action pharmacologique de la drogue ». [19]

Les recherches les plus récentes résumées par JJ Aulas [13] montrent qu'il dépend :

- De l'empathie du médecin vis-à-vis de son patient, et de sa conviction en l'efficacité de ce qu'il prescrit dans une large mesure.
- De la coopération, de la confiance et de la volonté du patient de guérir ou de s'améliorer, sans profil de personnalité identifié.
- Des caractéristiques de la maladie. D'une façon générale, JM Aulas retient que l'effet placebo est d'autant plus important que le trouble correspond à un malaise existentiel ou aux effets d'un stress qu'à une pathologie organique dûment authentifiée.
- Des caractéristiques du traitement : la couleur et la forme d'administration ont été étudiées au cours d'essais contrôlés.

La volonté sous-jacente est d'améliorer le patient, en corrélation avec la vocation de soin et de service à l'origine du choix de la médecine. En corrélation également avec la perception des limites de la médecine conventionnelle, notamment le morcellement organe par organe, dispersant l'individualité. L'homéopathie permettrait de travailler sur des composantes propres à l'individu, différentes et complémentaires de la médecine allopathique.

La condition *sine qua non* est de l'utiliser en complément de la prise en charge conventionnelle et non en substitution.

Les médecins interrogés ont bien conscience de l'engouement des patients pour les médecines non conventionnelles : répondre à la demande des patients apparaît un objectif important, d'autant plus dans un cadre structuré et rassurant comme le CHU.

Par conséquent, l'absence de validité scientifique d'une supériorité de l'homéopathie par rapport au placebo [15, 16, 17, 18] est tolérée.

Le manque de connaissances théoriques sur l'homéopathie et son absence de validité scientifique ne ferment pas l'opinion des médecins interrogés.

On peut émettre les hypothèses suivantes :

-Tous sont assurés de l'absence d'effets secondaires. En cas de prescription, ils ne seront donc pas délétères pour leur patient : condition nécessaire mais non suffisante pour essayer un produit non validé scientifiquement. Cet avis est aussi largement partagé par les patients [9].

- Ils insistent tous sur la complémentarité des médecines, l'homéopathie est vu comme un traitement adjuvant et ne doit être prescrite que si la prise en charge conventionnelle est bien conduite. Les pertes de chance ou de confort pour le patient sont ainsi évitées.

-Une bonne moitié en a déjà utilisé pour son usage personnel et familial. L'homéopathie, si elle est mal connue en théorie, est familière en pratique. Comme dans la population générale, elle est utilisée à hauteur de 50% par les médecins. [6]

-La présence d'un médecin homéopathe à l'hôpital garantit une transparence de la pratique et permet de travailler en cohérence avec les équipes. Elle permet également aux médecins d'évaluer une efficacité potentielle d'un remède pour un patient donné, du fait de la proximité du patient avec les équipes.

On peut remarquer que la caractéristique singulière de l'homéopathie, l'individualisation du remède, est pour la majorité des médecins interrogés difficilement conçu. En revanche, le principe de dilution infinitésimale est connu, et fait l'objet de la controverse ancienne sur un simple effet placebo ou pas.

Les médecins en grande majorité connaissent des remèdes pour des symptômes particuliers, Arnica dans les coups, Allium Cepa dans les allergies, Cocculine dans le mal des

transports... Cette démarche est celle de la médecine traditionnelle : les traitements allopathiques sont conçus pour soulager des symptômes ou traiter une maladie.

La démarche homéopathique, rappelons le, ne s'intéresse pas aux symptômes de la maladie communs aux différents individus atteints (par définition d'une maladie donnée). Elle s'intéresse aux caractéristiques de l'individu : Comment vit-il sa maladie ? Quelles sont son histoire et sa souffrance profonde ?

C'est ce que tente de résoudre un interrogatoire homéopathique : les symptômes retenus (psychisme, rêves, étiologie, symptômes bizarres ou curieux, symptômes physiques ou généraux) permettront de trouver le remède adapté au patient donné.

C'est un processus de pensée tout à fait différent, justifiant la complémentarité avec la médecine allopathique : dans ce que l'une peut traiter de la maladie et l'autre de l'individu. Un individu équilibré avec lui-même, a plus d'énergie et de ressources dans l'épreuve de la maladie.

Modalités pratiques

En France, la thérapeutique homéopathique s'insère dans les soins proposés par les structures publiques. Deux dispensaires Parisiens délivrent des soins homéopathiques : le centre Hahnemann et l'hôpital Saint-Jacques. Peuvent être également cités : l'assistance publique-hôpitaux de Paris, l'hôpital lyonnais Saint-Luc, le CHU de Strasbourg ou plus proche le Centre Hospitalier à Chambéry. L'assistance publique-hôpitaux de Paris a adopté, dans son plan stratégique 2010-2014, un volet sur les médecines complémentaires. Au CHU de Grenoble, le centre douleur travaille en collaboration avec un homéopathe uniciste de cabinet. Le gouvernement français travaille actuellement pour structurer l'engouement de la population pour les médecines non conventionnelles [12]. Les propositions sont les suivantes : ouvrir une plate forme d'information recensant les connaissances

actuelles sur les médecines non conventionnelles, développer des études bénéfice-risque et coût-efficacité afin de promouvoir ou de dissuader le recours à certaines pratiques, permettre au patients un choix éclairé en labellisant les thérapeutes de médecines non conventionnelles ainsi que les offres de formation et enfin en proposant aux étudiants des filières médicales et paramédicales des modules d'initiation pour informer secondairement les patients sur els avantage et inconvénients des pratiques non conventionnelles.

L'introduction d'une pratique homéopathique à l'EMSP recevrait un accueil favorable de la part de 14 services couverts par les entretiens. Du fait du choix qualitatif de l'étude, ce résultat ne rend pas compte de l'opinion des médecins des services non interrogés. Il sera donc nécessaire de leur présenter le projet avant d'introduire l'homéopathie au sein de l'EMSP.

Les médecins ayant abordé le point de la prescription homéopathique affirment la nécessité de présence d'un médecin homéopathe, convaincu de l'efficacité de son remède - pour un effet placebo optimum-, compétent -pour évaluer une efficacité spécifique au remède-. Et non d'un manuel de prescription ou de protocoles prescrits par des médecins allopathes. [13]

Pour éviter des prises contraignantes, l'Unicisme est plus adapté : un seul remède et une prise simple. Cette méthode a en outre l'avantage de permettre une lisibilité en cas d'efficacité du remède, puisqu'il est unique.

Les indications et le choix des patients seront à définir. Mais pour respecter les opinions de chacun des médecins, l'homéopathie serait un traitement de seconde intention, répondant à la demande du service et des patients.

Il reste cependant à traiter le problème du financement, largement abordé lors des entretiens et perçu comme un obstacle. L'autre difficulté est celle de la pharmacie hospitalière pour permettre la libre circulation de l'homéopathie dans les services, et permettre à des patients isolés et en situation financière précaire de bénéficier du remède.

L'expérience serait intéressante puisqu'elle permettrait aux services d'évaluer, du fait de leur proximité, l'efficacité d'un remède pour un patient donné. L'expérience resterait empirique mais permettrait une observation et une ouverture vers des études plus construites.

L'argument médico-économique est de proposer une alternative moins coûteuse, respectueuse des principes éthiques des soins palliatifs (Annexe III-3) lorsque les solutions allopathiques deviennent inadaptées, délétères et sources de tensions dans la relation médecin-malade.

CONCLUSION

L'homéopathie est la première médecine non conventionnelle utilisée dans la population générale et pour les patients suivis en Oncologie. Au minimum, elle exerce un effet placebo sans nuire, tout en contenant l'individu dans une écoute

active, une bienveillance, une méthodologie rigoureuse et un retour d'expérience de deux siècles.

Cette étude qualitative menée au CHU de Grenoble montre l'accueil majoritairement favorable des médecins hospitaliers aux médecines non conventionnelles, et plus spécifiquement à l'homéopathie, sujet de notre recherche. L'étude est limitée au CHU de Grenoble et au domaine des soins palliatifs.

Ce résultat s'explique par la volonté des médecins interrogés d'améliorer le patient par une approche complémentaire, sans effets secondaires connus, prenant en considération l'individu malade. Un effet placebo sans effets secondaires est considéré par la majorité des médecins comme une thérapeutique intéressante.

Nous pouvons la proposer dans l'arsenal thérapeutique de l'EMSP, en situant le cadre de prescription. Cette introduction de l'homéopathie dans les différents services resterait certes expérimentale en nombre de patients concernés par service. Mais elle serait la première étape vers une étude rigoureusement menée, respectant l'individualisation du remède et validant ou pas l'intérêt de l'homéopathie en soins palliatifs d'un point de vue économique comme d'un point de vue clinique.

ANNEXE I : DEFINITION ET PRINCIPES DE L'HOMÉOPATHIE

1. Historique

L'homéopathie a été entièrement fondée par Hahnemann, médecin, chimiste et polyglotte, déçu par la médecine contemporaine, né à Meissen en Saxe en 1755 et mort à Paris en 1843. C'est en traduisant la matière médicale de Cullen qu'il découvrit le principe de similitude, principe fondateur de l'homéopathie : « *le quinquina qui détruit la fièvre provoque chez le sujet sain les apparences de la fièvre* ». Suite à des autoexpérimentations et expérimentations de différents remèdes sur des sujets sains, Hahnemann posa les fondements de la médecine homéopathique et écrivit les premières matières médicales. Il connut le succès en 1804 à Torgau puis à Leipzig après avoir vécu dans la misère des années. Il écrivit *l'ORGANON ou la médecine rationnelle de l'art de Guérir* en 1810 où il exposa ses conceptions générales de la vie, de la santé et de la maladie. [2]

La méthode se répandit assez rapidement au XIX^{ème} siècle, principalement en Europe. En 1867, la Société Médicale d'Homéopathie de France fonda un hôpital homéopathique, l'hôpital Saint-Jacques.

L'exercice de l'homéopathie reculera assez considérablement au XX^{ème} siècle surtout en Allemagne où, entre 1937 et 1939, des études d'efficacité menées par les universités semblèrent donner des résultats négatifs.

En 1929, Mme Lise Wurmser, puis en 1932, Jean et Henri Boiron, pharmaciens, se lancèrent dans le développement du médicament homéopathique. En 1965 se fera l'inscription officielle à la Pharmacopée Française.

En France, le développement de l'homéopathie et son nombre d'utilisateurs n'ont cessé de croître ces dernières décennies. [3]

2. Définition et principes

L'homéopathie est un système thérapeutique reposant sur le principe de similitude et ses deux corollaires : le principe d'infinitésimalité et celui de globalité.

