



HAL
open science

Motivations des médecins généralistes picards à la pratique d'une médecine non conventionnelle (MNC) : étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de 12 praticiens

Cindia Neves

► To cite this version:

Cindia Neves. Motivations des médecins généralistes picards à la pratique d'une médecine non conventionnelle (MNC) : étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de 12 praticiens. Médecine humaine et pathologie. 2015. dumas-01289964

HAL Id: dumas-01289964

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01289964>

Submitted on 17 Mar 2016

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

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

UNIVERSITE DE PICARDIE JULES VERNES

FACULTE DE MEDECINE D'AMIENS

ANNEE 2015

N°2015-169

**MOTIVATIONS DES MEDECINS GENERALISTES PICARDS A LA
PRATIQUE D'UNE MEDECINE NON CONVENTIONNELLE (MNC)**

ETUDE QUALITATIVE PAR ENTRETIENS SEMI-DIRIGES AUPRES

DE 12 PRATICIENS

THESE

POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE (DIPLOME D'ETAT)

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT

LE 17 DECEMBRE 2015

PAR

NEVES CINDIA

PRESIDENT DU JURY : Monsieur le Professeur Vincent GOEB

JUGES : Monsieur le Professeur Pierre-Louis DOUTRELLOT

Monsieur le Professeur Bruno CHAUFFERT

Monsieur le Docteur Jean SCHMIDT

DIRECTEUR : Madame le Docteur Pauline PIERRE-DUVAL

UNIVERSITE DE PICARDIE JULES VERNES

FACULTE DE MEDECINE D'AMIENS

ANNEE 2015

N°2015-169

**MOTIVATIONS DES MEDECINS GENERALISTES PICARDS A LA
PRATIQUE D'UNE MEDECINE NON CONVENTIONNELLE (MNC)**

ETUDE QUALITATIVE PAR ENTRETIENS SEMI-DIRIGES AUPRES

DE 12 PRATICIENS

THESE

POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE (DIPLOME D'ETAT)

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT

LE 17 DECEMBRE 2015

PAR

NEVES CINDIA

PRESIDENT DU JURY : Monsieur le Professeur Vincent GOEB

JUGES : Monsieur le Professeur Pierre-Louis DOUTRELLOT

Monsieur le Professeur Bruno CHAUFFERT

Monsieur le Docteur Jean SCHMIDT

DIRECTEUR : Madame le Docteur Pauline PIERRE-DUVAL

Mots clés : Médecine générale, Thérapies complémentaires, Motivations

A mon Président de jury,

Monsieur le Professeur Vincent GOEB

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

(Rhumatologie)

Vous me faites un grand honneur en présidant mon jury de thèse,

Soyez assuré, Monsieur le Professeur, de mon profond respect et de toute ma reconnaissance.

A mon juge,

Monsieur le Professeur Pierre-Louis DOUTRELLOT

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier

(Médecine physique et de Réadaptation)

Responsable du Centre d'activité MPR Orthopédique

Pôle Autonomie

Vous m'avez fait l'honneur de juger ce travail.

Veillez croire en l'expression de mon profond respect et de ma reconnaissance.

A mon juge,

Monsieur le Professeur Bruno CHAUFFERT

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier

(Oncologie médicale)

Responsable du service d'Oncologie médicale

Oncopôle

Vous m'avez fait l'honneur de juger ce travail.

Veillez trouver ici l'expression de ma gratitude et de mon profond respect.

A mon juge,

Monsieur le Docteur Jean SCHMIDT
Maître de Conférences des Universités - Praticien Hospitalier
Médecine interne

Vous me faites l'honneur d'accepter de faire partie de ce jury.
Soyez assuré de ma respectueuse gratitude.

A ma directrice de thèse,

Madame le Docteur Pauline PIERRE-DUVAL

Chef de clinique

Département de médecine générale

Je te remercie d'avoir accepté de diriger mon travail de thèse.

Merci pour tes précieux conseils et ta disponibilité.

Je souhaite aux internes de médecine générale d'avoir également la chance d'être accompagnés pendant leur thèse par une personne aussi dévouée et compétente que toi.

A mes parents,

Merci d'avoir cru en moi et de m'avoir donné les moyens de réaliser mon rêve.

Votre amour et votre soutien sans faille m'ont porté durant ces 10 ans d'études.

A Romain, l'homme de ma vie,

Merci pour ton soutien et ta patience tout au long de mes longues études, particulièrement pendant ce travail de thèse.

L'amour que tu me portes depuis toutes ces années m'a permis de me dépasser.

A ma sœur,

Pour toutes nos discussions nourries sur nos métiers respectifs et la passion qui les réunit.

Merci d'avoir vu en moi le médecin que je deviendrai.

A mes neveux Noa et Léo,

Vous qui ne m'avez connue que le nez plongé dans mes livres.

Merci pour ces bulles d'oxygène passées auprès de vous.

A ma famille au Portugal,

Malgré la distance, vous m'avez supportée et encouragée dans cette voie.

Com saudades.

A « mon binôme » Matthieu,

Merci pour toutes ces heures passées ensemble à arpenter les couloirs du CHU quand nous étions externes.

Tes encouragements et nos discussions sur les prises en charges m'ont permis d'avancer dans mon parcours médical.

A mes « sœurs » d'internat Alexandra et Imane,

Notre cohésion sans faille nous a permis de traverser bien des épreuves.

Je suis heureuse de vous avoir rencontrées et de partager encore aujourd'hui avec vous nos joies, nos peines et nos difficultés.

Merci pour cette amitié.

A mon ami d'enfance Sarah,

Merci d'avoir toujours été auprès de moi y compris pendant mes études.

Loin des yeux mais toujours près du cœur.

A la famille Delsaux,

Merci pour l'aide et les précieux conseils que vous m'avez apportés.

Merci au Dr DELSAUX de m'avoir permis de débiter ma carrière dans son cabinet.

Merci à mes maîtres de stages,

En particulier aux Dr FRANCOIS, Dr FUMERY et Dr PONTHEU,

Merci d'avoir partagé avec moi votre vision de la médecine et votre expérience.

Vous m'avez permis de définir le médecin que je souhaite être.

Merci aux équipes des services hospitaliers où j'ai effectué mon internat,

Le service de pneumologie du CHU d'Amiens,

Les urgences du CH de Beauvais,

La médecine polyvalente du CH de Clermont,

La pédiatrie du CH de Beauvais.

Merci aux médecins généralistes ayant participé à cette thèse,

Sans vous, rien n'aurait été possible.

Merci pour le temps que vous m'avez consacré et pour nos discussions en dehors

des entretiens.

« Quand tu veux quelque chose, tout l'Univers conspire à te permettre de réaliser ton désir. »

L'Alchimiste, Paulo Coelho

SOMMAIRE

<i>SOMMAIRE</i>	17
<i>INTRODUCTION</i>	20
1. Médecines non conventionnelles et juridiction	21
2. Statuts actuels des médecines non conventionnelles en France	22
3. Regard de la Sécurité Sociale et prise en charge par la CPAM	23
4. Naissance de la thèse	24
<i>MATERIEL ET METHODE</i>	25
1. Choix de la méthode	25
2. Sélection de la population étudiée	25
3. Recrutement des participants	25
4. Préparation des entretiens	26
5. Déroulement des entretiens	26
6. Transcription des entretiens	27
7. Analyse des entretiens	27
<i>RESULTATS</i>	28
1. Caractéristiques de la population étudiée	28
2. Les raisons de l'absence d'enseignement des médecines non conventionnelles	30
2.1. Pratiques peu connues et non reconnues	30
2.2. Contenu des études trop dense	32
2.3. Manque d'ouverture d'esprit	32
2.4. La culture	33
3. La formation aux médecines non conventionnelles	33
3.1. Les carences de la formation versus l'expérience	33
3.2. Les difficultés à se former	35
3.3. Formation continue	36
4. Motivations à pratiquer une médecine non conventionnelle	38
4.1. Les découvertes	38
4.2. Les carences de la médecine étudiée à la faculté versus la réalité	41
4.2.1. Les limites de la médecine allopathique	41
4.2.2. Constitution des études médicales	44
4.3. Désir de pratiquer autrement	44

5. Les avantages de la double pratique	45
5.1. Apports supplémentaires pour le patient	45
5.1.1. Qualité de relation médecin-patient	45
5.1.2. Approche thérapeutique différente	46
5.2. Apports pour le praticien	48
5.2.1. Moyens diagnostiques et thérapeutiques diversifiés	48
5.2.2. Patientèle différente	49
5.2.3. Pratiquer autrement	49
6. Difficultés de la double pratique : inconvénients et obstacle à son exercice	51
6.1. Patientèle inconnue et de dernier recours	51
6.2. Opacité de statut des médecines non conventionnelles	51
6.3. Limites des pratiques non conventionnelles	53
6.4. Organisation difficile	53
6.4.1. Pratique chronophage et peu rentable	53
6.4.2. Surcharge de travail	55
6.5. Liées aux confrères	56
6.6. Aucun inconvénient engendré par la double pratique	58
7. Evolution du regard des praticiens sur la médecine	58
7.1. La non toute-puissance de l'allopathie	58
7.2. Approche modifiée des patients	59
7.3. Intolérance et tolérance	59
7.4. Evolution des pratiques médicales	60
<i>DISCUSSION</i>	62
1. Intérêts, limites de la méthode qualitative et biais	62
2. Exercice non conventionnel : motivations à sa pratique, avantages, formation et difficultés	64
3. Facteurs motivants : analogies et divergences avec la littérature	65
4. La dualité : spécificités, inconvénients et avantages	67
5. Engouement des institutions hospitalières	69
6. Enseignement du non conventionnel nécessaire	70
7. Efficacité des médecines non conventionnelles : réalité ou effet placebo ?	73
<i>CONCLUSION</i>	76
<i>BIBLIOGRAPHIE</i>	78

ANNEXE 1 : Script d'entretien

84

ANNEXE 2 : Entretiens auprès des médecins

86

INTRODUCTION

Dans l'offre de soins actuelle, on distingue deux grands types de médecine, la première étant la médecine allopathique basée sur les preuves scientifiques, ou « Evidence Based Medicine ». Elle se définit comme étant "l'utilisation consciencieuse et judicieuse des meilleures données actuelles de la recherche clinique dans la prise en charge personnalisée de chaque patient". [1]

La seconde, une médecine communément appelée médecine « parallèle » ou « non conventionnelle » regroupant elle-même les médecines dites traditionnelles, basées sur la spiritualité, et les médecines alternatives et complémentaires. Ce dernier sous-groupe se définit comme étant « un groupe de systèmes médicaux et de santé, de pratiques et de produits divers qui ne sont actuellement pas considérés comme faisant partie de la médecine conventionnelle » selon le NCAM (National Center for Complementary and Alternative Medicine). [2] Il s'agit d'un groupe hétérogène mal limité où l'on regroupe des pratiques telles que l'acupuncture, l'hypnose, l'homéopathie, la mésothérapie, l'ostéopathie, l'auriculothérapie, la chiropraxie mais aussi le jeûne ou la biologie totale.

Actuellement, de nombreuses facultés de médecines françaises proposent des diplômes universitaires (DU) ou inter-universitaires (DIU) sur les médecines non conventionnelles reconnues par l'Ordre des médecins. Cette reconnaissance permet la pratique et l'enseignement de ces disciplines mais ne pose pas pour autant de cadre légal.

Malgré l'absence d'encadrement légal strict, les pratiques non conventionnelles attirent de plus en plus les patients. Le rapport « Quelle réponse des pouvoirs publics à l'engouement pour les médecines non conventionnelles ? » du Commissariat général à la stratégie et à la prospective (CGSP) d'octobre 2012 [3] rapporte que 70% des habitants de l'Union Européenne feraient appel à ce type de médecine au moins une fois dans leur vie et que 25% y recourent chaque année. Ce chiffre augmente à 80% pour des patients atteints de cancer. En France, 40% des habitants auraient recours à ces pratiques. [4] Cet attrait touche également les patients en Picardie dont 34% avouaient utiliser une médecine non conventionnelle dans l'Oise, parmi lesquelles l'homéopathie, la phytothérapie, l'aromathérapie, la sophrologie, la mésothérapie, l'acupuncture, l'ostéopathie, la chiropraxie, et d'autres, d'après la thèse d'AIT M'HAMMED en 2012. [5] Malgré cet attrait de la patientèle, le nombre de praticiens généralistes pratiquant une médecine non conventionnelle en Picardie reste stable avec selon l'INSEE (Institut national de la statistique et des études économiques), 36 médecins

généralistes acupuncteurs picards en 2010 contre 33 en 2012 et 42 homéopathes en 2010 contre 43 en 2012. [6,7].

Nous allons tout d'abord tenter de faire un état des lieux du statut de ces médecines, passé et actuel, sur le plan légal en France puis, nous nous intéresserons au regard de la Sécurité Sociale et aux prises en charges existantes par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM).

1. Médecines non conventionnelles et juridiction

En France, la réglementation de la médecine a connu au fil du temps de nombreuses modifications dans le but principal d'écarter les non compétents. La création d'une institution sous le contrôle de l'Etat, concernant en particulier l'enseignement, a permis à la médecine d'accéder à un statut réglementé et codifié.

D'après Mme Isabelle Robard, docteur en droit, [8] le monopole de cette institution a néanmoins créé une sorte de blocage dans l'évolution du monde médical en réduisant d'une certaine manière ses champs de possibilités.

En témoignent de nombreuses propositions et initiatives politiques qui ont été prises depuis les années 70 sans toujours aboutir à une loi. On peut citer le rapport de Georgina DUFOIX de 1986 [8] proposant la création d'une Fondation de recherche en thérapeutiques alternatives avec parution d'un arrêté au journal officiel en janvier de la même année. Ce projet qui devait se dérouler sur deux ans maximum prévoyait la création de 25 lits de chirurgie et 50 de médecine. Il suscita de nombreuses réactions du corps médical et des politiques de l'opposition, recherchant un recours à l'annulation de l'arrêté. Le changement de ministre de la Santé après les élections législatives de mars 1986 acheva l'annulation de cette création de Fondation. Cet épisode reflète l'intérêt déjà présent des médecines non conventionnelles, y compris politique, et les débats qui en découlent.

Certaines propositions de lois ne sont pas restées vaines tel que l'amendement 178 inclus dans la loi Guigou de 2002 visant à légaliser les ostéopathes et les chiropracteurs. [9] Cette initiative menée par M. Bernard KOUCHNER fait écho aux premières propositions tendant à légaliser l'enseignement de la chiropractie en 1952 par M.OLMI. Près de 50 ans s'était écoulés mais pourtant, la question de la légalisation de ces pratiques restait toujours à évoquer.

2. Statuts actuels des médecines non conventionnelles en France

Actuellement, 4 médecines non conventionnelles sont reconnues par le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) et peuvent ainsi faire objet de titres autorisés sur les plaques et les ordonnances. Il s'agit de l'homéopathie, l'acupuncture, la mésothérapie et l'ostéopathie. Elles n'ont pourtant pas le même statut légal au vue du Code de la Santé Publique (CSP).

L'ostéopathie est la seule à être réglementée par une loi en 2002 réservant sa pratique aux personnes titulaires d'un diplôme délivré par un établissement agréé par le Ministère de la Santé [9]. Elle est ainsi la seule pratique pouvant être exercée par des non-médecins.

Bien que la mésothérapie ne puisse être pratiquée qu'exclusivement par des médecins, aucune mention légale n'est explicitée comme telle dans le CSP. De même, l'exercice de l'acupuncture et de l'homéopathie ne sont pas explicitement réglementés par le CSP mais sont considérés par jurisprudence comme des actes médicaux et sont donc soumis à l'article L4161-1, posant les limites de l'exercice illégal de la médecine. [10] Ces pratiques ne sont donc accessibles qu'aux médecins, sages-femmes et chirurgiens-dentistes.

Il faut noter en revanche que les médicaments homéopathiques restent en vente libre et sont réglementés via l'article L5121-13 du CPS [11]. Ils ne sont pas soumis à une autorisation de mise sur le marché, à condition de respecter plusieurs critères tels que le degré de dilution garantissant l'innocuité et l'absence sur l'étiquetage d'indication thérapeutique particulière. Ils doivent cependant être enregistrés auprès de l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé (ANSM) avant distribution et commercialisation.

3. Regard de la Sécurité Sociale et prise en charge par la CPAM

Les médecins libéraux peuvent se conventionner à la sécurité sociale en secteur 1, permettant à leurs patients un remboursement optimal. Ils peuvent, malgré cette convention, effectuer des dépassements d'honoraires, ces dépassements étant alors à la charge du patient.

Le secteur 2 permet de fixer quant à lui librement les tarifs des actes mais les médecins doivent pratiquer des dépassements d'honoraires avec « tact et mesure ». L'assurance maladie rembourse alors les consultations et actes réalisés sur la base des tarifs fixés dans la convention, les dépassements d'honoraires restant toujours à la charge du patient. [12] Ce secteur est fermé aux médecins généralistes depuis la convention nationale de 1990. [13]

Depuis 2005, la classification commune des actes médicaux (CCAM) de la CPAM contient deux actes de médecines non conventionnelles.

La séance d'acupuncture est codée par le code QZRB001 pour une tarification de 18,00€. [14] Cet acte est réglementé par ses indications limitées en particulier en traitement exclusivement adjuvant, en seconde intention, et n'est pas cumulable avec la cotation d'une consultation.

La séance de mésothérapie à visée antalgique est aussi codée via le code ANLB003 pour un tarif fixé à 0,00€. [14] Cette cotation montre la reconnaissance tacite de la méthode par l'Assurance Maladie mais sa tarification reste nulle.

Le code LHRP001 de séance de médecine manuelle de la colonne vertébrale existe depuis 2005 avec une tarification de 33,50€ mais ne concerne pas exclusivement l'ostéopathie. Il n'est d'ailleurs pas cité par le rapport de l'INSERM (Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale) [15] stipulant que l'ostéopathie n'est pas remboursée par la Sécurité Sociale, les actes ostéopathiques n'étant pas conventionnés par l'Assurance Maladie. En revanche, de nombreuses complémentaires santé proposent des remboursements partiels de ces actes.

4. Naissance de la thèse

Les médecines non conventionnelles n'ont pas toutes, comme nous avons pu le voir, de statut strict et précis en France. Seules 4 d'entre elles sont reconnues par l'Ordre des Médecins sans avoir pour autant de reconnaissance légale au sein du Code de Santé Publique. Elles attirent cependant les patients, demandeurs de ce type de prise en charge et consommateurs de traitements alternatifs.

Leur enseignement est dispensé sous forme de diplômes universitaires ouverts à partir du 3^{ème} cycle, en dehors du cursus commun aux études médicales et dans un nombre limité de facultés. La faculté d'Amiens ne dispense pas ce type de diplôme et n'intègre pas de module informatif sur ces pratiques lors des enseignements de DES (Diplôme d'Etudes Spécialisées) de médecine générale. La pratique de ces médecines paraît de plus en plus attractive financièrement car seuls les actes d'acupuncture bénéficient d'une cotation rémunératrice auprès de la CPAM.

L'exercice de ces médecins semble alors jonché de difficultés et demande une implication personnelle de par une motivation et une volonté ferme pour les inclure dans un exercice de médecine libérale. En dépit de ces désavantages et de l'absence de formation régionale possible, des médecins généralistes picards ont élargi leur exercice à ces pratiques. On peut donc s'interroger sur la manière dont ces praticiens ont été en contact avec ces médecines et comment le choix de les intégrer dans leur exercice s'est imposé à eux. Il paraît également intéressant de connaître leur parcours ainsi que de déterminer les avantages et les inconvénients à leurs pratiques, mêlant l'allopathique et le non conventionnel.

MATERIEL ET METHODE

1. Choix de la méthode

Afin de répondre à la question posée, une étude qualitative a été menée par réalisation d'entretiens individuels semi-dirigés auprès de médecins généralistes.

2. Sélection de la population étudiée

Les participants devaient être médecins généralistes en Picardie, exercer en libéral et pratiquer à la fois la médecine générale et une médecine non conventionnelle.

Les médecines non conventionnelles représentant un large panel, le choix s'est porté sur les disciplines bénéficiant d'un enseignement dans les facultés de médecine françaises par DU ou DIU. Cette décision a été prise dans l'intention de rester dans le cadre de pratiques reconnues en tant que telles par les instances françaises par l'obtention d'un diplôme.

Parmi ces spécialités ont été conservées uniquement les disciplines reconnues par le CNOM, étant de surcroît les plus représentées en Picardie, d'après l'enregistrement auprès du Conseil Régional de l'Ordre des Médecins. Ce dernier ouvre droit à un titre ou à une mention applicable sur la plaque et les ordonnances permettant une exposition de cette pratique au public. Le recrutement a été facilité en partie par ces mesures.

Quatre types de médecines non conventionnelles ont donc été retenus: l'acupuncture, l'homéopathie, l'ostéopathie et la mésothérapie.

3. Recrutement des participants

Le recrutement a été effectué via l'annuaire en ligne du Conseil Régional de l'Ordre des Médecins de Picardie en recherchant les médecins généralistes pratiquant une des quatre médecines non conventionnelles retenues pour l'étude.

La prise de contact téléphonique permettait, après une succincte présentation, d'exposer le but du travail d'étude et les conditions de réalisation. Si le médecin était intéressé, un rendez-vous était fixé à son cabinet selon ses disponibilités, afin de réaliser l'entretien.

4. Préparation des entretiens

Un script servant de guide d'entretien a été rédigé au préalable.

Il se composait d'une première partie contenant une explication du travail de recherche ainsi que les modalités de réalisation de l'entretien.

La seconde partie débutait par une présentation des médecins, suivie de 6 questions ouvertes permettant d'aborder les thèmes suivants:

- L'enseignement dédié aux médecines non conventionnelles durant le cursus commun des études médicales
- Les formations effectuées en médecine non conventionnelle et la formation continue
- Les motivations à pratiquer une médecine non conventionnelle
- Les avantages de la double pratique
- Les inconvénients de la double pratique
- La représentation de la médecine depuis la dualité d'exercice (allopathique et non conventionnel).

5. Déroulement des entretiens

Les entretiens se sont déroulés du 17 décembre 2014 au 18 mai 2015 aux cabinets des médecins interrogés, selon les rendez-vous fixés par téléphone. L'intégralité des entretiens a été enregistrée via un dictaphone numérique avec leurs accords.

Les questions étaient traitées selon la progression établie dans le script d'entretien. Mes interventions consistaient en des relances pour clarifier et approfondir le point de vue des médecins interrogés ou pour repréciser la question quand elle n'était pas comprise.

6. Transcription des entretiens

La transcription des entretiens a été effectuée mot à mot à partir des enregistrements via le logiciel de traitement de texte Microsoft Word®. Afin de garantir l’anonymat, chaque médecin a été désigné par la lettre « M » suivi de chiffres correspondant à leur ordre de passage lors des entretiens.

7. Analyse des entretiens

L’analyse des entretiens a été effectuée avec l’aide du logiciel NVivo 10® qui apporte une aide technique à l’analyse mais n’interprète pas les données.

Elle a été réalisée par codage axial des données ou théorisation ancrée des données. Cette méthode consiste en une analyse des entretiens phrase par phrase pour en extraire des thèmes qui ne sont pas préétablis.

Chaque thème permet la création d’un « nœud » dans lequel sont classées les phrases ou parties de phrases qui lui sont en rapport. Ainsi, une partie du texte peut contenir plusieurs « nœuds » et être classée dans différentes catégories. Ces catégories sont elles-mêmes réunies en des thèmes plus généraux et peuvent donner naissance à des sous-catégories (« sous-nœuds ») plus détaillées selon les idées émises. La mise en relation des différentes catégories et des liens qui existent entre elles permettent de répondre à la question posée.

Le nombre d’entretien a été déterminé par la saturation des données. Cette saturation est atteinte lorsque l’analyse des entretiens ne révèle plus de nouveau thème supplémentaire qui enrichirait la théorie. Ce principe nécessite une analyse évolutive et continue débutant dès les premiers entretiens.

RESULTATS

1. Caractéristiques de la population étudiée

33 appels téléphoniques ont été passés lors du recrutement :

- 13 ont abouti à un accord de rendez-vous,
- 2 à un refus (non intéressé par le sujet et manque de temps),
- 22 n'ont pas permis un accès direct au médecin concerné (non réponse ou absence de rappel de leur part via leurs secrétaires).

Sur les 13 accords, 2 médecins se sont désistés et seul l'un d'eux a convenu un nouveau rendez-vous pour l'entretien.

Au total, 12 médecins ont été interrogés. Leur répartition sur le territoire picard est représentée sur la carte ci-dessous (figure 1).

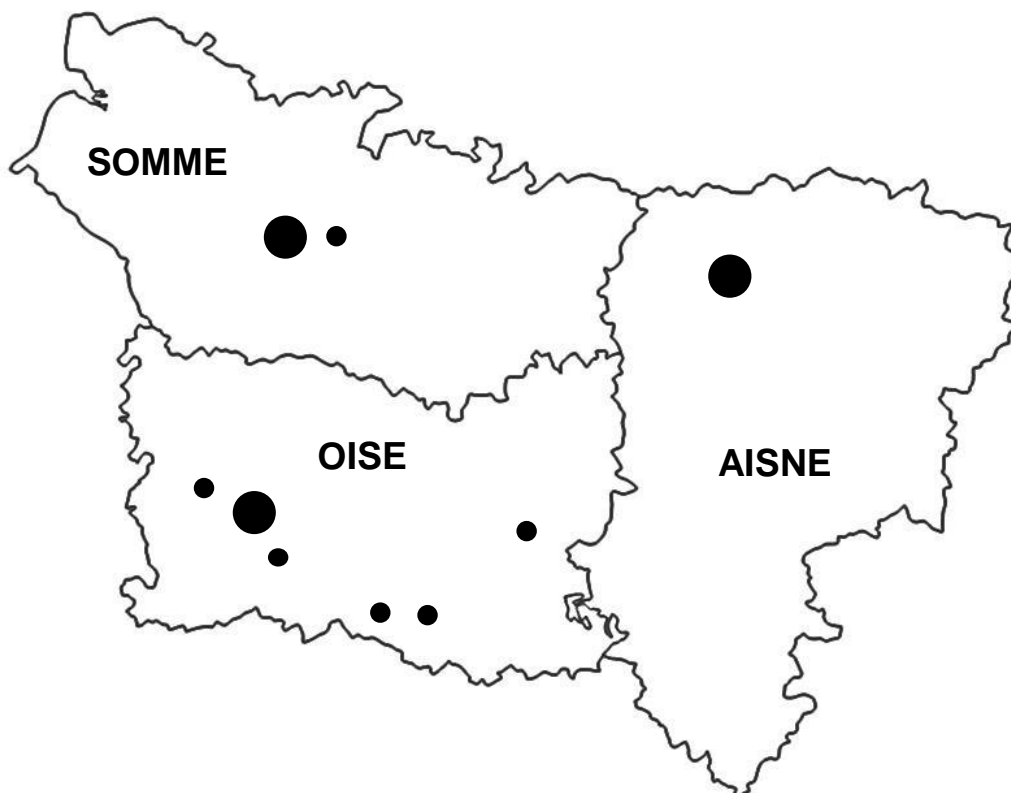


Figure 1 : Répartition sur le territoire picard des médecins interrogés.

Les entretiens ont duré entre 10 et 37 minutes avec une moyenne de 18 minutes. L'âge moyen des médecins interrogés était de 56 ans et en moyenne, leur première installation remontait à 24 ans. Les trois tableaux suivant résumant les caractéristiques sociodémographiques et professionnelles des médecins interrogés pour chacun des trois départements (tableaux I, II et III).

Tableau I : Caractéristiques des médecins de l'Oise

OISE							
Médecin	2	3	4	7	8	10	12
Sexe	Femme	Femme	Femme	Homme	Femme	Homme	Femme
Age (ans)	49	56	58	55	56	65	58
Année d'installation	1999	1987	1987	2010	1987	1976	1988
Lieu d'exercice	Urbain	Rural	Urbain	Rural	Urbain	Urbain	Urbain
Mode d'installation	Seul	Groupe	Seul	Seul	Seul	Seul	Seul
Sectorisation	1	1	2	1	2	2	2
Médecine non conventionnelle inscrite à l'Ordre des Médecins	Acupuncture (DIU)	Homéopathie (DIU)	Homéopathie (DIU) et acupuncture (école privée)	Ostéopathie (école privée d'étiopathie)	Homéopathie et acupuncture (DIU pour les deux)	Homéopathie (DIU)	Ostéopathie (cours privés puis DIU) et homéopathie (DIU)
Autre exercice particulier pratiqué et/ou étudié	Homéopathie, nutrition et mésothérapie	Non	Mésothérapie et auriculothérapie	Homéopathie	Ostéologie et podologie	Acupuncture, mésothérapie et médecine du sport	Non
Faculté d'origine	Amiens	Amiens	Amiens	Paris XVIII (Bobigny)	Amiens	Paris Ouest (Garches)	Amiens

Tableau II : Caractéristiques des médecins de la Somme

SOMME			
Médecin	1	5	6
Sexe	Homme	Homme	Homme
Age (ans)	40	54	62
Année d'installation	2007	1992	1982
Lieu d'exercice	Urbain	Urbain	Urbain
Mode d'installation	Seul	Groupe	Seul
Sectorisation	1	1	2
Médecine non conventionnelle inscrite à l'Ordre des Médecins	Ostéopathie (DIU)	Mésothérapie (DIU)	Homéopathie, acupuncture (écoles privées) et ostéopathie (DIU)
Autre exercice particulier pratiqué et/ou étudié	Médecine ayurvédique	Non	Phytothérapie, micro-nutrition et psychosomatique
Faculté d'origine	Amiens	Amiens	Amiens

Tableau III : Caractéristiques des médecins de l’Aisne

AISNE		
Médecin	9	11
Sexe	Femme	Homme
Age (ans)	58	63
Année d'installation	1987	1986
Lieu d'exercice	Urbain	Urbain
Mode d'installation	Seul	Seul
Sectorisation	2	1
Médecine non conventionnelle inscrite à l'Ordre des Médecins	Homéopathie et acupuncture (DIU pour les deux)	Mésothérapie (DIU)
Autre exercice particulier pratiqué et/ou étudié	Non	Nutrition et médecin coordonateur d'EHPAD (Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes)
Faculté d'origine	Amiens	Amiens

2. Les raisons de l’absence d’enseignement des médecines non conventionnelles

2.1. Pratiques peu connues et non reconnues

De nombreux médecins ont invoqué l’ignorance de leurs pairs envers ces pratiques comme une des causes de l’absence d’enseignement.