Voici la définition retenue par la Commission d'Etude sur l'homéopathie de Décembre 97 pour l'Ordre national des médecins [3] : « *L'homéopathie est une méthode thérapeutique basée sur le trépied conceptuel d'Hahnemann : similitude, globalité, infinitésimalité. Elle consiste en « l'administration à des doses très faibles ou infinitésimales de substances susceptibles de provoquer, à des concentrations différentes, chez l'homme en bonne santé (pathogénésie), des manifestations semblables aux symptômes présentés par le malade. L'application correcte de la méthode implique, après diagnostic, la comparaison par*

le médecin de l'ensemble des symptômes de l'affection et des réactions individuelles du patient avec la pathogénésie des médicaments utilisables. »

- **Le principe de similitude**

« Toute substance capable de provoquer expérimentalement chez un sujet sain et sensible un ensemble de symptômes peut guérir un malade présentant les mêmes symptômes. » [4]

Les symptômes des remèdes sont colligés dans les matières médicales. Ils sont obtenus à partir des archives d'intoxications, des expérimentations sur sujet « sain et sensible » et le retour d'expérience des homéopathes. Il existe plusieurs matières médicales en fonction de la sensibilité des auteurs et de leur perception du remède.

On désigne par « pathogénésie » l'expérimentation de chaque substance chez un volontaire « sain et sensible ». Les recherches de « pathogénésie » se poursuivent encore actuellement.

Chaque remède pouvant avoir plusieurs centaines de symptômes, l'homéopathe s'aide d'un répertoire : le plus utilisé est le répertoire de Kent, ou d'un logiciel informatique pour croiser le remède le plus adapté à l'ensemble des symptômes présentés par le patient.

Plus de 4000 substances ont été utilisées : minérales, végétales, animales, ou issues du malade lui-même. La diversité de provenance des substances utilisées explique la confusion avec d'autres formes d'exercices notamment la phytothérapie ou l'aromathérapie.

- **Le principe d'infinitésimalité**

Hahnemann a constaté qu'en baissant les doses lors de ses expérimentations, il diminuait le nombre d'effets secondaires mais l'effet thérapeutique augmentait. De plus, l'infinitésimalité permettait de rendre active des substances inertes telles que Natrum muriaticum (sel marin) ou Calcareo carbonica (calcaire d'huître). Cette dilution infinitésimale doit être réalisée par dynamisation pour être considérée comme efficace. La dynamisation correspond à la centaine de secousses du tube réalisées à chaque dilution lors de la fabrication du médicament.

Ce principe anime régulièrement la controverse car aucune théorie moderne n'est capable d'expliquer l'action des dilutions infinitésimales, comme d'en démontrer son existence.

Quant à la dynamisation, résultat expérimental de découverte fortuite, elle ne repose sur aucune base scientifique.

- **Le principe de globalité**

La maladie est conçue par Hahnemann comme un déséquilibre énergétique et le médicament comme une force énergétique qui rétablit cet équilibre. Il s'agit de prendre l'individu dans sa globalité et dans sa force vitale, et non de réaliser une simple palliation des symptômes locaux et physiques.

L'homéopathie se base sur le postulat que le corps possède en lui la force de générer un processus naturel de guérison. Il est plus important dans l'esprit d'Hahnemann de trouver les moyens de stimuler le processus naturel de guérison inhérent à tout organisme vivant, que de connaître la cause spécifique de la maladie. [4]

3. Les différents courants de l'homéopathie

- L'Unicisme : Il est directement issu de son fondateur Hahnemann. L'homéopathe a pour objectif de trouver un seul remède pouvant faire la synthèse des différents symptômes présentés par le patient.
- Le Pluralisme : Proche du raisonnement allopathique, l'homéopathe aborde le patient sous un angle symptomatique. Il prescrit plusieurs remèdes en fonction des symptômes du patient, considérés comme non systémiques. C'est la méthode la plus courante en France.
- Le Complexisme : Le produit homéopathique contient plusieurs remèdes dans un même flacon. Il constitue un médicament prêt à l'emploi, et repose sur l'hypothèse qu'un des remèdes de la préparation pourrait être efficace pour le patient.

4. Les différentes galéniques homéopathiques

Il existe plusieurs formes galéniques d'absorption perlinguale :

- Les Granules : Ce sont des sphères de saccharose et de lactose de 50 milligrammes environ. La qualité et la structure des granules sont capitales pour une bonne imprégnation médicamenteuse. Ils sont délivrés au public en tubes de 75 à 80 granules environ. Cette présentation est la plus utilisée pour les dilutions centésimales basses ou moyennes 4CH, 5CH, 7CH, 9CH.
- Les Globules : Ce sont des sphères de saccharose et de lactose de 3 à 5 milligrammes chacune. Ils sont délivrés en Doses-globules : la dose pèse 1 gramme soit 200 globules environ.
- ou d'autres, moins fréquentes : les gouttes (le support étant de l'alcool à 30°) ou les triturations employées pour des concentrations basses de souches insolubles.

Nous pouvons citer également :

- La Dose Ampoule Buvable (DAB) : qui est une ampoule contenant 1 ml de dilution prescrite.
- La Dose Suppositoire : qui contient 4 gouttes de la dilution indiquée par suppositoire de 2 grammes.
- Les Pommades : elles sont fabriquées à partir des teintures-mères de la souche désirée.

ANNEXE II : DEFINITION DES MEDECINES NON CONVENTIONNELLES

L'homéopathie est classée dans les médecines alternatives, douces, parallèles, complémentaires ou non conventionnelles. Le terme officiel en France est actuellement « médecines non conventionnelles », se référant à la définition du Pr. Axel Kahn : « *toutes les pratiques thérapeutiques non fondées sur les données actuelles de la connaissance scientifique et /ou sur des travaux de méthodologie rigoureuse et contrôlés, effectués par des expérimentateurs indépendants de tout intérêt lucratif quelconque* ». [5]

En France, l'acupuncture a été reconnue par l'Académie de médecine dès 1950 et elle peut être pratiquée légalement par les docteurs en médecine. En 2002, la commission Nicolas a ouvert la voie vers une reconnaissance de la chiropractie et de l'ostéopathie. Seuls l'acupuncture et l'homéopathie sont reconnues comme orientation médicale mais pas comme spécialités. Pour l'ordre des médecins, l'homéopathie comme l'acupuncture font partie de «pratiques médicales non éprouvées ».

Il est difficile en Europe d'harmoniser l'ouverture aux médecines non conventionnelles du fait des différences de système de santé et des pratiques médicales.

Nous pouvons citer parmi les médecines non conventionnelles les plus courantes :

- L'homéopathie
- La phytothérapie, correspondant à l'utilisation de plantes à des fins préventives ou curatives.
- L'aromathérapie, basée sur des extraits aromatiques de plantes (essences et huiles essentielles).
- L'acupuncture, issue de la médecine traditionnelle chinoise. Elle repose sur la stimulation de points de l'organisme par insertion d'aiguilles afin de rétablir la bonne circulation de l'énergie à travers le corps via des méridiens.
- L'ostéopathie repose sur la palpation et sur la manipulation des tissus et des structures osseuses visant à rétablir l'équilibre corporel.
- La chiropraxie se concentre plus sur le système nerveux, elle repose sur des manipulations visant à corriger des blocages vertébraux qui empêchent une fonction correcte des nerfs.

ANNEXE III : SPECIFICITE DES SOINS PALLIATIFS

1. Définition des soins palliatifs et mission de l'EMSP

Les soins palliatifs sont définis selon la Société Française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs (SFAP) comme :

« Des soins actifs dans une approche globale de la personne atteinte d'une maladie grave, évolutive ou terminale. Leur objectif est de soulager les douleurs physiques ainsi que les autres symptômes et de prendre en compte la souffrance psychologique, sociale et spirituelle. Les soins palliatifs et d'accompagnement sont interdisciplinaires. Ils s'adressent au malade en tant que personne, à sa famille et à ses proches, à domicile ou en institution. La formation et le soutien des soignants et des bénévoles font partie de cette démarche.

Les soins palliatifs et l'accompagnement considèrent le malade comme un être vivant et la mort comme un processus naturel. Ceux qui le dispensent cherchent à éviter les investigations et les traitements déraisonnables. Ils se refusent à provoquer intentionnellement la mort. Ils s'efforcent de préserver la meilleure qualité de vie possible jusqu'au décès et proposent un soutien aux proches en deuil. Ils s'emploient, par leurs pratiques cliniques, leur enseignement et leurs travaux de recherche, à ce que ces principes puissent être appliqués. » [1]

La prise en charge en soins palliatifs s'effectue en institution ou au domicile et lieu de vie (maison de retraite, long séjour) selon le désir du patient et les capacités de l'entourage. Une coordination s'opère entre les différents modes de prises en charge.

En France, il existe trois types de structures de soins palliatifs pour accueillir les patients en institution :

- **Les Unités de Soins Palliatifs (USP)** sont des structures d'hospitalisation d'environ 10 lits accueillant pour une durée limitée les patients en soins palliatifs. Les USP sont constituées de lits totalement dédiés à la pratique des soins palliatifs et de l'accompagnement. Elles réservent leur capacité d'admission aux situations les plus complexes et/ou les plus difficiles. Elles assurent ainsi une triple mission de soins, d'enseignement et de recherche.
- **Les équipes mobiles de Soins Palliatifs (EMSP)** ont pour mission d'apporter une aide, un soutien, une écoute active, des conseils aux soignants qui prennent en charge des patients en fin de vie dans d'autres services. La mission des EMSP concerne : la prise en charge globale du patient et de son entourage familial, la prise en charge de la douleur et des autres symptômes, l'accompagnement psychologique et psychosocial, le rapprochement, le retour et le maintien à domicile, la sensibilisation aux soins palliatifs et à la réflexion éthique. Le sujet de l'étude qualitative est de proposer l'homéopathie par le biais de cette structure, qui a l'avantage d'avoir une activité transversale dans les différents services hospitaliers.

- **Les lits identifiés en soins palliatifs** (LISP, officiellement appelés prise en charge identifiée de malades en soins palliatifs hors USP) sont des lits situés au sein d'un service d'hospitalisation. Ils permettent une ouverture et un lien entre le domicile et les établissements, par exemple dans le cadre d'un réseau de santé (soins palliatifs, cancérologie).

2. Une médecine centrée sur le patient.

L'objectif dans une Equipe de Soins Palliatifs est l'accompagnement du patient et de son entourage, l'amélioration de la qualité de vie du patient, et non l'éradication de la maladie. Il s'agit donc d'une prise en charge globale centrée sur le patient dans sa souffrance globale et ses symptômes physiques. L'aspect curatif, s'il est maintenu, est géré par les équipes spécialisées en rapport à la pathologie. Il n'y a donc pas de perte de chances pour le patient, selon les recommandations officielles de la médecine classique, d'un point de vue de l'évolution et du traitement de sa maladie.

L'homéopathie est une médecine sans effets secondaires connus, centrée sur le patient dans ce qu'il est et vit de sa maladie, pouvant être utilisée en complément de la médecine classique. Dans ce champ de l'incurabilité et de la souffrance, elle n'entre pas en concurrence avec la médecine classique.

3. Respect des principes éthiques des soins palliatifs

Par ailleurs, l'homéopathie respecte les principes éthiques faisant l'objet d'un accord sur le plan international [14] :

* *Principe de bienfaisance* : On peut signaler l'absence de perte de chances selon les recommandations officielles de la médecine car elle est utilisée en complément de la médecine allopathique. L'objectif d'un homéopathe pour son patient est naturellement de prévenir ou d'enlever le mal, de faire et promouvoir le bien.

* *Principe de non malfaisance* : L'homéopathie est connue pour l'absence d'effets secondaires indésirables. On peut néanmoins signaler que pour les homéopathes, il existe des règles de prescription et de dilution à respecter pour éviter des états d'aggravations.

* *Principe d'autonomie* : Le remède prescrit permet de stimuler les processus de guérison ou de soulagement propres au patient. Le patient reste libre de choisir et d'accepter le remède prescrit.

* *Principe d'humanité* : Nous l'avons signalé à plusieurs reprises, l'homéopathie est centrée sur le patient et s'intéresse avant tout à des symptômes personnels, inusités, permettant de broser le tableau du remède le plus adapté à l'ensemble des symptômes caractéristiques du malade. L'homéopathe est donc dans un état d'écoute sensible, il reçoit sans jugement le discours spontané du patient dans ce qu'il vit, recueils de son histoire et de sa maladie vécue.

* *Principe de justice* ou de proportionnalité : il s'agit de traiter sans discrimination, avec équité, l'ensemble de ses patients.

ANNEXE IV : LA QUESTION DE L'EVALUATION DE L'HOMÉOPATHIE ET DE SON EFFICACITE

1. L'inadaptation des outils d'évaluation

En homéopathie uniciste, le médecin recherche un traitement individualisé pour son patient. Or, le thérapeute analyse des symptômes en fonction de sa sensibilité au remède et au malade. On comprend la difficulté d'une étude à grande échelle de patients différents, quoique présentant la même maladie, évalués par des homéopathes différents (uniciste, pluraliste, complexiste), à partir d'outils issus de la médecine allopathique. L'étude bénéfice/risque de traitement versus placebo pour une maladie n'est pas appropriée à la recherche d'un remède adéquat pour un patient donné.

Néanmoins, des tentatives de recherches ont été réalisées selon les méthodes scientifiques actuelles pour évaluer la supériorité de l'homéopathie par rapport à un effet placebo.

2. Quatre méta-analyses de méthodologie correcte :

1 - En 1991, Kleijnen et al. [15] ont mené une méta-analyse de 105 essais aux résultats analysables. Ils ont conclu que les données probantes étaient suffisantes pour indiquer un résultat statistiquement favorable à l'homéopathie, même si la qualité méthodologique de nombreux essais était modeste.

2 - La méta-analyse suivante, effectuée en 1997 par Linde et al. [16], portait sur 89 essais que les auteurs jugeaient acceptables. D'après les conclusions des auteurs, il était peu probable que les effets cliniques de l'homéopathie soient entièrement attribuables à l'effet placebo. On ne possédait pas assez de données probantes pour conclure que l'homéopathie était efficace contre un trouble donné. Cependant, le mode de sélection des études a été contesté, certains décelant un biais vers des études aux résultats positifs.

3 - Une autre méta-analyse de 1998, exécutée par Linde et Melchart [17], a permis de comparer l'homéopathie individualisée à un autre traitement, à un placebo ou à l'absence de traitement. Dans les 19 essais qui fournissaient des données suffisantes, l'homéopathie était beaucoup plus efficace qu'un placebo. Lorsque les essais étaient limités à ceux qui comportaient la méthodologie la plus solide, on n'observait aucun effet significatif. Il était impossible de tirer des conclusions fermes quant à l'efficacité générale de l'homéopathie, en raison de la mauvaise qualité des essais, des forts taux de perdus de vue et du rôle inconnu des biais de publication.

4 - En 2005, une méta-analyse est publiée dans le Lancet par un groupe de huit chercheurs de nationalités suisse et britannique dirigé par le Docteur Aijing Shang [18]. Elle consistait en l'analyse des publications médicales de 19 banques électroniques, comparant l'effet placebo à l'homéopathie et l'effet placebo à la médecine conventionnelle. Les auteurs concluaient que des biais étaient présents dans les 2 types d'essais : homéopathie versus placebo et médecine conventionnelle versus placebo. Les effets de l'homéopathie étaient probablement dus au placebo. Les auteurs mettaient en évidence les effets spécifiques des thérapeutiques conventionnelles.

Les données de la recherche jusqu'à présent ne sont pas concluantes : les défenseurs de l'homéopathie - du fait de l'inadéquation de la méthode - et les détracteurs de l'homéopathie - du fait des résultats des méta-analyses successives - pourront rester sur leurs positions et les défendre.

ANNEXE V : UTILISATION DE L'HOMÉOPATHIE DANS LA POPULATION GÉNÉRALE ET EN ONCOLOGIE

1. Une médecine de plus en plus utilisée dans la population générale et appréciée.

En 1978, les patients utilisant l'homéopathie représentaient 8% des clients des pharmaciens (24% par automédication) et les médicaments homéopathiques représentaient 1,5% du total du chiffre d'affaire de l'industrie pharmaceutique avec 5000 à 6000 prescripteurs de médicaments homéopathiques dont environ 1500 médecins homéopathes déclarés. [3]

En 1992, selon un sondage IFOP, 36% de la population utilisaient les médicaments homéopathiques. [3]

En 1994, selon un nouveau sondage IFOP, 75% de la population se déclarait favorable dont 36% en tant qu'utilisateur. [3]

En 2007, selon un sondage IFOP, près de quatre Français sur dix (39%) déclarent avoir recours aux médecines naturelles, principalement à l'homéopathie (27%). Ces médecines sont jugées efficaces par une très large majorité d'entre eux lorsqu'elles sont utilisées en prévention (78%), pour soigner les maladies liées au stress (77%) ou pour traiter les maladies bénignes (76%). (Echantillon de 958 personnes, représentatif de la population française âgée de 18 ans et plus.) [6]

En 2010, une étude Ipsos montre que 53% de foyers ont eu recours à l'homéopathie. 84% des Français considèrent que les médicaments homéopathiques ne provoquent pas d'effets secondaires, 83% qu'ils respectent l'environnement et 64% que leur efficacité est prouvée. [7]

En 2012, le premier ministre français a demandé au Centre d'analyse stratégique de Paris des réponses à l'engouement de la population pour les médecines non conventionnelles. D'une part, pour s'assurer de l'innocuité des techniques et encadrer la pratique et la formation des thérapeutes. D'autre part, pour organiser l'intégration de ces médecines au système de santé, lorsqu'elles peuvent contribuer, en complément des soins conventionnels, à une prise en charge des patients plus complète [8].

2. Plus spécifiquement en Oncologie :

En Europe, l'étude Mollasiotis, menée auprès de 956 patients dans 14 pays européens par des membres de la société européenne de soins en oncologie, publiée dans les annales d'oncologie en 2005, dresse une esquisse de la place des médecines non conventionnelles en Europe : plus d'un tiers des patients européens atteints d'un cancer ont recours à des médecines non conventionnelles. Elles sont utilisées notamment pour aider l'organisme à lutter contre la maladie et améliorer leur bien-être physique et émotionnel. Ces résultats montrent de grandes variations à travers l'Europe avec une variation de prévalence entre 15% en Grèce jusqu'à

75% en Italie. Les plantes constituent le traitement non conventionnel le plus fréquent en Europe, avec l'homéopathie et les tisanes médicinales [9].

En France, en 2005 une étude, menée par S. Träger-Maury, porte sur l'utilisation de médecines non conventionnelles chez les patients atteints de cancer. Un questionnaire anonyme a été mis à la disposition de patients volontaires en surveillance ou en cours de traitement dans un service de cancérologie. L'étude descriptive porte sur 207 questionnaires au total. Sur les 195 exploitables, 34% des patients ont recours aux médecines non conventionnelles. L'homéopathie (42%), les plantes (27%) et les vitamines (18%) sont les substances les plus utilisées. L'acupuncture (22%) et les massages (15%) sont les techniques les plus représentées. Aucun profil type de l'utilisateur de médecines non conventionnelles n'a été mis en évidence. La principale raison de cette utilisation n'était pas de guérir le cancer mais de soulager les effets secondaires du traitement conventionnel (66%). Plus de la moitié des utilisateurs (57%) ne révélaient pas cette utilisation au cancérologue parce que cette question n'avait jamais été abordée en consultation. Un patient sur trois atteints de cancer utilise des médecines non conventionnelles pendant et après le traitement de sa maladie. [10]

Une deuxième étude, également réalisée en France, datant de 2005, a été menée par L. Simon à Strasbourg, sur la place des médecines non conventionnelles dans la qualité de vie des patients suivis en oncologie à partir de 244 malades cancéreux en cours de chimiothérapie dans deux centres publics et une consultation privée. L'homéopathie est utilisée à 60%, le régime diététique et complément alimentaire à 40%, la phytothérapie à 30,5%, l'injection d'extraits de gui à 40% et, moins fréquemment l'acupuncture ou l'hypnose. Selon les patients, le but est essentiellement de renforcer les défenses de l'organisme à 78,5% pour mieux supporter le traitement anticancéreux et pour 27,5% des patients de traiter la maladie cancéreuse elle-même. Pour la plupart des patients, l'existence d'une maladie grave et les effets secondaires des traitements constituent le facteur déclenchant les orientant vers ces thérapeutiques. Ces patients sont, dans l'ensemble, satisfaits de l'amélioration de leur état général et des symptômes comme la fatigue, les nausées et les vomissements, et rares sont ceux n'ayant pas constaté d'amélioration. Cette étude, la première sur un effectif aussi important en France, confirme les données des autres pays européens. [11]

En 2010, l'AERIO a mis en place une enquête, intitulée MAC AERIO, afin d'apporter un éclairage sur le nombre de patients atteints d'un cancer qui utilise des médecines non conventionnelles. Cette étude a été présentée par le Docteur Rodrigues à Eurocancer. La population étudiée était de 850 patients à l'hôpital de jour dans 18 centres différents dont 64% étaient des femmes et dont l'âge moyen était de 60 ans : 60% des personnes interrogées se sont tournées vers des médecines non conventionnelles au cours de la prise en charge, sans toutefois en faire part à leur soignant pour près de la moitié d'entre eux. 48 % en utilisaient déjà avant leur diagnostic de cancer. L'immense majorité 99% ne les utilisait pas par dépit des médecines traditionnelles. 84% des utilisateurs estiment les médecines non conventionnelles efficaces, mais essentiellement sur le seul critère de l'absence d'effets secondaires. L'homéopathie est la première médecine non conventionnelle utilisée avec un tiers des patients interrogés. En seconde position viennent les compléments alimentaires. [12]

En 2010, Corinne Morandini a soutenu sa thèse sur la place des médecines non conventionnelles chez les patients sous chimiothérapie par une étude prospective multicentrique réalisée auprès des patients et des professionnels de santé de cancérologie dans quatre hôpitaux de la région Rhône-Alpes.