M1 : « Par ignorance ou plus par méconnaissance qu’il existe d’autres types de médecines dans le monde aujourd’hui. »

M7 : « Je pense que c’est simplement par un manque de connaissance d’une part. »

Le faible nombre d'études scientifiques solides a été évoqué comme une des raisons de cette méconnaissance mais aussi de l'absence de reconnaissance de ces pratiques.

M3 : « Parce que les médecins ne connaissent pas la discipline sûrement, mais certainement parce qu'il n'y a jamais eu d'études de faites. (...) toute la pratique médicale se repose sur les études (...) on n'a pas eu de grand programme de fait là-dessus (...) »

M8 : « Parce que c'est pas reconnu sur le plan scientifique. »

La non reconnaissance avait pour conséquence une absence d'intégration hospitalière, pouvant alimenter d'autant plus l'ignorance en matière de pratique non conventionnelle des praticiens. Selon les médecins interrogés, l'enseignement étant dispensé par des praticiens hospitaliers, l'absence d'intégration hospitalière entraînait une absence d'intégration universitaire.

M2 : « Il faudrait que ce soit un peu plus intégré à l'hôpital peut-être pour que ça rentre dans les études de médecine. »

M5 : « Parce que l'enseignement est fait par des hospitaliers (...) qui effectivement, ne sont pas, pour la plupart, sensibilisés à ce genre de médecine. »

Les praticiens ont aussi abordé la méfiance et les critiques envers ces types de médecines, liées selon eux à l'absence de connaissance en la matière.

M2 : « Donc, quand on ne connaît pas, on n'a pas toujours un jugement adapté et puis on critique. »

M6 : « C'est un peu comme les religions : tout d'un coup, on découvre qu'on dit des aberrations de telle ou telle religion. On n'a pas, on n'a pas eu de formation. Bah, la médecine, c'est pareil ! »

2.2. Contenu des études trop dense

L'enseignement de la médecine conventionnelle étant en lui-même très dense, d'après les médecins interrogés, il semblait ne pas rester de place pour enseigner d'autres types de pratiques.

M1 : « Le contenu de l'enseignement en médecine conventionnelle est déjà très, très, très important. Donc le fait d'aborder d'autres médecines plus traditionnelles ou d'autres pays rallongerait certainement les années d'études d'au moins autant. »

M9 : « Est-ce qu'il y a pas la place pour le faire parce qu'il y a déjà beaucoup de choses hein, y'a beaucoup de, d'éléments à intégrer ? »

2.3 Manque d'ouverture d'esprit

Pour une partie des praticiens, l'enseignement des médecines non conventionnelles serait lié à la volonté des doyens et à l'expérience de chacun d'entre eux.

M6 « C'est une question de doyens je pense, c'est une question de politique au niveau des doyens. »

M7 : « Par un manque de volonté des doyens. (...) Moi, j'ai eu la chance d'être à Bobigny avec le Pr Cornillot qui lui était très, très orienté sur ce type de médecine (...) »

D'après eux, l'ouverture d'esprit réduite restait un frein à l'enseignement.

M2 : « C'est surtout un manque global d'ouverture »

M10 : « A mon époque, je pense que la médecine était pas très, très ouverte justement à ces médecines dites parallèles (...) Nos patrons (...) pensaient détenir la vérité, la seule vérité et qu'il y avait pas d'autre vérité que la leur, etc, etc. Donc, ils étaient campés sur leur position. »

2.4. La culture

Un seul des médecins interrogés a évoqué la culture en tant que frein à l'enseignement. La culture française semblait être imprégnée à présent par la médecine conventionnelle et peu encline à s'ouvrir à d'autres types de pratiques.

MI : « Mais, c'est aussi peut-être parce que notre culture a fait que nous avons notre vision des choses, nous avons évolué baignant dans cette médecine. »

3. La formation aux médecines non conventionnelles

La majorité des médecins interrogés pratiquait plusieurs médecines non conventionnelles malgré le fait qu'une seule ou deux d'entre elles étaient enregistrées auprès du Conseil de l'Ordre des Médecins. Ils étaient par ailleurs tous détenteurs d'un Diplôme Universitaire concernant leur discipline complémentaire majoritaire.

3.1. Les carences de la formation versus l'expérience

Certains médecins ont exprimé leurs regrets vis-à-vis des formations en médecine non conventionnelle qui étaient en elles-mêmes insuffisantes et le besoin de poursuivre cette formation par d'autres moyens.

MI : « Il existe à la carte un programme de formation continue parce que les 2 années de formation initiale ne permettent pas vraiment de rentrer (...) au cœur de la discipline je dirais. (...) C'est une approche, c'est un survol, on a les bases mais si on souhaite évoluer, il faut évidemment continuer à aller chercher des informations, à se former. »

Un des participants ayant pratiqué en tant qu'étéopathe avant de devenir médecin par la suite, pointait les déficiences des formations non conventionnelles seules. Il exposait les risques incombés par la pratique de la médecine non conventionnelle par des non médecins.

M7 : « Et c'est là où le bât blesse aussi dans les écoles (...), où on n'est pas passé par la case médecine, c'est l'interrogatoire. (...) savoir différencier de ce qui est fonctionnel de ce qui est organique. (...) c'est très compliqué à faire et si on vous l'apprend pas (...) on peut passer à côté de beaucoup de choses (...) on sait pas trop faire le distinguo fonctionnel-organique. Et ça c'est, à mon avis, quelque chose qu'on apprend QUE dans nos études de médecines. »

Nombre de médecins ont évoqué leur apprentissage par leurs expériences propres, passage obligé d'après eux pour acquérir une certaine technicité dans leur pratique.

M1 : « Faire l'acquisition de ce qu'on appelle un « toucher », qu'on n'apprend pas dans les livres mais qu'on apprend au contact des patients. Et il faut quand même quelques années avant de commencer à ressentir véritablement les tissus, le patient et d'autres choses parfois. »

M2 : « Donc pendant 2 ans, j'allais tous les mercredis travailler dans le service d'acupuncture de l'hôpital Beaujon et là j'apprenais à mettre les aiguilles au lit du malade. »

Certains voyaient cependant cette méthode d'apprentissage comme approximative et pourvoyeuse de mésusage.

M5 : « Donc, je remplaçais 2 médecins(...) qui tous les deux pratiquaient la mésothérapie. M'enfin, de façon, de façon empirique, ils s'étaient formés sur le tas. (...) ils m'avaient montré globalement comment qu'on procédait mais bon (...) un petit peu au pifomètre (...) »

M9 : « Les médecins se forment un peu sur le tas on va dire. Et, moi j'ai beaucoup de mes confrères qui font de l'homéopathie sans vraiment y connaître grand-chose. »

Un seul médecin a abordé le fait de s'être également formé auprès de guérisseurs pour y acquérir des techniques traditionnelles et ancestrales.

M7 : « J'ai été aussi faire des pèlerinages entre guillemets chez des rebouteux. (...) Pour voir un petit peu une tradition orale (...) »

Malgré les expériences acquises de manière empirique, une véritable formation restait nécessaire pour permettre une pratique optimale.

M5 : « Je me suis dit « Bah, ce serait quand même bien de faire une véritable formation ! » (...) Ce qui m'a permis effectivement (...) de mieux pratiquer les choses à mon sens effectivement, parce que j'avais une formation. »

M11 : « Puis après, je me suis dit, il faut quand même faire une formation universitaire pour avoir les reins un peu plus solides là-dessus. »

Une véritable formation universitaire permettait également de contracter un véritable statut, passeport pour atteindre une certaine légitimité.

M12 : « J'ai fait, en fait, Bobigny en tant qu'ostéopathie (...) pour avoir mon statut d'ostéopathe. (...) je l'ai fait il y a 4 ou 5 ans quand en fait, ils ont fait en sorte qu'il fallait avoir un diplôme. »

3.2. Les difficultés à se former

La formation se couplant souvent avec la pratique quotidienne de leur métier, les difficultés d'organisation étaient nombreuses : temps et distance complexifiaient l'accès aux formations.

M12 : « Je me formais un week-end par mois sur Paris et j'ai fait tout un cycle de formation pendant 8 ans (...) plus d'autres formations après en Belgique et autre part en France (...) »

M8 : « A partir de ma 2ème année d'homéopathie, j'ai commencé mes 3 années d'acupuncture en même temps (...) donc je prenais ma journée du mardi vis-à-vis de l'hôpital qui était plus ou moins acceptée par les patrons hospitaliers. »

Ces difficultés étaient à présent exacerbées par des formations ouvertes tardivement dans le cursus médical (3^{ème} cycle ou pour les médecins thésés uniquement) période à laquelle la vie personnelle prend un nouveau tournant, comme la parentalité.

M8 : « Boiron[®] accepte de faire des formations d'homéo (...) en 6^{ème} ou 7^{ème} année ou en fin (...) de 3^{ème} cycle. Ce qui, à mon avis, est un peu dommage parce que c'est long et que quand on arrive à 28-30 ans (...) si on a des enfants, on n'a pas le temps non plus. »

Certains mettaient aussi en avant la part financière de leur formation et le coût qu'il leur était imposé comme difficulté supplémentaire.

M7 : « Je crois que c'était 8000 ou 9000 francs par an. (...) ça n'a rien à voir avec les prix qui sont pratiqués aujourd'hui qui sont exorbitants. »

M8 : « Je veux dire, en école privée donc j'ai payé. »

3.3. Formation continue

La plupart des médecins interrogés poursuivaient leur formation via différents types de programmes et pour différentes raisons. Certains poursuivaient une formation pour appréhender de nouvelles déclinaisons spécifiques à leur spécialité ou de nouvelles disciplines.

M1 : « Donc je continue aujourd'hui dans une discipline que l'on appelle l'ostéopathie énergétique (...) »

M4 : « Je vais à des réunions aussi de nutrition, micro-nutrition (...) »

D'autres effectuaient des formations uniquement pour approfondir ou rafraîchir leurs connaissances.

M7 : « Y'a des réunions régulières tous les 3-4 mois sur un thème bien précis où on travaille sur des dossiers. »

Les formations continues permettaient un partage d'expérience entre confrères.

M4 : « On se retrouve avec des gens qui pratiquent un peu comme moi (...) la convivialité, le fait de travailler dans le même état d'esprit, c'est important. »

M9 : « On discute beaucoup (...) chacun apporte son expérience et puis je pense que ça apporte beaucoup à tout le monde. »

Parmi les médecins, une partie évoquait la lecture de revues, d'ouvrages, et l'utilisation d'internet comme source d'enrichissement de leurs savoirs.

M4 : « Après, en formation continue (...) Les bouquins surtout. »

M2 : « Je travaille beaucoup sur internet maintenant (...) j'enrichis mon savoir. »

La multiplication des disciplines apprises augmentaient d'autant plus le nombre de formation continue.

M6 : « Il y a des symposiums, j'en fais pas 36. (...) si on en fait un d'acu, un d'homéo, un de micro nutrition, un d'ostéo plus une formation fondamentale (...) pour le DPC (Développement Professionnel Continu), bah, ça y est! Une année, ça va vite. »

La formation continue en médecine non conventionnelle n'étant pas obligatoire, le volontariat a été souligné.

M3 : « C'est complètement volontaire. Ça ne rentre pas dans le cadre de la formation professionnelle obligatoire allopathique. »

De nouveau la notion de coût financier a été relatée, appuyant d'autant plus ce caractère volontaire à ces formations.

M8 : « Des formations qu'on choisit et qu'on paye nous-même. »

Deux médecins ont avoué ne plus effectuer aucune formation continue concernant leur discipline de médecine parallèle majoritaire. Les raisons invoquées étaient la faible activité non conventionnelle et l'ajout de nouvelles fonctions pouvant être chronophage.

M5 : « Ça reste qu'une petite activité et je pense que, sauf surprise, ça restera toujours une activité limitée. (...) Donc, c'est pour ça aussi que je fais pas de formation (...)»

M7 : « Maintenant, je suis un peu passé de l'autre côté de la barrière ! (rires) En fait, je fais surtout partie de jurys en tant que médecin ostéo pour faire passer les doctorats.»

4. Motivations à pratiquer une médecine non conventionnelle

4.1. Les découvertes

La découverte même de pratiques différentes et efficaces était un moteur de leur apprentissage et de leur utilisation.

M1 : « Il y avait d'autres médecines qui étaient (...) totalement différentes dans l'approche, dans la manière de penser et qui néanmoins avaient des résultats très spectaculaires. »

M2 : « Donc c'est ça qui m'a beaucoup motivée parce que je voyais vraiment qu'il y avait des résultats. En plus, il y avait les chefs de services qui venaient se faire piquer donc ça montrait bien que ça marchait. »

Une majorité des médecins interrogés a découvert leur discipline par le biais d'un confrère la pratiquant.

M1 : « C'est que j'ai eu la chance quand je n'étais pas encore thésé, (...) de remplacer un confrère médecin ostéopathe. »

M11 : « Et dans ce cabinet, il y avait le Dr A. qui pratiquait la mésothérapie depuis des lustres et un autre, Dr T. qui pratiquait aussi la mésothérapie. Donc, c'est un peu à leur contact que j'ai commencé (...) à m'intéresser aux choses. »

Certains de ces confrères avaient eux-mêmes découvert ces pratiques lors de leurs voyages dans des pays où elles étaient pratiquées et reconnues.

M6 : « Beaucoup étaient des médecins d'ailleurs, issus de la médecine militaire. Des médecins qui avaient été au Viêt Nam (...) Cochinchine, tout ça. Et donc, qui avaient appris sur place les techniques et qui les ont ramenées en France(...) »

M1 : « Seuls les praticiens qui ont voyagé (...) se sont aperçus que, effectivement, il y avait d'autres médecines qui étaient totalement (...) différentes dans l'approche. »

Les patients ont également été un moyen de découverte et une motivation à la pratique de médecine parallèle.

M1 : « J'avais des patients qui se présentaient à moi, ne sachant pas que mon confrère n'était pas là, donc qui venaient en quête d'une manipulation d'ostéopathie et moi je leur disais, « Malheureusement, je n'ai pas cette compétence. ». Donc, je ne pouvais pas répondre à leur demande. »

M5 : « J'ai continué aussi effectivement à en faire puisque certains de ses patients, quand il (ndlr : le médecin qu'il remplaçait) n'était pas disponible, me demandait que je le fasse.»

Certains avaient eux-mêmes été soignés dans le passé via des médecines non conventionnelles.

M8 : « Parce que j'ai été moi-même traité plus jeune par homéopathie pour la maladie de Bouveret où au niveau cardiaque il n'y avait pas de traitement. (...) De ce fait là, j'étais plus sensibilisé aux médecines douces (...)»

M7 : « Je me suis laissé manipuler et j'ai vu que ça avait fonctionné. »

L'utilisation de ces médecines par leurs familles a marqué les praticiens et les a rendus réceptifs à ces pratiques.