La prévalence d'utilisateur dans la population étudiée est de 39,8%, pourcentage proche de celui retrouvé dans la littérature avec une cohérence du profil utilisateur : les femmes de niveau socioprofessionnel élevé, ayant eu plusieurs types de traitement conventionnel. Les utilisateurs croient beaucoup à leur efficacité, 92% des patients trouvent une aide. Les patients ressentent un bénéfice en l'utilisant : amélioration de la tolérance des traitements, notamment les nausées et vomissements, renforcement des défenses, amélioration de la fatigue et du moral. Les produits les plus utilisés sont l'homéopathie et la phytothérapie. Par ailleurs, son étude montrait que les patients ignoraient l'existence d'effets indésirables à type d'interactions avec les produits de chimiothérapie surtout avec la phytothérapie, tout autant que les professionnels de santé. [13]

En conclusion, ces récentes études menées en France et en Europe à grande échelle montrent une cohérence de résultats chez les patients suivis en milieu hospitalier oncologique :

- L'homéopathie est la première médecine non conventionnelle utilisée.
- L'indication principale est l'amélioration de la tolérance des traitements. Elle ne se substitue pas à la médecine classique, mais est utilisée en complément.
- Les patients sont dans la grande majorité satisfaits de l'amélioration de leur état général.

ANNEXE VII : VERBATIM EN FONCTION DES THEMATIQUES

Les extraits de dialogue sont sélectionnés pour éviter de surcharger l'annexe. Certains extraits ne sont pas numérotés pour respecter l'anonymat du médecin interrogé.

I. Le choix de l'exercice médical

- a. La vocation du soin au sens de : « *s'occuper du bien être et du contentement d'une personne* » [11].

2 : « *Pourquoi j'ai fait médecine ? Je n'ai jamais voulu faire autre chose et personne dans ma famille n'a fait médecine... Ca m'a toujours semblé être une évidence et aujourd'hui au final je suis très heureuse mais le pourquoi... je pense que j'aime les gens, le contact, et même si on entend de plus en plus parler d'argent, nous soignons les gens quels que soient leurs moyens... Donc... voilà je pense pour l'amour des gens et l'amour de rendre service. Vraiment je n'ai jamais voulu faire autre chose, je n'ai pas de vrais arguments. C'est en moi et c'est comme ça... »*

11 : « *Très clairement, pour la notion d'aide et de service. C'était pour moi un métier qui avait un sens et qui en a toujours.... Je ne me voyais pas du tout dans l'entreprise ou dans la finance, je voyais concrètement ce que ça représentait.... ce que je peux dire... Absolument pas de médecin dans la famille, ce n'était même pas sur une histoire de modèle... (...) J'ai été complètement fascinée par cet homme et ce qu'il accomplissait à ce moment là, l'envie de faire médecine ne m'a jamais quitté par la suite et je continue de penser que c'est un beau métier, je ne regrette pas... »*

« *La médecine ? Vocation, rendre service au patient, connaître le fonctionnement du corps humain, vers l'âge de 15-16 ans... C'était la vocation, sans médecins dans la famille... Au départ, chirurgien ou cosmonaute puis finalement chirurgien et puis avec le temps c'était un peu dur au niveau emploi du temps... donc médecine et médecine interne pour le caractère hospitalier, polyvalence et prise en charge globale du patient qui est assez intéressante... Ce qui me plaît c'est le rapport au patient, me lever tous les jours en me disant que je vais rendre service, c'est vraiment ainsi... avoir l'impression tous les jours de rendre service... »*

18 : « *Alors médecine, parce que par vocation vraiment... Je n'ai aucun médecin dans ma famille. Parce que j'aime la biologie humaine, parce que je suis attentive, j'aime les contacts humains.... C'est vraiment par vocation depuis que je suis enfant. J'ai toujours été attiré par les soins et ce côté santé... »*

b. Un métier stimulant intellectuellement :

« Une des premières choses, c'est le caractère scientifique de la discipline. Depuis tout petit, j'ai voulu faire quelque chose dans le domaine scientifique donc ça a été un des motifs de restriction dans les choix. Après pourquoi médecine plus qu'un autre métier ? Pour le vivant, pour la relation avec les gens, pour le côté soin et apporter quelque chose aux gens, pour essayer de les améliorer... Globalement, j'ai toujours été du genre à aider les autres, et ça collait bien là dessus...L'association du caractère scientifique et du côté aide à la personne, un petit peu le mélange des deux...c'est principalement ce qui m'a motivé. (...)En fait, la néphrologie est une spécialité très intellectuelle, très mécanistique qui ressemble à l'endocrinologie, très physiopathologique, c'est vraiment des arbres diagnostics, on réfléchit sur des canaux, des choses comme ça, j'ai toujours aimé le côté biologique, j'ai toujours été plus biologique que clinique...»

6 : « Ce qui me plaît, il faut quand même le dire, c'est le contact avec le patient...Dans l'ensemble ça me plaît, suivre, discuter. Ce qui me plaît aussi ce sont les avancées, les traitements qui changent, et travailler en équipe. »

12 : « Le travail d'équipe et puis, on arrive, dans cette structure (car on est au CHU), à trouver des thèmes qui évitent de ronronner. Parfois on est saturé, ça fait partie de la règle de 20/80, et puis il y a l'enseignement à la faculté et le turn over du personnel, globalement c'est stimulant... »

c. Autres sources de motivations :

La reconnaissance sociale : « Parce que je sors d'un milieu très défavorisé et c'est une façon de sortir du quart monde (...) Tout le monde connaît l'instituteur, le maire et le médecin. »

Le mimétisme : « J'ai bifurqué en médecine, je pense par mimétisme puisque beaucoup de gens de mon entourage faisaient médecine... »

Le besoin d'action : « J'avais besoin de plus de contact, d'action (...) donc j'ai bifurqué de suite vers de l'action en anesthésie réanimation... Mais là aussi, on était presque sûr de faire plus d'anesthésie que de réanimation... »

La peur de l'ennui : « Parce que c'est vaste... Les études de médecine me semblaient suffisamment longues et complètes, pour ne pas m'ennuyer. HEC ou science Po ne me convenaient pas autant. »

L'impact des médias et des lectures : « J'ai choisi médecine parce que je voulais faire de la chirurgie. Pourquoi j'ai voulu faire de la chirurgie ? Parce que j'ai été probablement influencé par des émissions ou des articles que j'ai pu lire. »

d. Le choix des spécialités :

« Je voulais être gériatre du fait de cette prise en charge globale, de cette évaluation globale du patient, et non pas le morcellement organe par organe.

Le deuxième volet, il y a l'aspect intellectuel lié au vieillissement et puis l'exercice d'une médecine qui n'est pas complètement celle des livres. Comme on est dans un cadre de poly pathologie, on est obligé d'évaluer les pathologies chroniques les unes à côté des autres et quelque part regarder celle qui va primer dans l'espérance de vie du patient et faire un projet thérapeutique ou de soins lié techniquement à l'aspect pronostic d'une des pathologies qui prend le pas sur les autres mais aussi lié à ce que veut ou non le patient. »

« Pour le coup, je suis venu en ORL par déduction, ça m'a plu parce que c'est une spécialité très vaste qui offre des possibilités médicales, chirurgicales. De plus, dans la chirurgie il y a des sur spécialisations au sein de la spécialité que n'offrent pas toutes les spécialités chirurgicales.(...) Je me suis toujours senti bien du côté oncologique parce qu'il y avait une prise en charge globale du patient. Ce n'est pas simplement un diagnostic avec un geste à faire et un rendu, mais il y avait une prise en charge globale, sur les bilans d'extensions, sur les choix thérapeutiques, à discuter avec le chimiothérapeutes, les radiothérapeutes, donc voilà... et correspondant à une prise en charge médicochirurgicale.(...) Parce que la politique du service, ça a toujours été du temps que je suis arrivé dans le service jusqu'à aujourd'hui, de prendre le patient du jour où on fait le diagnostic jusqu'à la fin, et on y déroge pas pour l'instant, sauf si on y serait vraiment contraint. »

« Ce qui me plaît en néphrologie : de la clinique avec des examens, le contact avec les patients et les actes. On est encore une spécialité qui a gardé les deux. Plus on avance dans la carrière, plus on vieillit, plus on affine la relation. Ce qui est intéressant en néphrologie c'est la chronicité, c'est de la voir en consultation, puis en dialyse, puis en transplantation puis en suite de transplantation... »

« En urologie, il y a plein de pathologies chroniques que l'on suit. On voit les patients évolués, on vieillit avec eux entre guillemets. C'est riche, c'est vrai que 60 % de nos consultations, c'est des fidèles et c'est plaisant. Et puis on a une spécialité où on a gardé nos explorations fonctionnelles, c'est nous qui faisons les fibroscopies. On fait le diagnostic du début jusqu'à la fin et le traitement qui en découle, c'est très varié dans la pratique chirurgicale. On a un contact avec le patient, après c'est vrai que c'est une sphère hyper intime, donc on rentre dans quelque chose des gens qui est encore plus proche d'eux. »

« La dermatologie m'a plu parce qu'elle allie les deux, c'est-à-dire qu'il y a de la réflexion et beaucoup d'actes : des exérèses, de l'allergologie, de l'angiologie, ou de la petite chirurgie, etc. ».

La chirurgie est bien différenciée de la médecine : les médecins l'ont choisi pour ses particularités manuelles et pratiques.

« Je voulais être vétérinaire mais je n'ai pas eu le courage de faire les classes préparatoires et rester dans une ambiance lycée.... J'aime bien travailler de mes mains, j'ai choisi chirurgie... Je n'ai pas du tout de famille dans la médecine... »

« Médecine ? J'ai choisi chirurgie...(...) Le côté chirurgical, c'est quelque chose de concret et de pratique. »

II. Perception de l'homéopathie

a. Les connaissances théoriques de l'homéopathie:

<p>« Pas convaincu, alors connaissances bibliographiques : 0, connaissances presse grand public : pas très élevées non plus, plus un a priori sur le côté... en tant que néphrologue, on dissèque et on essaie de comprendre... Et moi j'ai besoin de comprendre pour concevoir que ça fonctionne. »</p>
<p>3 : « Ce que je vais dire, je n'ai pas une vision technique. En tant qu'hospitalier, j'ai une vision beaucoup plus allopathique de la médecine. Je n'ai pas forcément d'a priori... »</p>
<p>11 : « Alors connaissances rien du tout... Je me suis demandée s'il fallait que j'accepte cet entretien, peut être que ça vaut le coup. Ce n'est pas que je sois réfractaire mais je ne connais pas. Jamais dans la famille, on a eu recours à des médecins homéopathes, mais je crois même qu'on n'a pas eu recours à des médecins parce qu'on est des gens en bonne santé... (...) Je ne peux pas donner des informations à des patients qui me demandent mon avis sur une prise en charge par homéopathie, mais je ne suis pas contre et j'encourage certains patients dans une démarche parallèle. Je leur dis souvent que ça ne leur fera pas de mal, je ne suis pas du tout opposée mais je ne connais pas (...) J'imagine que ça peut être efficace sur les angoisses, anxiété, douleurs fortes je ne sais pas, ou le transit... J'ai des notions des grands principes de l'homéopathie, mais je ne connais pas de remèdes et la manière de prescrire... »</p>
<p>13 : « Moi, l'homéopathie, je connais les grands principes mais ce qui me plaît assez dans l'homéopathie comme dans d'autres approches du malade, c'est que c'est une approche globale, on tient compte certes du symptôme d'appel mais ensuite on essaye de voir l'individu dans son ensemble ce qui est dramatiquement inconnu en milieu hospitalier et mal enseigné aux étudiants, c'est en ça que ça me plaît l'homéopathie. Par contre, les médicaments homéopathiques est-ce qu'ils marchent ou pas, je n'en sais rien. J'y crois qu'à moitié, mais la démarche homéopathique me plaît... »</p>

b. Une connaissance empirique

<p>« Parfois nous proposons cette approche de façon spontanée, on voit que l'enfant a déjà beaucoup de traitement, on sent qu'il y a un symptôme gênant et qu'on n'a pas envie de rajouter un traitement qui pourrait avoir des effets secondaires, on évalue la situation, comment on sent la famille et je rassure les patients : si ça ne marche pas vous nous le dites et on réfléchira différemment. C'est rare que les patients nous disent « je ne veux pas d'homéopathie ». Nous n'avons pas de protocole d'utilisation de l'homéopathie conjointement à des traitements anticancéreux, ce n'est pas quelque chose prévu de façon protocolaire, ça c'est sûr, ce n'est pas rentré à ce point là. C'est très personnel dépendant, mais il n'y a pas d'opposition farouche à l'homéopathie. »</p>
<p>5 : « Ça m'évoque des souvenirs personnels parce que ma mère ne nous soignait qu'avec ça. Je pense que c'était un moyen de ne pas nous emmener chez le médecin... »</p>
<p>7 : « L'homéopathie...d'une façon générale ? Pour être honnête je ne connais rien en homéopathie, je vais être très clair... Sur le plan personnel à la maison, j'essaie de comprendre la vulgarisation du sujet. Ce que j'en ai retiré moi : dans certaines pathologies et certaines gammes de l'homéopathie, il doit avoir quand même des résultats : même si il y a des niveaux de preuve pas très élevés, il y a quand même des résultats. Notamment l'arnica à la maison, on a des enfants, je n'y croyais pas trop mais ma femme m'a dit « ça marche très bien », l'arnica est rentré la maison, elle n'en est jamais sorti, après c'est de l'empirique... »</p>
<p>8 : « Je connais comme un français lambda, je ne connais rien... Je donne de l'arnica à mes enfants, j'écoute volontiers ce qu'on me propose et ça ne me gêne pas du tout d'en prendre</p>

pour moi, ma famille ou les patients. Dès l'instant où ce n'est pas exclusif et que ça ne ferme pas les portes à quoique ce soit d'autres...Ca ne peut pas faire de mal, je ne sais pas en terme d'efficacité ce que ça peut apporter mais toujours est il que les enfants quand ils ont l'arnica ça va mieux, apis mellifica ça marche très bien.. . »

9 : « Ca marche, je ne sais pas pourquoi mais ça marche...dans les allergies, les douleurs, les personnes en sont satisfaites. Je l'ai utilisé à titre personnel, pour les éruptions dentaires de l'enfant, les nausées de la femme enceinte ou les allergies graminées ou acacias. En 2 ans, l'allergie à l'acacia a disparu et s'est améliorée pour les graminées. »

12 : « Je l'ai découvert en pédiatrie, puisque je ne suis pas que médecin mais aussi maman et j'avais une pédiatre assez orientée et qui pour des pathologies qui laissent démunis dans la médecine conventionnelle, avait recours à l'homéopathie avec un succès mitigé : ça marche ou pas, ça ne peut pas faire de mal et on n'avait pas autre chose à proposer. Je ne sais pas le prescrire, je ne sais pas comment faire, mais ça ne me dérange pas de l'utiliser, et je l'utilise encore soit pour le renforcement de l'immunité, les chalazions, l'arnica je trouve que ça marche bien...ce sera plus personnel que professionnel. »

*19 : « Moi, de ce que j'en connais, j'en ai eu beaucoup petite, mais après on était très peu malades, est ce qu'il y a un lien, je ne sais pas ? Pour les petits rhumes ou pour la prévention, les états grippaux, la prévention du stress...
Je pense que ça marche, en prévention je pense, maintenant pour traiter la cause, je ne sais pas, au niveau des études, je ne sais pas trop... »*

c. L'homéopathie est considérée comme un traitement adjuvant

3 : « Je hiérarchise donc l'homéopathie comme un soin de support et quelqu'un qui me dit je suis traité, dès l'instant qu'il me dit pas qu'il ne va pas soigner son cancer à coup d'homéopathie, je lui dis oui, pour moi c'est comme faire du yoga, c'est des techniques de support qui peuvent être intéressantes qui apportent un bien au patient. »

17 : « C'est un traitement qui peut soulager, c'est un traitement adjuvant, je dirais...qui peut apporter du soulagement, peut être du bien être, à des patients. On ne peut pas non plus en attendre des miracles. »

d. L'homéopathie considérée comme un bon effet placebo

5 : « Mais je n'y crois pas ...Je pense que si quelqu'un est suffisamment convaincu, son cerveau peut faire des choses incroyables...mais je pense que l'homéopathie est juste un support des capacités intellectuelles du cerveau humain à l'auto suggestion sans aucun à priori négatif. »

10 : «J'envoie certains patients migraineux chez des homéopathes, puisque j'ai besoin de l'effet placebo. Donc quand on a besoin de l'effet placebo, autant utiliser l'homéopathie ou l'acupuncture plutôt que de prendre des traitements conventionnels avec une toxicité. On est face à des thérapeutiques qui n'ont aucune toxicité donc pour utiliser l'effet placebo, c'est l'idéal. »

III. L'efficacité de l'homéopathie en question

a. Un simple effet placebo :

« L'homéopathie ? Ce que ça m'évoque, c'est que c'est un effet placebo... Voilà, c'est tout ce que ça m'évoque. Sur les études faites en neurologie, sur des pathologies comme la migraine on a un effet placebo. Donc il faut utiliser l'effet placebo... Absence de toxicité et effet placebo ... Donc, après le nom... je m'en fous, il n'y rien dedans... donc quelque soit le nom, le résultat est le même.

On sait que Benveniste a dit des conneries, et tout ce qu'il a dit était faux, voilà, on ne peut pas se reposer sur des bases scientifiques fausses, on le sait tous. »

« On va dire... pour moi l'homéopathie est un bon placebo, alors... dans la médecine interne on met parfois en avant les médecines parallèles dans le sens de tous ses troubles fonctionnels que nous sommes amenés à prendre en charge. On est bien conscient de l'effet placebo et de l'effet nocebo, aussi d'ailleurs, des médicaments. Parfois je pense que les gens feraient mieux d'avoir un bon placebo plutôt qu'avoir des médicaments avec des effets secondaires. Parfois, je conseille même au fibromyalgique d'aller faire de l'homéopathie ou de l'acupuncture ou de la sophrologie plutôt que de prendre un énième antidépresseur. Après je pense que certaines personnes ont besoin de ça, cette partie là, mais moi je n'adhère pas au côté scientifique mais je trouve que c'est un bon support comme un autre. Je dis souvent que le patient choisisse un bon placebo, qu'il adhère, et parfois ça fait des miracles au prix de l'absence d'effets secondaires. »

b. Au moins un effet placebo :

11 : *« Une autre chose, un effet placebo sans effets secondaires est un effet thérapeutique. Je ne suis pas du tout opposée tout en n'étant pas convaincue...*

Je dis souvent aux patients : « à défaut de ne pas vous faire du bien, ça ne vous fera pas de mal. »

1 : *« Après si c'est en complément et que ça apporte du bien aux gens tant mieux, c'est le principal après tout c'est l'effet qui compte. J'aimerais bien un jour que l'on comprenne tout... Après est ce que ça marche vraiment ou pas, je ne sais pas, je ne dirais pas non, ni oui je ne sais pas. Je ne pourrais pas me prononcer oui ou non, mais sans doute que ça aide certaine personnes et que ça à un effet... qui soit dans la molécule ou est ce que c'est un effet psychique de la consultation de l'homéopathe, de comment on comprend les patients et comment on les approche, c'est sans doute une grande part, non pas de l'éducation thérapeutique mais de la communication avec le patient... »*

c. Une supériorité par rapport au placebo

9 : « *Ca marche, je ne sais pas pourquoi mais ça marche... dans les allergies, les douleurs, les personnes en sont satisfaites. Je l'ai utilisé à titre personnel, pour les éruptions dentaires de l'enfant, les nausées de la femme enceinte ou les allergies graminées ou acacias. En 2 ans, l'allergie à l'acacia a disparu et s'est améliorée pour les graminées. Et puis, d'accord ce n'est pas démontré que c'est efficace par rapport au placebo, mais et certains hypertenseurs ? Et le Neurontin (on sait bien qu'il n'a pas non plus d'efficacité supérieure au placebo). Si le malade se sent mieux... Pour les malades, c'est un vrai plus de disposer d'homéopathie à l'hôpital prescrits par un médecin homéopathe ».*

13 : « *Je ne vis pas comme un simple placebo l'homéopathie, il y a des gens à qui ça peut apporter beaucoup... »*

18 : « *Je pense que dans ces médecines là, il y a une partie des choses qui n'est pas chiffrable, mais qui existe. »*

d. L'absence d'effets secondaires et d'effet nocebo

1 : « *je sais qu'il n'y a pas d'effet nocebo avec l'homéopathie, de toute façon, ça ne coûte rien de le faire... »*