M6 : « C'était déjà utilisé dans ma famille (...) ma mère qui nous avait fait aussi un peu soigner (...) par ces techniques-là. Donc c'est resté dans, dans ma mémoire et ça m'a attiré (...) »

M8 : « Et après mes parents se sont lancés aussi un peu dans l'homéo et l'acup' et j'ai trouvé que c'était une bonne médecine. »

La découverte des pratiques non conventionnelles était en partie liée à la curiosité de certains praticiens.

M10 : « Je me suis dit « Tiens ! L'acupuncture, c'est bizarre. ». (...) Donc, vraiment par curiosité. »

M12 : « Je suis allé rapidement faire des stages quand j'étais en 2ème année sur des lieux où on présentait un peu toutes les médecines autres. Et là, ça parlait homéopathie, acupuncture, ostéopathie, enfin, un peu de tout quoi. »

Deux des praticiens ont invoqué leur esprit contestataire de l'époque comme facteur ayant permis la découverte des médecines parallèles ainsi qu'à leur pratique ultérieure.

M6 : « Bon, y'a peut-être eu un esprit soixante-huitard aussi, post soixante-huitard, de remettre en cause les formations trop structurées. »

M12 : « J'ai beaucoup milité en tant qu'anti-nucléaire des choses comme ça. Donc, en fait, toute cette mouvance-là fait que ça m'a fait découvrir en fait, des autres formes de vie! (...) en tant que médecin (...) il était pas question pour moi que je fasse de l'allopathie. »

4.2. Les carences de la médecine étudiée à la faculté versus la réalité

4.2.1. Les limites de la médecine allopathique

La quasi-totalité des médecins interrogés a évoqué les lacunes existantes de la médecine allopathique qui les auraient poussés à rechercher des solutions dans d'autres types de pratiques afin de répondre aux attentes de leurs patients.

De multiples symptômes et pathologies trouvaient leurs solutions au sein des médecines non conventionnelles. Une majorité des praticiens utilisaient leur spécialité non conventionnelle pour soulager la douleur de leurs patients.

M11 : « Et j'ai commencé à faire de la mésothérapie pour la douleur chez tous mes patients. »

M9 : « Je travaille beaucoup avec la consultation de la douleur. Donc ils m'envoient régulièrement des patients pour faire de l'acupuncture. »

A cela s'ajoutait la notion de prise en charge des effets secondaires de traitements lourds, telle que la chimiothérapie, permettant d'apporter un confort au patient.

M3 : « On apporte toujours un plus dans le traitement et la prise en charge que ce soit pour les nausées, vomissements ou la perte de cheveux, comportement, troubles digestifs, radiothérapie... Tous les effets secondaires des maladies euh oui, on apporte une grosse aide (...) Améliorer le confort du patient. »

D'après les médecins interrogés, la plupart des pathologies fonctionnelles ne trouvaient pas de traitements adéquats dans la médecine allopathique alors qu'ils existaient dans d'autres pratiques.

M1 : « La colopathie fonctionnelle ou tout un tas de troubles dit idiopathiques parce qu'on ne connaît pas véritablement l'origine (...) à travers l'ostéopathie, ses pathologies là prennent tout leur sens et on est outillé justement pour y faire face. »

M3 : « On sait très bien que les contractures (...) ou la fibromyalgie, ça n'est pas particulièrement organique. (...) il y a quand même un gros impact du type de morphologie et de comportement de l'individu. Et ça, en homéopathie, on ne va pas soigner quelqu'un qui est carbonique, qui est carré, comme quelqu'un qui est très fluorique ou phosphorique. »

Certaines pathologies pédiatriques ne trouvaient pas de réponse satisfaisante dans la médecine allopathique alors qu'elles existaient dans d'autres types de médecines.

M10 : « L'homéopathie (...) je l'utilise aussi de plus en plus chez les enfants parce que chez les enfants de moins de 2 ans (...) vous voyez que vous êtes totalement démuni. »

M2 : « Je vais voir un petit garçon qui a des molluscum contagiosum. (...) en médecine de ville, on n'a pas tellement de traitement à part la curette. Donc là j'ai des traitements homéopathiques qui marchent là-dessus. »

La psychiatrie était une spécialité où la plupart des traitements médicamenteux pouvaient être lourds et mal supportés par les patients.

M8 : « C'est une médecine qui prend la globalité avec les troubles psychiques et d'écoute qu'on a beaucoup plus et de moyens thérapeutiques (...) Vous êtes anxieuse, c'est tout de suite du Lexomil[®] ou du Xanax[®] (...) qui abat les gens et les gens sont pas toujours demandeurs d'avoir ça tout de suite. »

M10 : « Je l'utilise aussi quand même en psycho parce que, plutôt que de donner des anti-dépresseurs et des tranquillisants, c'est beaucoup plus serein et mieux de donner si on le peut des traitements homéopathiques. »

Les médecines non conventionnelles étaient considérées comme un allié dans la prise en charge de sevrages, médicamenteux ou tabagique.

M6 : « On venait me voir pour arrêter le tabac. »

M10 : « Un patient qui a des problèmes de sommeil, je lui ai donné les traitements traditionnels de type Stilnox[®] (...) Puis après, faut faire le sevrage. (...) On va diminuer d'abord le Stilnox[®] puis on va passer après à l'homéopathie avant d'arrêter tout. »»

Elles avaient aussi une dimension préventive.

M12 : « Et puis, c'est moins agressif et puis c'est essentiellement de la prévention. »

M6 : « C'est d'être dans le curatif mais aussi d'être dans le préventif et, tous ces outils-là sont d'un bon apport, ça aide bien le médecin généraliste (...) »

Les médecins interrogés ont également souligné les carences des thérapeutiques en allopathie que ce soit par l'amplitude de choix de traitements ou par leurs iatrogénies.

La pratique d'une médecine non conventionnelle en complément de la médecine générale permettait un élargissement de l'arsenal thérapeutique et donc, de répondre à un plus grand nombre de situations. A cela s'ajoutait l'utilisation de remèdes moins invasifs et iatrogènes.

M2 : « Quand (...) je remplaçais en médecine générale, il y avait pleins de pathologies que je n'arrivais pas à soigner, j'avais pas tous les moyens. Tandis que là, ça m'ouvre vraiment un éventail fantastique pour le patient, pour arriver à le traiter. »

M8 : « Un large choix de thérapeutiques plus large que la médecine générale (...) »

M7 : « Et surtout, l'intérêt c'est quand même d'éviter tout ce qui peut être iatrogène. »

M10 : « Etre efficace sans avoir d'inconvénients. »

Un seul des praticiens a évoqué l'absence de contre-indications et d'interactions médicamenteuses des thérapeutiques non conventionnelles comme motivation première à pratiquer une spécialité non conventionnelle.

M3 : « C'est surtout l'absence de contre-indications, l'absence d'interactions médicamenteuses. »

4.2.2. Constitution des études médicales

Parmi les facteurs motivant la pratique des médecines non conventionnelles, on retrouvait la constitution même des études médicales. Certains regrettaient le fossé existant entre la formation aux études médicales et la réalité de la pratique. Les praticiens avaient la sensation de ne pas être suffisamment expérimentés sur de nombreux domaines de la pratique quotidienne.

M1 : « En médecine générale, on est souvent confronté (...) à des patients qui nous présentent tout un tas de symptômes que l'on n'arrive pas forcément à mettre en correspondance pour les intégrer dans un syndrome tel qu'on l'a appris ou...Donc on a parfois des difficultés à poser un diagnostic »

M10 : «Enfin, moi, quand je sortais de fac, (...) on apprenait les trucs traditionnels, l'allopathique, etc, et j'ai trouvé qu'il y avait des manques. »

4.3. Désir de pratiquer autrement

La médecine générale telle qu'elle est pratiquée ne convenait pas à tous les médecins. Ceux-ci recherchaient donc une méthode de travail qui leur conviendrait au mieux ou à la rendre plus agréable en pratiquant un autre type de médecine.

M4 : « Bah, médecine générale, j'en ai pratiqué, (...) J'avais l'impression de faire un peu de l'abattage et de pas y trouver mon compte (...) »

M5 : « Bah, peut-être une petite "évasion" entre guillemets effectivement. Quelque chose qui sorte de l'ordinaire. »

La personnalisation des prises en charge représentait une source de motivation supplémentaire à la pratique d'autres médecines.

M3 : « C'est UN symptôme sur UN individu, UN symptôme sur UN type de comportement. »

M7 : « Moi je pense qu'il est intéressant pour un praticien, en fait, de pouvoir proposer aux gens une technique de soin qui va être la plus (...) appropriée. »

Les praticiens interrogés invoquaient la globalité de la prise en charge comme un atout à leur pratique.

M4 : « L'approche de la globalité de la personne, pas que ses problèmes physiques mais retentissement psychique, retentissement émotionnel (...) ce qui me plaît moi c'est la globalité de la personne et de la prise en charge de la personne dans ce qui lui arrive là quoi. »

Cette globalité n'était d'après eux pas autant développée dans la médecine allopathique qui restait plus symptomatique.

M9 : « Bah, on a l'impression quelque fois quand on traite quelqu'un, on va traiter un symptôme et on va pas traiter une personne dans son ensemble, c'est ce que nous on fait. (...) Et c'est ça la différence, c'est ça qui me convient mieux dans ma pratique (...) »

5. Les avantages de la double pratique

5.1. Apports supplémentaires pour le patient

5.1.1. Qualité de relation médecin-patient

La disponibilité et le temps donnés au patient étaient majorés chez les praticiens à exercice non conventionnel.

M4 : « Donc ça donne un espace-temps pour le patient mais pour moi aussi. (...) prendre ce temps-là quoi, ce temps d'écoute, ce temps d'attention (...) c'est notre dispo-ni-bi-lité propre »

M8 : « Bah, le médecin est là pour soigner et écouter et aussi l'écoute est quand même beaucoup plus importante. »

M10 : « Parce que, justement, je considère que moi, j'aime bien donner du temps à mes patients, discuter. Du travail à la chaîne, de l'abattage, c'est pas mon style. »

Deux des médecins interrogés ont évoqué la tolérance qu'ils pouvaient avoir vis-à-vis de leurs patients et l'amélioration de la qualité de relation qui pouvait en découler.

M10 : « D'abord une ouverture d'esprit parce que je pense que les gens parlent plus facilement. (...) s'ouvrent beaucoup plus et parlent beaucoup plus (...) Et moi, je peux de mon côté apporter quelque chose. »

M4 : « Bah, mes patients me disent voilà : « Vous avez une ouverture qu'on recherche. Vous êtes pas figé. ». »

5.1.2 Approche thérapeutique différente

La personnalisation de la prise en charge était un avantage pour les patients. Elle nécessitait une adaptation des praticiens et de leurs pratiques à leur patientèle.

M10 : « Quand j'ai un nourrisson, je lui consacre une demi- heure par exemple. Si j'ai un malade, bon je sais qu'il est dépressif, je vais consacrer une demi-heure voir trois-quarts d'heure. J'adapte mes consultations au patient (...) »

M8 : « J'ai un frère qui est très peu malade. Il est sur le tracteur, vous lui demandez d'arrêter son tracteur pour prendre des granules toutes les heures (...) ça va lui casser les pieds. Donc, prendre un antibiotique en mangeant, ça sera plus pratique. »

Certains praticiens ont mis en avant l'approche holistique de leur pratique. Il s'agissait d'une approche globalisée du patient y compris dans son environnement, son passé, ses propres sentiments et même sa spiritualité. Elle permettait de remettre les pathologies dans une histoire propre à chaque patient.

M1 : « Il y a d'autres dimensions de l'être à prendre en considération et cette approche holistique prend en compte ces autres dimensions de l'être qui sont toutes les dimensions émotionnelles, psychiques, mentales et spirituelles également. »

M10 : « La médecine qui passe du temps à interroger les gens, à savoir dans quelles conditions ils vivent, etc..., c'est très, très important. »

Le traitement par des thérapeutiques non conventionnelles permettait aussi de diminuer les traitements allopathiques. Les traitements étaient alors moins invasifs et moins lourds selon les praticiens sondés.

M9 : « Pour les patients, ça leur permet de diminuer la quantité de médicaments en allopathie (...)»

M6 : « Ça permet d'avoir des traitements allopathiques moins lourds je trouve et puis de réduire certains qui, qui peuvent poser problème ».

Parfois même, le choix thérapeutique se portait uniquement sur la médecine non conventionnelle.

M8 : « Une sciatique d'une femme enceinte, on peut croire que c'est mécanique et on peut là, ça passe quand même avec une ou deux séances d'acup'. Sans rien prendre d'autre. »

5.2 Apports pour le praticien

5.2.1. Moyens diagnostiques et thérapeutiques diversifiés

La double pratique allopathique - non conventionnelle permettait une approche diagnostique élargie, chaque pratique apportant ses propres méthodes diagnostiques.

M7 : « C'est d'avoir d'autres diagnostics différents, tout du moins, d'autres approches différentes de la pathologie. »

M1 : « On peut approcher le patient par l'aspect fonctionnel et en remontant à la source, tomber sur une pathologie véritable, organique. Et à ce moment-là, en tant que médecin, on a la possibilité soit d'explorer par les moyens techniques que l'on connaît, (...) voire d'adresser à un correspondant (...) »

De par leur complémentarité, les médecines non conventionnelles constituaient un apport supplémentaire à la médecine générale.

M2 : « C'est un complément, ça ne soigne pas tout, mais ça aide quand même. Au quotidien en médecine générale, c'est quand même très, très utile. (...) On arrive à soigner beaucoup de pathologies qu'en médecine conventionnelle on ne soigne pas. »

M7 : « On peut très bien mélanger les 2 techniques. (...) Ça peut être vraiment quelque chose de complémentaire. »

En leur apportant de nombreux traitements, les médecines non conventionnelles en complément permettaient de répondre plus aisément aux attentes des patients.

M1 : « Je me sens beaucoup plus complet. Je me sens mieux armé à répondre à la demande de mes patients. »

M2 : « C'est d'être un médecin vraiment beaucoup plus efficace je pense, d'arriver à donner des traitements de fond et à la fois à soigner les cas aigus. »

5.2.2. Patientèle différente

Etre praticien en partie non conventionnel attirait une patientèle différente, ouverte à ces médecines et recherchant des alternatives à la médecine allopathique.

M12 : « Les gens, ils viennent pour se soigner en homéopathie ou en ostéopathie. Ils viennent pas pour se soigner en allopathie. »

M2 : « Bon après on attire une clientèle qui a peut-être un contact différent aussi (...) »

Cette patientèle différente pouvait engendrer des avantages aux praticiens : liberté, sécurité et confort de pratique étaient évoqués.

M12 : « J'ai très peu de personnes (...) qui sont agressives quand elles viennent. J'ai très peu de personnes (...) qui ont des problèmes comportementaux parce que ces personnes-là, elles viennent pas vers ces médecines-là. »

M4 : « Y'a des gens pour qui (...) 50% au moins où je ne suis pas le médecin traitant (...) qui viennent pour ci, pour ça et qui repartent. Ça permet d'avoir une certaine liberté. »

5.2.3. Pratiquer autrement

Pratiquer selon leurs propres envies constituait un avantage pour les praticiens en leur conférant une liberté de choix. Certains négligeaient progressivement la médecine générale pour leur pratique non conventionnelle.