14 : « *Après je pense que certaines personnes ont besoin de ce type de médecine mais moi je n'adhère pas au côté scientifique mais je trouve que c'est un bon support comme un autre. Je dis souvent que le patient choisisse un bon placebo, qu'il adhère, et parfois ça fait des miracles au prix de l'absence d'effets secondaires. »*

IV. L'absence de validité scientifique et de fondement scientifique

a. L'absence d'études aux résultats positifs

5 : « *Dans les années 95 avait été publié dans Prescrire une méta analyse, il faut que le médecin qui le prescrive y croit aussi alors je ne sais pas trop comment il fait s'il lit les méta analyses... Comment (moi, à la rigueur je n'en prescris pas) un médecin peut il prescrire en sachant que les études sont négatives, c'est un peu ça mon problème... »*

6 : « *Le problème de l'homéopathie, je trouve, c'est le manque d'études et de recul : est ce que c'est bien ou pas ? A la base, on est rassuré que ce ne soit pas mauvais. Mais on n'est pas bon et on manque de connaissances. Ce qui me manque clairement, j'ai vu des essais comme Cocculine, qui était négatif... Je me suis arrêtée là, je n'ai pas de mauvais échos mais je ne suis pas convaincue. Pour moi, il faudrait des études clairement... (...) Si ça marchait, et ça a quand même l'AMM, pourquoi on ne le saurait pas plus, pourquoi? Voilà. »*

3 : « *J'ai toujours eu un doute en homéopathie car je n'ai jamais vu d'études validées scientifiquement. Après, il peut avoir un effet placebo, je sais parfaitement après 10 ans de gériatrie que l'envie gouverne beaucoup de choses dans la récupération de fonction des gens.»*

b. L'absence de fondements scientifiques

« En tant que néphrologue, on dissèque et on essaie de comprendre...Et moi j'ai besoin de comprendre pour concevoir que ça fonctionne. »

10 : « On sait que Benveniste a dit des conneries, et tout ce qu'il a dit était faux, voilà, on ne peut pas se reposer sur des bases scientifiques fausses, on le sait tous. (...) Pour l'instant, personne n'a démontré quoi que ce soit et personne n'a démontré le principe éventuel de ce type de thérapeutique. On est face à un effet placebo, on l'utilise...Je pense que l'on peut se mettre homéopathe en l'étant pas d'ailleurs, et utiliser n'importe quel truc, arnica machin truc ou peu importe. Ce qu'il faut c'est que le patient y croit, c'est plus ça, c'est un peu sectaire comme système, mais c'est ça qui est important...

Tous médecins qui a lu la littérature et qui à un temps soit peu d'honnêteté scientifique va vous répondre la même chose... »

c. La méfiance vis-à-vis de BOIRON et le remboursement de l'homéopathie contesté :

3 : « Boiron a toujours eu la grosse manne, dans ma tête je ne voyais pas de choses concurrentielles et puis, peut être parce que je ne suis pas allée les chercher, je n'avais pas lu de lectures scientifiques se rapportant à l'homéopathie. C'est un peu paradoxal ça à l'air de bien marcher ou du moins commercialement bien marché sans avoir besoin de faire la preuve par neuf que ça marche. Dans ma tête, ce n'était pas clair cet aspect...J'avais l'impression d'un conflit d'intérêt du laboratoire Boiron qui avait mis la main sur quelque chose et puis voilà.(...) Ce que j'avais compris, et retenu des 3 minutes sur la mémoire de l'eau c'est qu'il nous a expliqué qu'il y a un fondamental scientifiquement prouvable, après c'est l'étape entre le fondamental et le médicament : est ce que Boiron c'est inspiré de ce fondamental se disant je m'appuie là-dessus pour vendre mes médicaments. »

10 : « Par contre, je considère que ce n'est pas normal que l'homéopathie soit remboursée par la sécurité sociale.

Quand on voit des médicaments comme un médicament contre l'insuffisance veineuse, qui a clairement une efficacité démontrée contre placebo dans la crise hémorroïdaire, on a supprimé le remboursement de ce médicament.

Par exemple, on dérembourse ces médicaments là, qui ont un effet placebo, mais qui peuvent parfois avoir un effet collatéral très utile. Pourquoi rembourser l'homéopathie 25%, qui n'a qu'un effet placebo ?

Parce que c'est Boiron probablement, qui fait pression au niveau de nos ministères en disant : de toute façon on va faire des chômeurs. »

V. Les risques et inconvénients de l'homéopathie

a. La substitution à la prise en charge conventionnelle et les prises en charges délétères de l'homéopathie.

1 : « Ce qui me fait toujours peur avec l'homéopathie, c'est quand on remplace une prise en charge médicale. C'est-à-dire des gens qui se réfugient dans l'homéopathie, et qui arrêtent un traitement efficace. C'est là où est ma crainte, et je ne veux pas dire une opposition. Mais je n'aime pas quand ça prend la place de la médecine scientifique, l'EBM, là non... »

17 : « Ceci dit dans mon expérience, j'ai vu pas mal de choses qui m'ont un peu choqué, de la part de confrères qui font de l'homéopathie. Ils ont gardé des malades un peu trop longtemps avec des troubles qui méritaient une prise en charge plus sérieuse ... C'est un peu ça mon souci, il faut vraiment que l'homéopathie soit prescrite par des médecins qui connaissent bien la médecine. Pas simplement des gens qui ont au fur et à mesure oublié... Je ne sais pas, je le vois ainsi : un médecin formé, bon médecin généraliste qui ne fait plus que de l'homéopathie, après quelques années, est ce qu'il fait encore de la bonne médecine pour dépister des choses ? J'ai vu des choses qui m'ont choquées... »

b. Le coût exorbitant des prises en charges alternatives

« C'est bien, les gens sont demandeurs, plutôt que d'aller les voir se retourner vers d'autres thérapeutiques formellement inefficaces qui traînent sur Internet qui pourrait leur coûter très cher car il faut voir aussi cet aspect là ...

Parce que rechercher un effet curateur avec d'autres médecines, on le vit avec d'autres types de traitements quand on est dans des situations palliatives avec un échec de plusieurs lignes de traitements.

En pédiatrie, les parents sont prêts à aller à l'autre bout de la terre chercher le remède miracle pour leur enfant. Donc là, ils remplacent un traitement potentiellement un peu efficace au moins sur les symptômes douloureux et autres par quelque chose qui ne sert à rien et qui coûte fort cher la plupart du temps...

Mais, j'ai la même réaction avec des parents qui me disent qu'ils sont allés voir le gars du village qui est magnétiseur ou coupeur de feu, on entend des choses comme ça, je leur dis toujours, il vous a pris combien. Quand j'entends : « Il ne m'a rien pris, il a fait ça gratuitement » et bien... C'est un peu le même état d'esprit, on est sur la petite liberté donnée au patient sans prendre de risques. »

c. La contrainte de prise

18 : « La contrainte de l'homéopathie c'est quand il y a plusieurs doses à prendre, c'est assez contraignant. Sinon les gens ne le font pas. Nous quand on a deux crèmes par jour les gens ne le font pas, bon pour l'acné c'est des ados...mais même les eczémas... »

4 : « Je les mets en garde que les enfants ont déjà un certain nombre de choses à prendre par la bouche et que rajouter des prises de granules toutes les 10 minutes sous prétexte de Il faut voir aussi le confort et le bien être de l'enfant et ne pas rajouter si c'est une contrainte pour l'enfant. Je ne le contre-indique pas, je mets en garde sur la contrainte que peut représenter les granules où une autre forme homéopathique. »

d. Le risque d'amalgame avec la phytothérapie

1 : « Après on est toujours vigilant à ce qui peut être des dérives type herbes chinoises. C'est vrai, qu'au niveau rénal, notamment avec les herbes chinoises, on a eu des soucis...Je leur demande de s'adresser à quelqu'un de compétent et de ne pas faire leur marché sur internet. C'est le truc à éviter ; s'automédiquer sur Internet et utiliser des produits dont on ne connaît pas la provenance... »

2 : « Les patients peuvent essayer mais avec un bon homéopathe, les patients ont un peu tendance à tout amalgamer entre phytothérapie et homéopathie. Je leur demande de ne pas pratiquer ce type de médecine en dehors d'un cadre médical, pour le risque d'interactions

médicamenteuses. Ils peuvent toujours essayer mais en étant encadrés pour éviter les risques d'interactions et l'amalgame entre phytothérapie, homéopathie... »

VI. L'impact de relation médecin-malade dans la qualité de soin:

17 : « Ce que je dis un médecin c'est le premier médicament du malade, l'effet placebo il est là parce que le médecin est convaincu que son traitement va marcher, c'est à lui de convaincre son patient...Le médecin est là pour conseiller, diriger, donner son expérience, que ce soit de l'homéopathie, de la parole, des directives, de l'hygiène, de la diététique, c'est de la médecine...c'est de la médecine globale, avec des outils dotés d'un sens médical...

18 : « Et c'est ce que je dis à mes étudiants aussi, le bon médecin, il n'y a pas que le côté « ça correspond à ce que j'ai dans les livres », c'est aussi le côté intuitivité dans la relation. Et là c'est pareil, il y a un ressenti des choses et j'espère que ça ne pourra jamais être chiffré... La bonne médecine ne restera que si on ne peut pas chiffrer... Et c'est ce qui est dramatique aujourd'hui, on fait de nos étudiants des techniciens, et ils croient qu'ils vont avoir des réponses.

Une grosse partie de l'efficacité des thérapeutiques même largement éprouvées tient à la façon dont le médecin a présenté les choses et la relation médecin-malade... et ce n'est pas chiffrable, c'est du pur ressenti... »

VII. Place de l'homéopathie à l'hôpital :

- a. 17 avis favorables à l'introduction de l'homéopathie à l'hôpital

9 : « Amener l'homéopathie à l'hôpital ça me paraît nécessaire. On est dans la maladie rare dans le service, et donc dans la médecine individualisée. L'approche globale elle est là, on est vraiment dans une autre approche et l'homéopathie a toute place. »

14 : « Moi, je n'y vois que du bien, parce que beaucoup de gens y croient donc si le reste de la prise en charge est conduite normalement et que c'est un plus pour le patient je n'y vois aucun inconvénient ».

17 : « Moi, je ne suis pas contre, mais pas que l'homéopathie d'ailleurs pour d'autres médecines dites alternatives, à partir du moment où ces médecines peuvent soutenir nos patients, je ne vois pas d'inconvénients, au contraire ce serait une très bonne idée, je trouve...