M4 : « J'avais envie de repartir sur autre chose, donc voilà pourquoi je suis arrivé là. »

M11 : « Je réduis beaucoup mon activité de médecine générale au profit de la mésothérapie. »

D'autres cherchaient un équilibre entre les deux en n'affichant pas clairement leur pratique alternative pour préserver leur métier de médecin généraliste.

M5 : « Je l'ai même pas mis dans l'annuaire téléphonique, etc. Je le fais uniquement pour mes patients et les patients (...) de la maison médicale parce qu'on a une grosse activité de médecine générale et que j'ai pas le temps d'en faire beaucoup. »

Exercer à la manière d'un spécialiste était considéré par quelques praticiens comme un bénéfice.

M4 : « Ça fonctionne un peu comme avec un spécialiste. (...) moi ça me convient (...) »

M12 : « J'ai quand même beaucoup plus une structure je dirais spécialiste dans mes consultations qu'une structure d'accueil de généraliste. »

Cet exercice était possible grâce à leurs confrères, adressant leurs patients auprès de ces médecins en qualité de praticiens non conventionnels.

M11 : « Je connais parfaitement tous mes confrères (...) je suis en parfaite osmose avec eux et ils m'envoient souvent des gens pour faire de la méso.»

M9 : « Même des confrères qui m'adressent des gens pour l'acupuncture. (...) je suis correct à ce niveau-là, bon, je ne fais pas du tout d'allopathie. »

6. Difficultés de la double pratique : inconvénients et obstacle à son exercice

6.1. Patientèle inconnue et de dernier recours

Les patients consultant les praticiens non conventionnels ont souvent déjà un lourd parcours médical avec des avis spécialisés multiples. Cette patientèle qui consultait en désespoir de cause était inconnue des médecins, se présentait sans dossier ce qui ajoutait des difficultés à la prise en charge.

M5 : « J'étais aussi parfois plus avec des patients difficiles, bon déjà que je ne connaissais pas, qui n'avaient pas de dossiers (...) et des patients qui étaient parfois en situation d'échec. (...) des gens qui avaient déjà fait (...) parfois plusieurs généralistes, plusieurs spécialistes, qui avaient fait un tas de traitements, etc., et qui venaient un peu chez moi en désespoir de cause (...) »

M12 : « Y'a des personnes qui viennent me voir QUE parce que je suis ostéopathe. Et absolument pas parce que je suis médecin. (...) Dont je ne suis pas le médecin traitant. »

6.2. Opacité du statut des médecines non conventionnelles

Un des obstacles évoqué par les médecins était l'absence de cadre légal et administratif des médecines non conventionnelles.

M1 : « Au sein du Conseil de l'Ordre (...) c'est beaucoup plus cadré. Donc c'est vrai que toutes ces médecine alternatives n'ont pas de, n'ont pas de cadre. C'est peut-être ce qui fait peur. »

Pour poursuivre sa pratique de l'ostéopathie, un des praticiens sondés a dû devenir médecin en tant que tel après une plainte d'un confrère. L'absence de cadre à l'époque lui avait porté préjudice et devenir médecin fut la seule solution pour atteindre la légitimité dont il avait besoin.

M7 : « J'ai été, en fait à l'époque, en procès. En procès par un médecin avec qui je travaillais (...) c'était dans les années 89-90 et à cette époque-là, il y a avait encore des condamnations pour exercice illégal de la médecine. (...) je me suis dit : le seul moyen de pouvoir faire de la thérapie manuelle, c'est de faire médecine en fait. »

Exercer une médecine non conventionnelle ne permettait pas à lui seul d'en devenir spécialiste en la matière ce qui pouvait être vécu comme une frustration. D'après un des médecins, leur pratique non conventionnelle était moins reconnue et ne devenait aux yeux des patients qu'une possibilité de traitement en plus.

M10 : « Quand on est installé comme généraliste, on a la casquette généraliste et on ne devient jamais homéopathe (...) On est un généraliste qui a une corde à son arc en plus. Mais on n'est pas homéopathe avec un grand H. »

Il pointait par ailleurs la nécessité d'une pratique régulière du non conventionnel pour son exercice optimal.

M10 : « A mon avis, ou on fait que de l'acupuncture, si on veut bien la faire, ou on fait de la médecine générale. »

D'autres ressentiaient le fait de pratiquer la médecine générale comme contraignant. Cette pratique leur apportait moins de satisfaction que leur pratique non conventionnelle.

M9 : « J'en fais quand on m'en demande. Parce que j'ai des patients que je suis depuis 20 ans. Et bon, y'en a qui me demande des fois, bon voilà quoi, un traitement en allopathie... »

6.3. Limites des pratiques non conventionnelles

Tout comme l'allopathie, le non conventionnel avait ses propres limites. Les praticiens se devaient de connaître ces limites pour proposer à leur patient le traitement le plus adéquat et pour ne pas commettre d'erreurs.

M7 : « Les inconvénients des techniques manipulatives (...) c'est de se dire : " Bah, là, je peux manipuler" alors que, malheureusement, il y a une contre-indication mais qu'il faut vraiment bien, bien, connaître toutes les contre-indications qui ont attrait aux manipulations. »

M12 : « Je connais les limites de l'homéopathie, je connais les limites de l'ostéopathie et puis, quand ça va pas, là je me dis faut peut-être chercher quelque chose (...) »

Chaque type de médecine ayant ses limites, les médecins interrogés devaient jongler avec celles-ci.

M7 : « C'est de se dire « Là, je suis performant dans tel, tel type de traitement et pas dans d'autres. ». Et, il faut vraiment savoir utiliser, ne pas aller au-delà de ses compétences. Quel que soit la méthode utilisée. »

M6 : « J'ai toujours pensé (...) que chaque technique à sa limite. »

6.4. Organisation difficile

6.4.1. Pratique chronophage et peu rentable

Un des inconvénients majeur évoqué par les praticiens était la durée de leurs consultations. Quasi incompressible, le temps était nécessaire dans leur pratique non conventionnelle et les consultations duraient plus de vingt minutes dans la majorité des cas.

M9 : « C'est beaucoup plus long, nos consultations sont plus longues. On passe facilement ½ heure avec quelqu'un (...) »

M3 : « Oui, quelque chose de chronique, on va mettre 20 minutes, 30 minutes pour faire une consultation. (...) C'est sûr, ça prend plus de temps. »

Ce temps de consultation rallongé par rapport aux consultations allopathiques entraînait une rentabilité moindre du point de vue financier selon eux.

M8 : « 23 euros pour passer ½ heure – ¾ d'heure avec un patient, c'est pas payé. »

Le gel du secteur 2, soit honoraires libres, dans les années 90 pour les médecins généralistes a exacerbé ce faible rendement financier et certains évoquaient l'injustice que cela entraînait pour les praticiens à exercice non conventionnel.

M2 : « On a décidé du jour au lendemain qu'une consultation que certains mettaient à 50 ou 100 euros, parce que bon c'est long quand même y'a des fois, bon et bien c'était 23 ! (...) Donc on est quand même parmi les médecins les moins bien payés, ça c'est sûr. »

M6 : « Le secteur 2, honoraires libres, était ouvert aux médecins généralistes. Et, ça a permis de faire des consultations longues que les médecins du secteur 1 quasiment ne peuvent pas faire par rapport à l'acupuncture et l'homéopathie, c'est quasiment impossible. »

D'après les médecins interrogés, cette impossibilité de se conventionner en secteur 2 et l'aspect peu rémunérateur rendaient les nouvelles installations en tant que médecin à double pratique plus difficiles.

M2 : « Il y a un rapport du simple au double dans le salaire d'un médecin secteur 1 et secteur 2 à peu près. (...) pour les jeunes qui s'installent actuellement (...) ça doit pas être toujours très simple quand on s'installe pour rentabiliser, faut vraiment faire actes-actes-actes. »

A cela s'ajoutait la notion de locaux adaptés à la pratique du non conventionnel dans un but de rendement et de rentabilité, les médecines les plus touchées étant l'acupuncture et l'ostéopathie.

M8 : « Je travaille avec 2 pièces pour que ce soit rentable et, j'ai une consœur qui fait avec une pièce, c'est pas rentable. »

M12 : « Je suis parti d'abord de là-bas parce que j'avais pas assez d'espace pour travailler l'ostéopathie. C'était trop petit, je pouvais pas tourner autour de mon patient (...) »

6.4.2. Surcharge de travail

Certains praticiens évoquaient la surcharge de travail liée à leur double pratique.

M1 : « C'est presque trop pour un seul homme. Je suis bien conscient qu'on ne peut pas tout faire et que donc du coup on se retrouve très, très sollicité (...) on peut vite (...) se laisser envahir si je puis dire (...) »

A ce surplus de demande s'ajoutait une surcharge administrative pour permettre la prise en charge des actes non conventionnels par les caisses d'assurances maladies.

M6 : « Maintenant, l'acupuncture est reconnue, (...) y'a une cotation qui permet d'aller jusqu'à 18 euros. Bon, les dépassements sont toujours possibles, on peut demander un dépassement (...) pour celles qui sont pas reconnues, on peut toujours faire un hors nomenclature mais, c'est...c'est des techniques qui sont difficiles à appliquer. »

Bien qu'existantes, ces prises en charge restaient fragiles et non assurées ce qui pouvait devenir une entrave à leur pratique non conventionnelle.

M8 : « Il y a une de mes consœurs qui est en secteur 1 mais qui fait des dépassements d'honoraires. C'est permis par la caisse de Beauvais pour elle (...) Mais le jour où la caisse dira « Non », elle pourra plus. »

M12 : « Y'a une tolérance et un remboursement sécu de l'homéopathie parce qu'il y a eu une bataille longue (...) Ça coûte pas grand-chose parce que c'est remboursé par la Sécurité Sociale. A partir du moment où ça ne sera plus remboursé par la Sécurité Sociale, ça va coûter beaucoup plus cher. »

Pour avoir le temps nécessaire à leur pratique non conventionnelle et pour ne pas perdre leur spécificité, certains refusaient de devenir le médecin traitant de nouveaux patients.

M4 : « Il y a quand même beaucoup de gens qui cherchent un nouveau médecin et des fois, je suis un peu coincé par ça parce que moi, j'aimerais bien pas perdre ma spécificité (...) »

M9 : « J'ai de plus en plus de demandes parce qu'il y a de moins en moins de médecins généralistes et je freine (...) Des gens qui me demandent « Vous voulez pas être mon médecin traitant ? » bah....voilà quoi ! Je freine ! »

6.5. Liées aux confrères

Les médecins à exercice non conventionnel évoquaient leurs divergences vis-à-vis de leurs confrères concernant la prise en charge des patients. Ils n'avaient pas, d'après eux, les mêmes approches diagnostiques et thérapeutiques et la même notion de soin en général.

M1 : « J'exerçais auparavant en cabinet avec 3 autres médecins, associés donc, mais qui malheureusement n'avaient pas tout à fait la même vision des choses que moi en terme d'approche du patient et de soin. »

Un sentiment de stigmatisation touchait une partie des praticiens interrogés. Ils se plaignaient d'avoir pu être jugés de manière négative par leurs confrères dans le passé.

M4 : « On peut être catalogué, dire, bon, elle fait pas de la médecine. (...) on est un peu regardé de travers parfois. »

M6 : « Les confrères (...) bon, ils vont pas dire que c'est des charlatans mais (...) ils vont rire quoi. « C'est du perlimpinpin quand même ! ». »

Cependant, ils s'accordaient tous sur l'amélioration de ce point avec les nouvelles générations de médecins.

M9 : «Y'avait beaucoup de médecins qui étaient contre et qui me mettaient des bâtons dans les roues. Maintenant, c'est de moins en moins (...) »

De nombreux praticiens exposaient la pratique du non conventionnel par des confrères non initiés comme un obstacle à leur propre pratique. En effet, devant l'absence de formations bien menées, ces médecins paraissaient pratiquer la médecine non conventionnelle de manière non optimale.

M6 : « Puis y'a ceux qui disent « Bah, pourquoi pas ! », qui s'en servent plutôt comme d'un effet placebo (...) Faut être convaincant dans ce qu'on fait, dans ce qu'on dit. »

M9 : « J'ai beaucoup de mes confrères qui font de l'homéopathie sans vraiment y connaître grand- chose. Alors, ils donnent ce qu'ils pensent être bien et puis 1 fois sur 2 ça marche, mais 1 fois sur 2, ça marche pas! »

La nécessité d'une formation était de nouveau présente y compris pour les futurs médecins. Selon les praticiens sondés, ces derniers risquaient d'être en contact avec les pratiques non conventionnelles et d'être sollicités par leurs patients pour les orienter au mieux sans être en possession des connaissances adéquates.

M6 : « C'est surtout au niveau de l'enseignement (...) qu'il y ait au moins une information quoi ! Les médecins justement généralistes jeunes vont être confrontés à ça, à une demande, des gens qui vont leur poser un tas de questions. Ils savent pas comment se positionner...ils savent même pas à qui adresser. »

6.6. Aucun inconvénient engendré par la double pratique

Deux praticiens n'ont dégagé aucun inconvénient à pratiquer une médecine non conventionnelle en plus de la médecine générale, les deux pratiques étant pour eux bien intégrées.

M6 : « Non, non. Moi je vois pas, j'y vois pas d'inconvénients. »

M11 : « Il n'y a aucun inconvénient à associer les deux. »

7. Evolution du regard des praticiens sur la médecine

7.1. La non toute-puissance de l'allopathique

Parmi les principales évolutions de pensée des praticiens, on retrouvait la non toute-puissance de l'allopathie et de l'institution hospitalière. Ces praticiens ayant suivi un cursus hospitalo-centré, réalisaient lors de leur pratique, que l'allopathie n'avait pas un pouvoir absolu et que leur propre exercice, y compris non conventionnel, pouvait répondre aux attentes des patients.

M4 : « Sortis d'études, on a l'impression d'une toute puissance de la chimie, de l'hôpital et que je me dis en fait, c'est pas si tout puissant que ça quoi. (...) je suis pas, voilà, moins capable avec mes trucs de soulager les gens et d'apporter ma pierre à l'édifice. »

M10 : « Parce qu'à l'hôpital, ils ont leur monde à eux qui est un monde tout à fait différent et je pense que le fossé se creuse de plus en plus. »

7.2 Approche modifiée des patients

Une des différences majeure évoquée par la plupart des praticiens était l'approche globale du patient. Il ne s'agissait plus alors de soigner un symptôme mais une personne dans sa totalité, dans ce qu'elle a de particulier et dans son propre environnement.

M9 : « Alors, ce qui a changé, (...) c'est la façon d'aborder les patients, de traiter dans la globalité, de ne plus traiter les symptômes mais de traiter un patient en général. Je traite une personne, je traite pas un symptôme. »

M2 : « Alors, ce qui est intéressant, c'est qu'on le soigne avec ces médecines-là de façon plus personnelle parce qu'on personnalise les traitements, on essaye de comprendre en homéopathie son caractère, sa nature... On soigne un être humain, pas une pathologie. »

7.3. Intolérance et tolérance

L'évolution de la vision des médecines non conventionnelles passait par une modification des points de vue pour permettre leurs reconnaissances. Ce changement de point de vue paraissait encore difficile auprès des confrères et des institutions d'après certains médecins interrogés.