Moi, je n'ai jamais mis l'énergie entre guillemets pour faire rentrer ces médecines là dans les services et dans l'hôpital, je n'y suis pas du tout opposé bien au contraire. »

- b. Deux avis défavorables

2 : « Ça ne me gênerait pas, mais je ne vois pas l'intérêt. J'ai plus l'impression, que ça ferait un intervenant de plus. Sauf si l'EMSP est vraiment en effectif mais là il manque un IDE, ça

*ne me semble pas être une priorité du moment. Déjà que l'effectif médical puisse agir à son plein niveau... C'est pas du tout dans l'ordre des priorités.
Pour les patients, ce serait un intervenant de plus, alors après ce peut être un intervenant de plus qui l'écoute, s'il vient ce serait surtout de la psychothérapie de soutien.
Dans mes croyances, l'homéopathie c'est plus pour soulager des patients ambulatoires, et les patients qui sont là, c'est plus pour des grosses douleurs et à ce moment là, dans mes croyances, la morphine est plus puissante et plus efficace que l'homéopathie.
C'est vrai que quand ils ont des énormes douleurs osseuses et que l'on fait des rotations sans améliorer le patient, je ne vois pas ce que l'homéopathie peut apporter, c'est peut-être un manque de connaissance de ma part.
Mais une aide, une proposition pour des consultations de patients ambulatoires en HDJ, ou pour améliorer la toxicité des chimiothérapies pourquoi pas ? Mais pour les patients hospitalisés, c'est vraiment des patients très lourds en fin de vie...L'effet placebo quand on fait des rotations et que l'on s'en sort pas me semble vraiment décalé. »*

*6 : « Pourquoi prescrire l'homéopathie, si ça ne sert à rien ? Déjà nous, on n'est pas convaincu, alors si par dessus il n'y a pas de contrôle, pas d'études. Donner sans validation, dans quel but ?
Moi, je suis d'accord pour essayer mais avec la mesure de ce que l'on fait, on évalue le suivi. On cible plutôt ces patients qui ont des nausées et on essaye 3 ou 4 produits...Nous, au niveau des médecins on ne sait pas, on a la vague idée que ça ne fait pas du mal donc tant mieux...Les médicaments qui ont L'AMM, partent de choses palpables, ils sont testés et à minima ils ont une supériorité au placebo. Dans ma tête, je vois plus une question posée à l'avance et une étude pour y répondre.
Moi je pense qu'on ne peut pas proposer simplement, mais dans une sorte d'essai, dans un truc clair et précis, au moins un questionnaire et voir le symptôme qui est le plus représenté dans les indications, ça me paraît le plus recevable. »*

VIII. Les attentes des médecins vis-à-vis de l'homéopathie

a. Améliorer le patient

8 : « L'homéopathie ne peut pas faire de mal, il y a des gens dans une telle détresse en fin de vie, je ne vois pas pourquoi on ne leur proposerait pas, si eux s'y retrouvent. Je suis sûre qu'il y a des gens qui ont leurs principes et qui ne voudront pas en prendre, donc ceux là très bien, c'est clair...C'est une corde de plus à un arc, le patient pourra se dire : il me donne de la morphine, des médicaments, mais à côté il essaye de prendre en compte un autre aspect. D'ailleurs souvent quand le corps médical ne le propose pas, les gens, quand ils sont dans la détresse, le font d'eux même... »

16 : « J'ai toujours été très ouvert à ce qui pouvait être utile pour le patient et surtout dans ce domaine...Si on a la possibilité d'apporter une amélioration, quelque soit la possibilité il faut y aller... »

17 : « Je pense que ça aide à supporter beaucoup mieux les choses et sur le plan symptomatique, c'est vrai que ça a un effet sur les symptômes qui n'est pas inintéressant, on voit bien les gens parlent des nausées, les gens en parlent en disant pendant les chimiothérapies que ça les a bien améliorées, il y a peut être un effet placebo qui n'est pas

négligeable, mais tant que l'effet est là... »

18 : « Je suis tout à fait d'accord avec ce type d'approche, il faut s'ouvrir pour nos patients. Nous en dermatologie, c'est caricaturale : dans le cadre du soins palliatif on a nos mélanomes et nos cancers qui vont mal, et qui ont de toute façon besoin d'approches différentes : l'homéopathie a sa place pour soulager les symptômes de type nausées vomissent liés au chimiothérapie ou d'autres symptômes fonctionnelles liées à l'angoisse de la maladie. Elle reste, au delà de ça, à sa place dans nos maladies inflammatoires et dysimmunitaires. Les traitements n'ont pas beaucoup évolués depuis 60 ans. Le traitement de référence c'est la corticothérapie générale ou locale, après les immunosuppresseurs, des biothérapies ou autres traitements qui ne règlent de toute façon pas le problème de façon définitive avec des effets secondaires potentiels. Et toutes ces maladies là sont influencées par le terrain, c'est toujours dans des contextes particuliers ou avec des profils psychologiques particuliers. Donc forcément il peut avoir de telles approches qui aident sur la gestion de la maladie....Donc l'homéopathie, oui je pense qu'elle a sa place. »

b. Répondre à la demande répandue des patients

4 : « En pédiatrie, on a une petite sensibilité tout d'abord parce que les familles nous posent pas mal de questions dans ce sens là pour leur enfants...Et en particulier en oncologie, ils sont très à l'écoute des différents effets secondaires que peuvent avoir les médicaments et dans ce sens là, ils sont demandeurs de traitements complémentaires (souvent de l'homéopathie) pour aider les enfants à supporter les traitements qu'ils vont recevoir. On est souvent sollicité dans ce sens là...on est obligé d'être à l'écoute et de voir ce qu'on peut apporter à ces gens parce que finalement, l'idée générale que j'ai : l'homéopathie n'a pas beaucoup d'interférences avec les « traitements classiques ». »

11 : « Ca me semblerait très bien d'introduire un médecin homéopathe lors d'une intervention de l'EMSP parce qu'il y a beaucoup de patients que l'on prend en charge en fin de vie, qui sont demandeurs de ce type de traitements alternatifs. C'est un autre moyen d'être pris en charge, des patients émettent le souhait... oui parle d'homéopathie notamment. Je trouve que ce serait une bonne chose et je serais partante... »

14 : « Moi, je n'y vois que du bien, parce que beaucoup de gens y croient donc si le reste de la prise en charge est conduite normalement et que c'est un plus pour le patient je n'y vois aucun inconvénient. Je dis toujours : il ne faut pas que ça coûte trop cher au patient, il ne faut pas qu'il refuse secondairement le traitement habituel mais après si des patients sont réceptifs à ce type de traitement pourquoi pas ? »

c. Donner un degré de liberté aux patients dans leur prise en charge.

4 : « Parfois, c'est bien que les parents aient une maîtrise sur quelque chose. »

d. Prévenir les dérives de prises en charges non conventionnelles

9 : « Je suis très favorable. D'abord les homéopathes de ville coûtent chers et ne sont pas à la portée de toutes les bourses. »

IX. Les modalités pratiques

a. Nécessité d'un médecin homéopathe

1 : « Et je pense en effet que l'homéopathie doit être prescrite pas un homéopathe ou quelqu'un qui le fait vraiment. Si c'est pour rajouter un produit de plus sur une ordonnance, je ne suis pas convaincu que l'effet soit le même... »

17 : « Je pense qu'il faut un médecin homéopathe formé qui intervienne, convaincu de l'efficacité de son traitement, et à l'aise avec la prescription... »

b. L'importance de bien cadrer les pratiques

10 : « Mais il faut aussi que personne ne soit dupe, ni sur l'acupuncture d'ailleurs, c'est comme ça... Ce n'est pas dénier ce type de médecine, c'est ne pas être dupe de ce qu'on fait, ne pas croire que l'on fait de la science, en expliquant des trucs avec des machins... (...) Je suis fermé à la pratique d'une pseudo explication scientifique, qui n'existe pas... »

18 : « Donc oui-oui, je suis pour le développement de l'homéopathie, pour le développement de l'hypnose, pour des introductions autres : ostéopathie, micro kinésiologie sur des indications particulières. C'est juste qu'il faudrait cadrer les choses... on doit pouvoir bien situer les choses. »

c. A la demande des services, qui valide ou pas la prescription

7 : « Moi, je ne suis pas opposé... Par rapport à ces situations là, nous avons toujours été très facilement et très ouvert à l'unité douleur et l'unité soins palliatifs (et à un moment je me demandais qui était l'un et l'autre maintenant ils sont bien séparés et c'est clair), il a toujours été dit et la consigne est : dans le service, je n'y suis pas en permanence, on demande et on dispose. On ne veut pas se faire imposer un traitement pour un patient ou une conduite de la part de soins palliatifs. C'est qu'on demande et que ça dépasse nos compétences, parce qu'on n'y arrive plus, que ça devient trop complexe et on demande une aide. L'aide est toujours bienvenue elle est souvent très adéquate et ne nous pose pas de problèmes mais on demande quand même... car on est déjà rentré dans des conflits avec des infirmières, où certaines infirmières ne faisait pratiquement plus confiance dans notre prise en charge pour ne faire confiance qu'à l'équipe de soins palliatifs. On a dit stop : si on demande à l'équipe de passer, c'est nous qui le demandons, ils nous proposent et on dispose puis nous on voit. Dans 98 % des cas, c'est ce qui est dit, et les choses sont claires, la prescription finale nous revient. »

d. Les obstacles perçus

• Le financement

8 : « Très bien mais qu'ils nous forment aussi, c'est riche d'avoir des connaissances de ce côté là... Moi, je ne vois pas pourquoi on y serait opposé à part en terme de coûts, mais ça ne coûte pas cher. »

10 : « Du moment que ça ne coûte rien à l'hôpital... On est face à un effet placebo, il faut que ça ne coûte rien, c'est tout. »

15 : « Engager un homéopathe, il faut avoir l'argent, et déjà vu la difficulté pour payer des médecins... »

18 : « C'est le côté financier, on ne vous crée rien du tout si vous n'avez pas l'étude médico-économique qui va bien. Pour le financement, il faut aller voir l'ADG. »

• La pharmacie hospitalière

« Si jamais, l'homéopathie fait partie de la prise en charge pour certains patients sélectionnés est ce que c'est l'hôpital ou la famille qui fournisse le remède, vous voyez ce que je veux dire ?

Ça a une importance ?

Oui pour certains oui... dans notre spécialité ils sont souvent socialement défavorisés, même si c'est de moins en moins vrai. C'est comme les femmes, avant, on n'en voyait quasiment pas, maintenant, c'est 50% des patients hospitalisés.

Autre chose, c'est que socialement c'est la catastrophe, sur le plan social, familial, et financier et du fait des intoxications, ils n'ont pas toutes leurs capacités psychiques, ils sont extrêmement dépendants de l'équipe soignante. C'est une des caractéristiques des malades d'ORL en cancérologie, ils sont extrêmement dépendants de l'équipe soignante, c'est-à-dire qu'ils ne sont pas autonomes. »

X. Les facteurs d'ouvertures

a. Les limites de la médecine traditionnelle

- La médecine d'appareil, le morcellement organe par organe.