M6 : « Chez certains confrères, c'est que certains ont l'esprit quand même un peu fermé et veulent pas, surtout pas, savoir tout ce qu'il y a eu comme travail de recherche, parce qu'il y en a eu énormément en homéopathie, en acupuncture (...) Je crois que quand on veut pas entendre, on entend pas ; quand on veut pas avancer, on n'avance pas. »

M5 : « C'est une ouverture vers d'autres médecines qui ont leur place, même si elle est limitée (...) c'est une place qui n'est absolument pas à la fac de médecine. »

Les nouvelles générations de médecins apparaissaient en revanche plus tolérantes aux pratiques non conventionnelles.

M4 : « Je trouve que les jeunes médecins sont un peu plus ouverts que la vieille école. »

M6 : « Chez les jeunes médecins actuellement, ça passe mieux. »

Ces avancées vers les médecines non conventionnelles pourraient conduire vers une reconnaissance attendue.

M6 : « L'acupuncture étant maintenant reconnue en plus ! A la fois par l'académie de médecine. Donc voilà, c'est des choses qu'il faut faire évoluer, j'espère, qui évolueront. »

M9 : « Mais, actuellement, ça change parce que y'a quand même des DU qui sont proposés en faculté. (...) L'acupuncture rentre à l'hôpital. »

7.4. Evolution des pratiques médicales

L'évolution des pratiques observée par les praticiens comprenait l'intégration hospitalière des médecines non conventionnelles. Cette dernière était de plus associée à une collaboration avec des confrères purement allopathes, qui leur adressaient des patients, tel qu'ils le feraient avec d'autres spécialistes.

M9 : « Ça rentre tout à fait dans les hôpitaux et maintenant on a de plus en plus de médecins qui nous envoient des patients. »

Un des autres modes de pratique cité par les médecins comme émergeant était une médecine hybride alliant l'allopathique et le non conventionnel.

M3 : « Mais bon, il y a des pédiatres qui sont homéopathes, il y a des angéiologues homéopathes, des gynécologues homéopathes. (...) Maintenant, ça vient. »

L'un des autres aspects mentionnés par les praticiens comme évolution liée à leur pratique était l'aspect préventif de leur exercice. Il ne s'agissait plus de soigner quand la maladie était présente mais véritablement d'empêcher son apparition.

M1 : « Je peux citer (...) Luc Bodin, qui est une référence aujourd'hui en France en médecine énergétique, (...) qui a compris qu'on pouvait intervenir aujourd'hui en amont sur des pathologies comme des cancers en élevant la fréquence vibratoire d'un individu (...) on peut aller jusqu'à éviter le déclenchement d'une pathologie cancéreuse. »

M2 : « Les traitements de fond chez les enfants, les traitements de fond en homéopathie, bon bah ça évite quand même au moins 50% des poussées infectieuses. »

En dépit de leur pratique alternative, les praticiens mettaient en avant le besoin existant et persistant de l'allopathie et de l'enseignement en milieu hospitalier.

M7 : « Moi, j'ai été ostéo non médecin et je me suis aperçu qu'en fait qu'il y avait beaucoup de choses que je ne savais pas. (...) il y a quand même une base de connaissance minimale à avoir. Et cela, on ne peut l'acquérir qu'à l'hôpital. »

M2 : « Par contre, on a besoin de toutes les médecines. »

DISCUSSION

1. Intérêts, limites de la méthode qualitative et biais

La méthode qualitative permet de mettre en lumière les comportements, les attentes et les représentations des individus sondés. Elle ouvre aussi à la création de théories et d'hypothèses concernant le sujet étudié. Elle trouve tout son intérêt pour des sujets peu étudiés en se libérant des questionnaires, porteurs par définition d'idées préconçues. En cela, elle déploie un espace de discours libre, porteur d'idées inédites et liées aux acteurs interrogés.

Cette étude avait pour objectif d'analyser les motivations et les représentations liées à leur exercice de médecins généralistes à exercice non conventionnel. Elle devait permettre de comprendre ce qui avait pu les mener à se tourner vers des pratiques non conventionnelles alors qu'ils avaient reçu une formation hospitalo-centrée, d'où ces pratiques sont exclues. La méthode qualitative paraissait la plus adaptée dans ce cas.

Cette méthode a pourtant des limites car elle nécessite de l'enquêteur une capacité d'écoute stratégique afin de composer au fur et à mesure la structure de l'entretien selon les réponses énoncées. Elle nécessite aussi une capacité d'adaptation aux personnalités de chaque personne interrogée. L'enquêteur doit également maîtriser divers modes d'interventions telles que les relances pour permettre un discours fluide et linéaire. Ces relances pouvaient être inappropriées car trop directives dans certains cas, menant les praticiens interrogés à aborder des thèmes de manière non spontanée. [16] Par ailleurs, il m'a parfois été difficile de mener l'entretien de manière adaptée par mon inexpérience en tant qu'interviewer.

Le type d'entretien a aussi son importance. Les études antérieures menées concernant ce sujet avaient également utilisé des entretiens semi-dirigés. L'usage de focus group aurait pu être envisagé car cette méthode permet le recueil de données auprès d'individus partageant une expérience commune via l'interaction du groupe, en explorant différents points de vue par la discussion. [16] Le thème de cette étude portant sur les motivations personnelles des médecins, il m'a toutefois paru plus approprié d'effectuer des entretiens individuels. Ils permettaient une liberté de discours totale, sans opposition d'idées mais en récoltant l'expérience de chacun, ressentie dans sa subjectivité et sa particularité propre.

Les entretiens se sont déroulés exclusivement au cabinet des médecins interrogés. Ce lieu n'étant pas totalement neutre, il a pu modifier quelque peu le comportement des praticiens. Certains ne pouvant pas toujours raccrocher leur téléphone ont dû y répondre lors de l'entretien, perturbant son déroulement et entraînant parfois un temps d'entretien rallongé.

Il paraissait pertinent d'effectuer le recrutement exclusivement via l'annuaire électronique de l'Ordre des Médecins de Picardie. Les médecins y étant inscrits étaient tous détenteurs d'un diplôme universitaire leur conférant une légitimité concernant leur pratique non conventionnelle, la formation étant alors en partie sous contrôle publique. De plus, ces médecins acceptaient une exposition de leur pratique parallèle via l'annuaire, permettant un recrutement plus aisé.

En cela, le recrutement n'a pu toucher uniquement que des médecins acceptant le partage de leurs coordonnées et de leurs compétences sur ce même annuaire électronique. En outre, il n'a pas été possible d'avoir accès au listing complet des médecins généralistes inscrits à l'Ordre en tant que praticien à exercice non conventionnel devant l'obligation de l'institution de faire valoir le droit de récusation des médecins concernés. L'Ordre doit en effet obtenir leur accord pour partager leurs coordonnées.

La période de recrutement a elle aussi eu un impact important. Elle s'est déroulée initialement à partir de la deuxième quinzaine de décembre coïncidant avec la fermeture des cabinets dans le cadre de la grève contre le projet de loi santé et les fêtes de fin d'année. La grève s'étant poursuivie en mars, de nombreux appels ont été infructueux avec une absence de réponse. Cette absence de réponse a été plus importante dans l'Aisne sans pouvoir dégager les raisons de ce surcroît départemental.

Le type de pratique non conventionnelle et son pourcentage dans l'activité des médecins n'ont pas paru indispensables pour répondre à la question posée, le but étant de mettre en évidence les points communs concernant les motivations et la vision de la double pratique entre tous ces médecins, malgré leurs divergences de pratique. La population a ainsi été diversifiée mais les différences de pratiques ont pu engendrer des données contradictoires concernant un même thème.

L'analyse des résultats a été effectuée en majorité via une théorisation ancrée des données par l'enquêteur lui-même. Seuls les résultats des deux premiers entretiens ont pu bénéficier d'une triangulation de l'analyse. Cette méthode consiste en une analyse par au moins deux chercheurs permettant de gagner en crédibilité, mais n'a pu être poursuivie devant des difficultés d'organisation.

2. Exercice non conventionnel : motivations à sa pratique, avantages, formation et difficultés

Les praticiens sondés ont exposé les limites de la pratique allopathique comme moteur à la découverte et à la pratique des médecines non conventionnelles. La confrontation à des pathologies et à des plaintes de patients pour lesquelles les réponses allopathiques étaient absentes ou insuffisantes les auraient poussés à trouver d'autres solutions.

En outre, les médecines non conventionnelles permettaient un élargissement de l'arsenal thérapeutique mais aussi une approche diagnostique différente qui semblaient ouvrir aux praticiens de multiples alternatives satisfaisantes et efficaces pour soigner leur patientèle.

L'approche même du patient était modifiée ce qui était en elle-même une autre motivation. Le patient était alors pris en charge de manière globale et personnalisée ce qui n'était pas le cas d'après eux dans leur pratique allopathique seule. La démarche holistique était mise en avant par son aspect d'approche complète et intégrale du patient dans son individualité propre, en opposition à la prise en charge symptomatique de la médecine conventionnelle. Les praticiens prenaient alors en compte les caractéristiques propres à chaque patient en personnalisant leur prise en charge ce qui leur donnait un sentiment d'amélioration de leur exercice en étant au plus près des besoins de leurs patients. La qualité de la relation médecin-patient en était elle aussi améliorée de par le temps donné à chaque patient pour cette personnalisation de prise en charge.

Les carences de la formation académique se sont aussi dégagées en tant que motivation. Les médecins interrogés pointaient les lacunes des enseignements concernant les pathologies fonctionnelles en particulier, aspect non négligeable de leur pratique quotidienne. Selon eux, l'enseignement universitaire ne permettait pas à lui seul de répondre à toutes les

problématiques avancées par les patients y compris par l'aspect diagnostique. Certains exposaient même une déconnexion des réalités de la pratique versus la formation reçue à l'université concernant les prises en charges et les solutions proposées aux patients.

La question de la formation en médecine non conventionnelle a également été évoquée via son absence du cursus commun aux études médicales. Ce défaut d'enseignement était lié d'après eux à un manque d'ouverture d'esprit ainsi qu'à une absence de reconnaissance et de connaissance de ces pratiques.

L'ignorance envers ces pratiques avait selon les médecins des conséquences néfastes telles que la stigmatisation de leur exercice et la pratique non efficace des médecines non conventionnelles par des confrères non formés. Ces conséquences ne faisaient qu'ajouter des obstacles à leur pratique déjà complexe.

Un des autres principaux désavantages cités était l'aspect chronophage de leur pratique associé à un rendement financier amoindri. La disparition du secteur 2 a entraîné une diminution de la rentabilité avec des difficultés à majorer le prix des consultations qui pourtant se trouvent être plus longues. Les faibles possibilités de majoration se soldaient par une surcharge administrative s'ajoutant au surplus de travail médical ressenti par certains.

3. Facteurs motivants : analogies et divergences avec la littérature

Il existe à ce jour peu d'études menées concernant les motivations personnelles des omnipraticiens à pratiquer une médecine non conventionnelle.

Un travail de thèse via une étude qualitative a été mené en 2013 par M.SIMONOT [17]. Cette thèse avait pour but de déterminer les facteurs motivant la pratique de l'homéopathie par des médecins généralistes en Lorraine. La motivation principale invoquée était une prise en charge globalisée des patients. Cette motivation résultait d'une opposition avec l'allopathie où les démarches thérapeutiques et diagnostiques ainsi que l'apprentissage se fait par modules d'organes et non par organisme entier. Ces aspects se retrouvaient dans notre étude associés en revanche à une personnalisation de la prise en charge. La prise en charge devient alors unique à chaque patient, pris dans sa globalité avec l'ensemble de ses symptômes et de ses dimensions qu'elles soient psychiques, physiques ou émotionnelles.

En 2013, l'enquête qualitative d'A.MARQUER [18] sur les profils des médecins généralistes utilisant des thérapeutiques parallèles en Bretagne a exposé comme facteurs motivants certaines insuffisances de la médecine allopathique comme des traitements insuffisants ou inexistantes pour des pathologies bénignes, fonctionnelles, ou pour des patients particuliers tels que les femmes enceintes et les jeunes enfants. La notion de terrain était moins présente dans notre étude hormis pour la pédiatrie. Cependant, les limites thérapeutiques allopathiques étaient plus précises, portant sur des symptômes précis tels que la douleur ou les troubles liés aux chimiothérapies. De plus, ce sont dégagés l'intérêt des pratiques non conventionnelles dans les sevrages, qu'ils soient tabagiques ou médicamenteux, ainsi que leurs aspects préventifs, permettant d'empêcher l'apparition de certaines pathologies ou leurs récurrences.

La thèse d'A.A.YON-BRASSEUR de 2005 étudiant le parcours professionnel des médecins généralistes homéopathes rennais [19] relate comme motivation la déception vécue envers leur pratique lors des premières expériences professionnelles avec un sentiment d'insuffisance de connaissances pratiques et l'utilisation de prises en charges aseptisées, non adaptées au cas de chaque patient. Les médecins y exposent aussi leur ressenti vis-à-vis de leur formation universitaire non-adaptée d'après eux à la pratique, ne les préparant pas au mieux à ses réalités. Cette notion de fracture entre la réalité de la pratique et l'enseignement universitaire était présente au sein de notre enquête, avec ce même ressenti de ne pouvoir répondre aux attentes des patients lors de leurs premières expériences professionnelles.

Les homéopathes de la thèse d'A.A.YON-BRASSEUR expliquaient également que l'homéopathie leur avait permis d'accéder à une pratique plus « humaniste », plus proche des préoccupations de leurs patients, à des formations et ainsi à une stimulation intellectuelle majorée, aspects qu'ils ne semblaient pas trouver dans la médecine générale. Tout comme ces médecins, les praticiens de notre étude mettaient également en avant l'aspect exclusivement symptomatique de l'allopathie, ne s'attardant pas sur les aspects émotionnels ou psychiques des patients, en opposition à la pratique holistique liée à leurs exercices non conventionnels. En revanche, la motivation intellectuelle n'a pas été citée lors de notre enquête mais plutôt une curiosité, une envie de s'ouvrir à de nouveaux savoirs et une approche diagnostique différente avec un cheminement de pensée transformé.

Devant ces éléments, on peut remarquer que les médecins à pratiques non conventionnelles ont éprouvé une désillusion concernant la pratique de la médecine générale, qui ne répondait pas à leurs attentes en termes d'approche des patients, de prise en charge ainsi que par la démarche intellectuelle menée lors des consultations.

4. La dualité : spécificités, inconvénients et avantages

Un des thèmes abordés par les praticiens sondés de notre enquête étaient la dualité induite par leur double pratique. Chacun cherchait à trouver un équilibre les satisfaisant concernant leurs pratiques, en délaissant parfois totalement la médecine générale.

Une étude sociologique de 1986 par F.CHATEAURAYNAUD sur le mode d'installation et le mode thérapeutique des médecins non allopathiques relaye la notion de spécialisation thérapeutique. [20] Certains des médecins interrogés à l'époque avaient tenté une spécialisation qui ne leur avait pas apporté satisfaction, la médecine générale n'étant pas encore une spécialité. Les médecines non conventionnelles leur apportaient alors un statut différent, « une place » et la plupart pratiquaient de manière exclusive ces médecines, tels de véritables spécialistes.

La notion de « revalorisation » de leur statut était aussi présente chez ces médecins qui vivaient alors leur métier de plus en plus négativement, devant le processus de spécialisation du corps de métier amorcé alors. D'autres en revanche exprimaient leur « insatisfaction personnelle » comme facteur stimulant leur installation en médecine non allopathique. Ces deux facteurs motivants s'inscrivent dans un contexte bien particulier où la médecine générale n'était pas une spécialité à part entière et où le rôle de médecin traitant n'existait pas.

Toutefois, notre étude montre qu'actuellement certains médecins ressentent l'absence de spécialité non allopathique comme une frustration. Leur spécialisation en médecine générale ne les contentaient que peu et l'absence de véritable statut lié à leur pratique non allopathique engendrait des inconvénients en particulier par un statut restant flou.

La spécialisation en médecine générale n'a malgré tout pas permis à cette discipline d'accéder à une place forte dans le système de santé. On observe à ce jour une crise au sein de cette branche avec une demande de revalorisation des consultations et une reconnaissance du travail fourni. Le projet de loi de Santé mené en 2015 a eu pour conséquence la recrudescence de l'exaspération des praticiens généralistes. La profession pâtit en effet d'une image peu

prestigieuse y compris au sein des étudiants en PACES (Première Année Commune aux Etudes de Santé) pour qui la médecine générale reste une spécialité floue et méconnue d'après la thèse de S.DJERADJIAN sur les motivations et représentations de la médecine générale des étudiants inscrits en PACES à Montpellier 2012. [21] Cette vision de la spécialité tend toutefois à s'améliorer auprès des étudiants, en particulier grâce aux stages ambulatoires obligatoires en 2^{ème} cycle comme en témoigne le travail de T.RODRIGUEZ sur l'évaluation du stage de deuxième cycle en médecine ambulatoire de premier recours à la faculté de Besançon en 2012. [22] Les étudiants ayant déclaré une opinion préalable négative vis-à-vis de la spécialité déclaraient à 91,8% une modification d'opinion grâce au stage.

A cette condition imprécise s'ajoutait les inconvénients de la pratique double. Les médecins de notre étude exposaient l'aspect chronophage de leur pratique avec une rentabilité financière amoindrie, liées en partie à la disparition des honoraires libres pour les médecins généralistes. On retrouve ces thèmes dans la thèse de M.SIMONOT [17] et d'A.MARQUER [18] : le fait que la rémunération ne soit pas modifiée, malgré un investissement horaire plus important, était un véritable désagrément pour les praticiens.

La pratique de différents exercices complexifiait l'exercice des médecins. Lors de notre étude, ils relataient le fait de devoir adapter leurs pratiques aux patients et de maîtriser les limites de chacune d'entre elles. Cet exercice compliqué était également présent dans le travail de M.SIMONOT [17] où la pratique de l'homéopathie associée à la médecine allopathique rendait la tâche plus ardue et moins confortable, en particulier de par la personnalisation des prises en charges. En cela, les médecins à exercice double font le choix d'une pratique plus riche mais plus complexe, mixant les approches diagnostiques et thérapeutiques de types différents, les obligeant à une capacité d'adaptation plus importante.

La dualité attribuait tout de même certains avantages et les médecins interrogés expliquaient que leur pratique permettait une relation patient-médecin de meilleure qualité, via une écoute plus importante et une personnalisation des prises en charge.

Les patients estiment eux-mêmes la qualité de cette relation supérieure comme en témoigne l'étude portant sur la relation médecin-patient et recours aux médecines non conventionnelles de 2014 réalisée dans la région Midi-Pyrénées par E.ZUILY [23]. Ce travail de thèse objectivait que ce supplément de qualité serait lié à un temps de consultation plus long mais

aussi à la qualité d'écoute et de discussion qui en résulte. Les patients interrogés avaient aussi mis en avant l'importance de la prise en charge personnalisée, centrée sur un partenariat avec leur médecin. Les praticiens non conventionnels auraient donc la capacité d'impliquer les patients beaucoup plus concernant leur santé et leurs traitements, de par le temps qu'ils donnent à chacun d'entre eux mais aussi, de par une certaine tolérance et ouverture d'esprit avancées par les médecins de notre étude.

On retrouve cette amélioration de la relation médecin-patient dans le travail d'A.MARQUER [18], associée à une amélioration des conditions de travail des médecins, en particulier une meilleure gestion de l'emploi du temps. L'exercice médical de certains s'apparentait plus à un exercice de spécialiste, avec des plages de consultations sur rendez-vous exclusivement et une diminution de la proportion de recours urgents des patients. Cette qualité d'exercice est aussi présente dans l'étude descriptive de F.JAUBERTIE [24] sur le profil, les motivations et les impacts sur la qualité de vie personnelle et professionnelle des médecins généralistes utilisant l'acupuncture et l'ostéopathie, menée en Limousin-Poitou-Charentes en 2009. Les omnipraticiens à double pratique jugeaient leurs qualités de vie personnelle et professionnelle supérieures, via également une gestion de leur planning beaucoup plus libre. Notre étude démontre de plus une réelle satisfaction des praticiens à pratiquer une médecine qui leur ressemble, en adéquation avec leur idéal de la pratique médicale.

5. Engouement des institutions hospitalières

Les médecines non conventionnelles tendent progressivement à prendre place au sein des hôpitaux français. En témoigne l'initiative prise par l'Assistance Publique Hôpitaux de Paris (AP-HP) en 2012 via un rapport sur les médecines complémentaires non conventionnelles [25]. Ce dernier comporte une enquête effectuée auprès des 29 CHU de France sur la présence de ces pratiques au sein des établissements. Seuls 16 CHU ont répondu, tous disposants de médecines complémentaires dans leurs offres de soins. Les types de pratiques et les spécialités d'accueil étaient très variés mais l'on peut tout de même remarquer une prépondérance des centres antidouleur, utilisant la plus grande variété de médecines complémentaires différentes.

En 2011, 4927 actes ont été codés via la CCAM pour hypnose, acupuncture et ostéopathie au sein de l'AP-HP, prouvant la place d'ores et déjà prise par les médecines non conventionnelles à l'hôpital. [25] L'hôpital de la Pitié-Salpêtrière a par ailleurs en son sein un

Centre intégré de médecine chinoise, contribuant au traitement des pathologies chroniques via l'évaluation des techniques de cette médecine. Malheureusement, ce type de centre reste exceptionnel et est unique en France de par les recherches cliniques qui y sont menées et son intégration hospitalière.

A ce jour pourtant, 1 médecin sur 5 ayant déclaré une mention de médecine alternative travaille à l'hôpital, de manière mixte ou salariée pure, d'après le CNOM. [4] De même, on assiste à une multiplication des centres hospitaliers proposant l'hypnose en anesthésie, utilisant l'acupuncture au sein de leur maternité ou l'ostéopathie dans leurs centres de rééducation. Cependant, il n'existe pas à ce jour de listings précis des professionnels de santé pratiquant des médecines non conventionnelles dans ces hôpitaux, leurs mentions étant absentes au sein des organigrammes de pôles. On peut s'interroger sur l'origine de cette absence de mise en avant de ces pratiques qui sont pourtant plébiscitées par les patients et bien présentes au sein de l'institution hospitalière. L'absence d'enseignement et de reconnaissance étatique stricte sembleraient rester des freins à la promotion de l'intégration hospitalière de ces pratiques. L'absence de mise en lumière n'empêche pas la pratique d'autres médecines, y compris par des non-médecins, parfois au détriment du patient. L'intégration hospitalière et universitaire pourrait permettre une limitation des dérives, un meilleur accès et une meilleure pratique des médecines non conventionnelles dans l'intérêt des patients et des médecins, qui doivent parfois pallier à l'usage de ses pratiques par leurs patientèle sans pouvoir les informer au mieux.

6. Enseignement du non conventionnel nécessaire

L'engouement pour les médecines non conventionnelles par les patients et leur intégration au sein de l'hôpital posent la question de leur enseignement. Il est actuellement difficile d'obtenir des informations précises sur la tenue d'enseignement de ces pratiques au sein des facultés de médecine. Le programme officiel du second cycle, composé d'items intégrés à l'Examen National Classant (ECN), ne comporte aucune mention concernant les médecines non conventionnelles. [26]

De nombreux médecins, y compris universitaires, envisagent une information sur ces médecines dès le 1^{er} ou 2^{ème} cycle, au sein du programme commun aux études médicales, comme en témoigne les Pr FAGON, Pr BONTOUX et Dr ANDRES, interrogés par le CNOM dans le webzine dédié aux médecines complémentaires [27].

Les praticiens de notre étude jugeaient eux aussi nécessaire la dispense d'un enseignement en médecine non conventionnelle au sein même du cursus commun aux études médicales, dans le but d'informer les futurs omnipraticiens mais également de minimiser la stigmatisation en apportant un savoir concernant ces disciplines.

Un travail de thèse réalisé en 2013 par V.RICOULLEAU [28] portant sur la prescription d'homéopathie par des médecins généralistes non homéopathes en Poitou-Charentes révélait que 26% d'entre eux évoquaient l'absence de formation et d'information comme principale entrave à la prescription de ce type de traitement et que 62% des praticiens interrogés trouvaient pertinent une formation élémentaire en homéopathie intégrée au cursus des études médicales. Cet enseignement avait pour but d'après certains d'approfondir leur culture médicale pour avoir ainsi la capacité d'informer au mieux leurs patients sur le sujet. D'autres voyaient cet enseignement comme l'acquisition d'une véritable compétence pour optimiser l'efficacité de leurs traitements homéopathiques, parmi lesquels les 86% de médecins prescripteurs non formés à l'homéopathie. Dans notre étude, certains médecins ont évoqué les mêmes points. Selon eux, l'absence de formation serait pourvoyeuse de mésusage avec des traitements moins efficaces et de mauvais aiguillages des patients. Ces derniers pourraient ne pas recevoir les informations adéquates concernant ces pratiques par leur propre médecin et risqueraient alors de se tourner vers des praticiens mal attentionnés ou non formés.

Cette absence d'information et de formation était également citée dans une thèse réalisée par S.SICARD auprès de professionnels de santé de la presqu'île guérandaise en 2012 [29]. Cette étude révélait qu'une des difficultés rencontrées par les médecins généralistes ne pratiquant pas de médecine non conventionnelle était d'en poser son indication. Cette étude portant sur la définition et l'approbation des pratiques non conventionnelles par les professionnels de santé constatait un essor du recours des patients à ce type de pratique. L'absence de formation et de recommandations concernant ces médecines mettait en difficulté les médecins généralistes, ne pouvant pas alors poser de manière systématique et assurée l'indication à leur recours. Ce dernier point ne semblait pas toucher les confrères adressant des patients aux médecins interrogés lors de notre étude, qui pouvaient tout aussi bien être généralistes que spécialistes hospitaliers. Les praticiens à exercice non conventionnel semblaient, quand ils recevaient des patients adressés par des confrères, mettre de côté leur pratique de généralistes et se limitaient à leur pratique non allopathique seule.

Un rapport de l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) de 2013 [30] sur les stratégies pour la médecine traditionnelle pour 2014-2023 appuie ce même besoin de formation des praticiens concernant les médecines non conventionnelles. Ce rapport recommande aux Etats Membres de « renforcer la formation interdisciplinaire » et sollicite les partenaires et les parties prenantes à « promouvoir la formation des praticiens de santé » sur la médecine traditionnelle complémentaire. Ces stratégies d'enseignement ont été élaborées dans le but d'améliorer la sécurité et l'efficacité de l'usage de ces pratiques et donc, tout comme dans notre étude, pour minimiser le mauvais usage des médecines non conventionnelles.

Dans ce sens, l'AP-HP a mis en place un programme de recherche sur les médecines non conventionnelles pour évaluer certaines d'entre elles. Le rapport mené par leurs soins sur ces médecines a aussi probablement contribué à l'information donnée aux étudiants en médecine dans les facultés d'Ile-de-France, inexistante auparavant d'après le Pr FAGON, auteur de ce rapport. [27]

La majorité des autres facultés de médecine françaises ne semble pas a priori proposer cette information à leurs internes de médecine générale, y compris au sein de modules optionnels, d'après les programmes d'enseignements théoriques de DES de médecine générale disponibles en ligne. Hormis les facultés de Brest et de Reims, aucun de ces programmes n'affiche clairement d'enseignements de pratiques non conventionnelles. [31,32] Il faut tout de même citer le projet d'intégration d'un module d'information durant le 3^{ème} cycle de médecine générale à Toulouse, proposé en conclusion de la thèse d'A.LHOMME RENAUD de 2005 portant sur l'état des lieux de la formation et perspectives concernant les médecines parallèles dans la pratique du généraliste, par une enquête auprès de 160 médecins de Haute-Garonne. [33] A ce jour, pourtant, il n'existe pas de tel module dans le programme du DES de médecine générale toulousain. [34]

Il en va de même à la faculté d'Amiens, où ses pratiques ne sont pas exposées lors des enseignements théoriques de 3^{ème} cycle. Pourtant, la mise en place d'un cours optionnel a été évoquée, ayant pour but de développer la culture médicale des internes concernant les médecines non allopathiques. Ce projet n'a pas encore pu être mis en place.

La difficulté actuelle reste de trouver des enseignants, y compris pour les DU et DIU, possédant une expertise concernant ces pratiques. Il faut pour cela former dès aujourd'hui les enseignants nécessaires à la formation qui semble essentielle au vue de l'évolution et de l'intégration de ces médecines.

7. Efficacité des médecines non conventionnelles : réalité ou effet placebo ?

De nombreux médecins lors de cette étude ont affirmé l'efficacité des médecines non conventionnelles en citant des études scientifiques probantes. Ils se plaignaient cependant d'un des arguments utilisé par les détracteurs de ces pratiques, selon lequel elles ne seraient efficaces que via un effet placebo, ce qui justifierait l'absence d'enseignement systématique.

L'INSERM a publié des rapports sur l'efficacité et la sécurité concernant trois des pratiques étudiées lors de ce travail : l'acupuncture, l'ostéopathie et la mésothérapie [35, 15, 36]. Chacun de ces rapports regroupe une revue de littérature comprenant une méta-analyse Cochrane.

Concernant l'acupuncture, le rapport datant de 2014 [35] reste prudent sur son efficacité en exprimant les difficultés à être clair. Les différentes études, analysées au sein de 42 revues systématiques Cochrane incluant 442 essais et plus de 52000 sujets, ont tout de même permis d'affirmer une efficacité supérieure de l'acupuncture pour le traitement des douleurs chroniques, des nausées et des vomissements versus une absence de traitement. Pour les autres nombreuses indications, l'avis ne peut être aussi tranché, avec des études aux méthodologies majoritairement contestables ne permettant pas de discerner l'efficacité propre de la technique d'un effet placebo.