13 : « Je suis en fin de carrière... On finit par être agacé et trouver insatisfaisant la médecine d'appareil.

Nous on vit dans un monde platonicien, Platon a séparé corps et âme, ce qu'Aristote avait essayé de fondre. Et la médecine c'est ça, au dessus du cou, je ne connais pas et ne venez surtout pas interférer avec mon diagnostic.

(...) Nous on est cartésien, rationaliste. On a besoin de voir pour croire et d'avoir une démarche rationnelle. Le médecin chinois, comment prend il en charge un patient ? Il prend en charge l'ensemble de l'individu, le symptôme d'appel, il le replace dans un contexte général. Quand je parle avec beaucoup de collègues, je vois bien que beaucoup évolue ainsi et je crois que dans plusieurs décennies, il y aura une fusion progressive qui se fera... »

- Le sentiment d'insatisfaction d'une prise en charge allopathique pourtant bien conduite et ce, malgré les outils modernes.

16 : « Malheureusement quand on voit l'inconfort, l'altération de la qualité de vie de gens qu'on pense bien prendre en charge... Je me dis, si il y avait des gens qui pouvaient arriver avec d'autres choses ce serait bien ... »

11 : « Quand on se dit que l'on a tout ce qu'il faut pour les patients en fin de vie, on est souvent insatisfait de nos prises en charge...

C'était mon idée : une autre chose, un effet placebo sans effets secondaires est un effet thérapeutique. Je ne suis pas du tout opposée tout en n'étant pas convaincue...

Je dis souvent aux patients : « à défaut de ne pas vous faire du bien ça ne vous fera pas de mal ». »

- La technicité de la médecine contemporaine.

18 : « *Et c'est ce que je dis à mes étudiants aussi, le bon médecin, il n'y a pas que le côté « ça correspond à ce que j'ai dans les livres », c'est aussi le côté intuitivité dans la relation...Et là c'est pareil, il y a un ressenti des choses et j'espère que ça ne pourra jamais se chiffrer... La bonne médecine ne restera que si on ne peut pas chiffrer. Et c'est ce qui est dramatique aujourd'hui, on fait de nos étudiants des techniciens, et ils croient qu'ils vont avoir des réponses. Une grosse partie de l'efficacité des thérapeutiques même largement éprouvées tient à la façon dont le médecin a présenté les choses et la relation médecin-malade et elle, elle ne se chiffre pas, c'est du pur ressenti... Je pense que dans ces médecines là, il y a une partie des choses qui n'est pas chiffrable, mais qui existent.* »

- Le coût de la médecine allopathique, la pression des marchés :

18 : « *Il vaut mieux je pense pour l'évolution des choses favoriser de telles approches que de favoriser des industriels. Parce que actuellement, c'est catastrophique je ne sais pas si vous en avez conscience, parce que les biothérapie, les thérapies ciblées, où le coût/bénéfice : combien de personnes sauvées par rapport au coût du produit ? Voilà on est dans cette société là... On va dépenser de l'argent sur des médicaments hyper sophistiqués pour quel bénéfice à la fin ? Mais là c'est pareil, on prescrit à tout va alors que l'on devrait sélectionner pour qui précisément et à côté de ça favoriser le développement de pratiques beaucoup plus douces, tout le monde s'y retrouverait.. Le patient derrière, et puis les coûts finaux parce qu'il n'y a pas d'effets secondaires mais on ne prend pas le temps. Le problème est là, on ne prend pas le temps, on est dans une période de société qui choisit en fonction de l'intérêt des marchés.*

- La difficulté de la fin de vie : des décisions éthiquement difficiles, et les limites de l'antalgie.

1 : « *D'abord on a beau faire mais on est vite assez limité en terme de prise en charge elle n'est jamais globale...La dimension douleur est assez bien faite mais on se heurte vite aux effets secondaires des antalgiques morphiniques. Soient ils sont confortables et ne sont plus trop là soient ils sont éveillés...après c'est en fonction de ce que veulent les gens. (...) Le traitement est incomplet sur la prise en charge de la douleur, la dimension psychologique qui va avec et ce qui est le confort du patient , qui est toujours très difficile à comprendre... On va vite intervenir de façon agressive ou ne pas intervenir par peur...si ça peut apporter aux gens, ce n'est que du bénéfice, plus on aura de corde à notre arc, plus on sera à même de les soulager au mieux, et mieux sera leur fin de vie pour le patient mais aussi pour l'entourage....c'est vrai que parfois il y a vraiment des situations difficiles... »*

L'exemple de la fibromyalgie

« Nous, on a une maladie, qui a mon avis est un bouleversement pour moi mais pas pour tous mes collègues, que l'on appelle la fibromyalgie méprisée par certains, rejetées par d'autre, vilipendé encore. Mais les malades existent... Il faut les prendre en charge. La fibromyalgie, c'est vraiment typiquement la maladie où corps et âme se rejoignent... Nous, on vit dans un monde platonicien, Platon a séparé corps et âme, ce qu'Aristote avait essayé de fondre. Et la médecine c'est ça, au dessus là (le cou), je ne connais pas et ne venez surtout pas interférer avec mon diagnostic. La fibromyalgie nous remet dans ce cercle incessant et ininterrompu de communication entre le corps et l'esprit, ces malades sont typiques. Ce n'est pas pour autant que ce sont des malades faciles à gérer, ou pour autant qu'on les guérisse... Mais j'ai trouvé que c'était une maladie révolutionnaire. »

« Parfois, je conseille même au fibromyalgique d'aller faire de l'homéopathie ou de l'acupuncture ou de la sophrologie plutôt que de prendre un énième antidépresseur. Après je pense que certaines personnes ont besoin de ça, cette partie là, mais moi je n'adhère pas au côté scientifique mais je trouve que c'est un bon support comme un autre. Je dis souvent que le patient choisisse un bon placebo, qu'il adhère, et parfois ça fait des miracles au prix de l'absence d'effets secondaires. »

b. Formation à d'autres médecines complémentaires

9 : « De toute façon, je ne suis moi-même pas conventionnelle, je fais de l'hypnose... Je suis venue à l'hypnose, car l'approche est très individualisée et par conséquent intéressante. L'hypnose peut être travaillée seule et permet d'entrer dans des états hypnotiques de plus en plus profonds. Les indications sont multiples. La formation est courte, on peut d'emblée l'appliquer avec de bons résultats même si c'est le travail et la pratique qui font la qualité et la rapidité d'accession à un état hypnotique profond. »

« Je me suis formé par exemple à l'hypnose, l'hypnose c'est un mode de communication de conscient à inconscient et dans une spécialité comme la rhumatologie ou la douleur est au premier plan, l'hypnose est intéressante. Ce n'était pas trop sur l'effet aigu que je me suis formé, c'est plus pour aider les gens à trouver leurs ressources thérapeutiques, sur le long terme, sur le plan chronique... »

13 : « (A propos des médecines non conventionnelles) Au début je ricanais intérieurement, et maintenant au fil du temps j'arrive à mieux percevoir, je comprends mieux que l'on puisse faire appel à toutes ses forces qui vous rééquilibrent. Mais, à la faculté, les tenants des programmes ne tiennent pas du tout à ce qu'on verse là dedans. Mais ça se fait en dehors. Un patient sur deux, a son ostéopathe, un homéopathe, un fascia thérapeute, ils y vont tous seuls. On est là pour constater. »

c. L'âge

12 : « Moi, je ne suis pas contre un patient qui prend de l'homéopathie, j'ai juste besoin de transparence je commence à être suffisamment ouverte pour comprendre que la médecine traditionnelle ne résout pas tout, je ne suis pas bornée, j'ai le même discours avec l'ostéopathie... Plus on avance en âge, plus on s'ouvre à d'autres médecines... »

13 : « Quand on est jeune, on se tient à des certitudes très fragiles, jusqu'au jour où on se rend compte que c'est du vent... Je me souviens quand j'étais assistant j'étais pareil, je me moquais de tout ça et je pensais que ce que je connaissais c'était le bout du monde. »

Heureusement, on évolue.... »

7 : « Après vous dire si je crois fondamentalement à l'homéopathie, je n'ai pas d'arguments pour vous dire oui et je n'ai pas d'arguments pour vous dire non. Au départ, je vous aurais dit non, en vous disant je ne vois pas pourquoi ça marcherait, quand on regarde bien ce qu'est l'homéopathie et puis c'est peut être l'avantage de prendre de l'âge ou le désavantage de prendre de l'âge, on s'aperçoit que finalement il ne faut pas être si obtus que ça. »

ANNEXE VIII : ETUDE QUALITATIVE ET SATURATION DES DONNEES

1. Définition :

Une étude qualitative est une étude destinée à recueillir des éléments qualitatifs non directement chiffrables par les individus interrogés. Elle se définit en opposition aux études quantitatives mesurables et objectivables. Une étude qualitative ne cherche pas à extrapoler les résultats obtenus à l'ensemble de la population, mais à comprendre en profondeur des attitudes ou comportements.

Elle est le plus souvent réalisée par des entretiens collectifs ou individuels menés auprès d'échantillons réduits.

2. La saturation des données :

Dans cette étude, la technique utilisée est l'entretien individuel semi directif, soit des questions ouvertes et en nombre restreint.

La taille adéquate d'un échantillon est celle qui permet d'atteindre la saturation théorique. Cette saturation théorique est atteinte lorsqu'on ne trouve plus d'informations supplémentaires capables d'enrichir la théorie.

Par conséquent, il est impossible de savoir a priori quel sera le nombre d'unités d'observation nécessaires. Ce principe est difficile à mettre en œuvre de manière parfaitement rigoureuse car on ne peut jamais avoir la certitude qu'il n'existe plus d'informations supplémentaires capables d'enrichir la théorie. Il revient donc au chercheur d'estimer s'il est parvenu au stade de saturation. Généralement, la collecte des données s'arrête lorsque les dernières unités d'observations analysées n'ont pas apporté d'éléments nouveaux. Ce principe repose sur le fait que chaque unité d'information supplémentaire apporte un peu moins d'informations nouvelles que la précédente jusqu'à ne plus rien apporter. Ce principe est observé empiriquement [19].

Dans cette étude, pour acquérir le plus de neutralité possible dans l'acquisition d'un échantillon suffisant pour la saturation des données, trois personnes ont relus les 18 premiers entretiens sans se concerter. Puis après mise en lien de leur travail, ils se sont accordés sur la nécessité ou pas de nouveaux entretiens. Le seuil de saturation semblait atteint à 18 entretiens pour les 3 personnes. Un autre entretien a néanmoins été réalisé pour renforcer les données avant leur analyse. Ce dernier entretien n'a pas apporté de faits nouveaux et consolide le seuil de saturation, estimé à 18 entretiens.