L'ostéopathie a quant à elle démontré une efficacité au mieux modeste d'après le rapport de 2012. [15] Elle reste supérieure lors des études versus placebo. En revanche, une seule étude véritablement en double aveugle versus des manipulations fictives ne retrouvait pas d'évolution significative des douleurs et des fonctions par traitement ostéopathiques. Les méta-analyses menées par groupe de symptômes et de pathologies, intégrant uniquement des études contrôlées randomisées et comparatives avec un autre traitement actif, un placebo ou des manipulations fictives, n'ont pas permis de dégager une efficacité franche de l'ostéopathie.

La mésothérapie pâtit d'un très faible nombre d'études réalisées avec au final seules 9 études européennes à majorité italiennes, dont 6 essais cliniques, réalisées sur la mésothérapie thérapeutique contenant des données d'efficacité. [36] Une seule étude utilisait une méthodologie acceptable par les auteurs du rapport et concernait la tendinopathie calcifiante de la coiffe des rotateurs. Malheureusement, la mésothérapie était administrée simultanément à une phonophorèse, soit l'utilisation d'ultra-sons devant permettre la meilleure diffusion des molécules injectées, ne permettant pas de dégager l'efficacité individuelle de chaque méthode.

Toutes ces données ne permettent pas de statuer sur l'efficacité de ces méthodes ni de leur conférer uniquement un effet placebo. Les données scientifiques n'étant pas probantes ni tranchées, de nouvelles études méthodologiquement fiables seraient nécessaires pour analyser l'efficacité des médecines non conventionnelles.

L'homéopathie a bénéficié de plusieurs méta-analyses dont la plus récente de 2014 analyse les études randomisées versus placebo. [37] La méthodologie des études a été également critiquable avec 29 études sur 32 pouvant comporter des biais importants. Cette analyse conclut à une efficacité statistiquement faible via des études au niveau de preuve faible. Les auteurs appellent à la réalisation de nouvelles études d'efficacité de niveau de preuve supérieur avec une qualité méthodologique améliorée.

Une étude de cohorte sur l'utilité de l'homéopathie menée sur 1 an auprès de 825 médecins généralistes français a été publiée début 2015 [38]. Cette étude épidémiologique connue sous le nom d'EPI3 avait pour objectif d'évaluer la place de l'homéopathie en médecine générale en France et l'impact de ses traitements sur l'évolution clinique des patients via 3 études de cohorte selon les pathologies. Elle n'avait pas pour but d'analyser l'efficacité ou la tolérance des traitements et se basait sur un recueil des données par questionnaires auprès des patients et des médecins. Les résultats de cette étude restent mitigés avec une absence de différence significative concernant l'évolution des pathologies et l'apparition de complication entre le traitement homéopathique et conventionnel. On peut noter tout de même une diminution de la consommation de médicaments allopathiques selon les déclarations des patients dans le groupe traité par des homéopathes.

Lors de notre étude, les médecins ont avancé des études démontrant l'efficacité des pratiques non conventionnelles dans le but de les défendre. Malheureusement, on peut observer qu'à l'heure actuelle, les études menées ne permettent pas de statuer sur l'efficacité ou l'inefficacité de ces médecines. La recherche dans ces sujets est nécessaire car trop peu développée. On peut tout de même se demander si la méthodologie des études scientifiques actuelles est adaptée à l'étude de ces pratiques. On pourrait envisager des études spécifiques aux pratiques non conventionnelles, utilisant une démarche scientifique différente mais adaptée à l'évaluation de leur efficacité.

CONCLUSION

Cette étude nous a permis de déterminer les facteurs motivant la pratique de médecines non conventionnelles par des médecins généralistes picards ainsi que leurs parcours les ayant conduits à cette double pratique allopathique-non conventionnelle. Nous avons de plus exploré les avantages et les inconvénients inhérents à cette double pratique ainsi que l'évolution du regard de ces praticiens sur la médecine.

Pour une majorité, les carences de la médecine allopathique ressenties lors de leurs expériences professionnelles a été un déclencheur de l'apprentissage et de l'exercice de nouvelles pratiques. La découverte même de ces pratiques les a amenés à envisager leur propre exercice différemment.

La double pratique leur apportait une satisfaction intellectuelle et surtout relationnelle avec leur patientèle. Leur exercice leur semblait être plus en adéquation avec leurs propres attentes, en terme de prise en charge des patients, avec des plans thérapeutiques personnalisés, et de qualité d'exercice.

Malgré cela, l'absence de statut défini et de reconnaissance par les institutions médicales ou administratives étaient éprouvées comme de véritables inconvénients. La stigmatisation était présente et persistante, liée d'après eux à une absence de connaissance de leur pratique par leurs confrères. A cela s'ajoutaient la surcharge de travail et la nécessité d'une adaptation perpétuelle de leur exercice, dans le but de pallier aux limites de chaque pratique exercée, que ce soit l'allopathie ou la pratique non conventionnelle. Enfin, les difficultés financières et de formation faisaient poindre la future probable disparition des généralistes à pratique non allopathique d'après les médecins interrogés lors de notre étude.

Notre étude engendre de nouvelles réflexions pouvant amener à de nouveaux travaux d'étude.

Il serait intéressant de réaliser une étude quantitative sur le savoir des internes de médecine générale concernant ces pratiques. Ceci permettrait d'établir la nécessité d'un enseignement qui permettrait d'élargir la culture médicale des futurs praticiens pour ainsi faire face aux demandes de leur patientèle. Une étude de ce type est actuellement menée par un interne de médecine générale de Lille avec le concours de l'ensemble des Département de Médecine Générale de France. Les données issues de l'ensemble des facultés de médecine française permettront une comparaison avec les travaux similaires existants à l'étranger.

De même, une étude complémentaire pourrait également être menée auprès de médecins généralistes afin d'évaluer les différentes limites ressenties dans leur pratique quotidienne de l'allopathie. Ceci permettrait d'objectiver et d'observer de manière comparative si le ressenti des médecins de notre étude concernant les carences de l'allopathie est partagé par les praticiens d'aujourd'hui. De plus, cela permettrait aussi de déterminer les solutions envisagées par ces praticiens pour pallier aux possibles déficits observés.

Enfin, devant une intégration hospitalière encore confidentielle, il serait intéressant de recenser les praticiens pratiquant une médecine non conventionnelle au sein de l'hôpital ainsi que leur type de pratique via une étude quantitative. De même, on pourrait imaginer étudier leurs motivations tout comme les médecins de notre étude. En effet, on peut s'interroger sur les facteurs motivant la pratique de médecines peu reconnues par des praticiens évoluant dans un milieu hospitalier.

BIBLIOGRAPHIE

[1] SACKETT AND CO. Evidence Based Medicine: what is it and what it isn't. British Medical Journal, Janvier 1996 ; no. 7023 : 71-72.

[2] NCCAM. Complementary, Alternative, or Integrative Health: What's In a Name?. Septembre 2014. Disponible sur <http://nccam.nih.gov/health/whatiscam>

[3] Centre d'analyse stratégique, « Quelle réponse des pouvoirs publics à l'engouement pour les médecines non conventionnelles ? », Note d'analyse n°290, Octobre 2012.

[4] Conseil national de l'Ordre des médecins [en ligne] Quelle place pour les médecines alternatives et complémentaires ? Webzine, Etat des lieux des pratiques et des usages, page 2/11 [consulté le 02/09/2015]. Disponible sur <http://www.conseil-national.medecin.fr/node/1620>

[5] AIT M'HAMMED M. Evaluation du recours aux médecines complémentaires et alternatives en médecine générale dans le département de l'Oise. Thèse de doctorat en médecine. Université de Picardie Jules Verne, Faculté de médecine d'Amiens, 2012.

[6] INSEE. Effectifs Des Médecins Français Selon Leur Pratique En 2010.

[7] INSEE. Effectif Des Médecins Français Selon Leurs Pratique En 2012.

[8] ROBARD I. Médecine non conventionnelles et droit. Edition Juris-Classeur, Paris, 2002.

[9] Article 75 modifié par Décret n°2011-390 du 12 avril 2011 – art. 1 de la Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, Disponible sur <http://www.legifrance.gouv.fr>

[10] Article L4161-1 modifié par Ordonnance n°2010-49 du 13 janvier 2010 – art. 3. Code de la Santé Publique. Disponible sur <http://www.legifrance.gouv.fr>

[11] Article L5121-13 modifié par la loi n°2011-2012 du 29 décembre 2011 – art. 5. Code de la Santé Publique. Disponible sur <http://www.legifrance.gouv.fr>

[12] Assurance Maladie. Conventionnement et secteurs conventionnels. Disponible sur <http://ameli.fr>

[13] Assemblée Nationale. Rapport n°3524. Archives de la Xième législature. Disponible sur <http://www.assemblee-nationale.fr/11/rapports/r3524.asp>

[14] Assurance Maladie. Classification Commune des Actes Médicaux. Disponible sur <http://www.ameli.fr/accueil-de-la-ccam/index.php>

[15] BARRY C, FALISSARD B. Evaluation de l'efficacité de la pratique de l'ostéopathie. INSERM, Avril 2012. <http://www.inserm.fr/thematiques/sante-publique/rapports-publies>

[16] BLANCHET A, GOTMAN A. L'enquête et ses méthodes : l'entretien. Edition Armand Colin, Paris, 2013.

[17] SIMONOT épouse MATHON M. Motivations des médecins généralistes pour l'exercice de l'homéopathie. Thèse de doctorat en médecine, Université de Lorraine, Faculté de médecine de Nancy, 2013.

[18] MARQUER A. Analyse des profils de médecins généralistes utilisant des thérapeutiques parallèles : enquête qualitative par entretiens semi-dirigés. Thèse de doctorat en médecine, Université de Rennes 1, Faculté de médecine, Université européenne de Bretagne, 2013.

[19] YON-BRASSEUR A.A. Parcours professionnel des médecins généralistes homéopathes (enquête auprès des homéopathes rennais). Thèse de doctorat en médecine, Université de Rouen, 2005.

[20] CHATEAURAYNAUD F. Les médecins et les techniques de soins non allopathiques. Modes d'installation et formes de capital thérapeutique. Sciences sociales et santé 1986 ; Volume 4, n°3-4 ; p. 5-49

[21] DJERADJIAN S. Motivations et représentations de la médecine générale des étudiants inscrits en PACES. Thèse de doctorat en médecine, Université de Montpellier I, 2012.

[22] RODRIGUEZ T. Évaluation du stage de deuxième cycle en médecine ambulatoire de premier recours à la faculté de Besançon. Thèse de doctorat en médecine, Université de Franche-Comté, 2012.

[23] ZUILY E. Relation médecin-patient et recours aux médecines non conventionnelles. Etude qualitative à partir d'un panel de 11 patients. Thèse de doctorat en médecine, Université Toulouse III, 2014.

[24] JAUBERTIE F. Médecine manuelle et acupuncture : enquête sur les profils et les motivations, impacts sur la qualité de vie professionnelle, personnelle et économiques des médecins généralistes les utilisant. Thèse de doctorat en médecine, Université de Limoges, Faculté de médecine et de pharmacie, 2009

[25] Pr FAGON J-Y, Dr VIENS-BITKER C. Rapport médecine complémentaires à l'Assistance Publique- Hôpitaux de Paris. AP-HP, Mai 2012

[26] Bulletin officiel n°22 du 10 mai 2007, Études médicales (RLR : 432-1) Deuxième partie du deuxième cycle des études médicales, p 1243-1268. Disponible sur <http://www.education.gouv.fr/>

[27] Conseil National de l'Ordre des Médecins [en ligne] Quelle place pour les médecines alternatives et complémentaires ? webzine, Parallèles ou complémentaires ? Entretien du Pr FAGON, Pr BONTOUX et Dr ANDRES, page 7/11 [consulté le 02/09/2015]. Disponible sur <http://www.conseil-national.medecin.fr/node/1620>

[28] RICOULLEAU V. Place de l'homéopathie dans les prescriptions des médecins généralistes non homéopathes. Thèse de doctorat en médecine, Poitiers, 2013.

[29] SICARD S. Les médecines non conventionnelles : enquête sur leur définition et approbation par 25 professionnels de santé de la presqu'île Guérandaise en 2009. Thèse de doctorat en médecine, Université de Nantes, 2012.

[30] OMS. Stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle pour 2014-2023, 2013.

[31] Programme d'enseignement théorique du DES de médecine générale de l'Université de Brest, Collège Brestois des Généralistes Enseignants. Disponible sur http://www.brest.cnge.fr/rubrique.php3?id_rubrique=26

[32] Programme d'enseignement théorique du DES de médecine générale, DUMG de la faculté de médecine de Rouen. Disponible sur <http://medecine-pharmacie.univ-rouen.fr/dumg-enseignements-theoriques-184136.kjsp?RH=1381224035996>

[33] A.LHOMME RENAUD. Les médecines parallèles dans la pratique du généraliste : état des lieux de la formation et perspectives. Enquête auprès de 160 médecins de Haute-Garonne. Thèse de doctorat en médecine, Université Paul Sabatier, Toulouse 3, 2006.

[34] Programme d'enseignement théorique du DES de médecine générale, DUMG de la faculté de médecine de Toulouse. Disponible sur <https://www.dumg-toulouse.fr/categorie/le-des-de-medecine-generale-enseignement-integre-aep-seminaires>

[35] BARRY C, & Co. Evaluation de l'efficacité et de la sécurité de l'acupuncture. INSERM, Janvier 2014. Disponible sur <http://www.inserm.fr/thematiques/sante-publique/rapports-publies>

[36] BARRY C, FALISSARD B. Evaluation de l'efficacité de la pratique de la mésothérapie à visée Thérapeutique. INSERM, Juin 2010. <http://www.inserm.fr/thematiques/sante-publique/rapports-publies>

[37] MATHIE R.T and al. Randomised placebo-controlled trials of individualised homeopathic treatment: systematic review and meta-analysis. Systematic reviews, 2014, 3 :142.

[38] « La pratique médicale homéopathique démontre son utilité : la preuve par EPI3 », Egora
Panorama du médecin Edition spéciale, Février 2015

ANNEXE 1 : Script d'entretien

Le sujet de la thèse est « Motivations des médecins généralistes à la pratique d'une médecine non conventionnelle ».

Pour cela, je vais vous poser quelques questions. L'entretien sera enregistré grâce à un dictaphone mais restera strictement anonyme.

1) Tout d'abord, pouvez-vous vous présenter ainsi que votre activité médicale?

- Si non abordé : Age, Sexe,

- Année et type d'installation (cabinet seul, en groupe, maison médicale...),

- Sectorisation,

- Médecine non conventionnelle pratiquée, formation initiale pour la pratiquer et de quelle manière (consultations dédiées ou complémentarité avec médecine conventionnelle, rémunération).

2) Les médecines non conventionnelles sont peu abordées lors de la formation commune aux études médicales. Pourquoi d'après vous ?

3) Quelles formations avez-vous effectuées et comment continuez-vous à vous former en votre pratique non conventionnelle (remplacé selon les cas par la dénomination de la pratique) ?

4) Quelles ont été vos motivations à pratiquer une médecine non conventionnelle (à adapter à chaque cas avec discipline pratiquée) en plus de la médecine générale ?

5) Quels sont d'après vous les avantages inhérents à votre double pratique (médecine conventionnelle et alternative) ?

6) Quels en sont les inconvénients ?

7) Comment votre pratique marquée par la dualité a-t-elle changé votre vision de la médecine en général ?

ANNEXE 2 : Entretien auprès des médecins

Disponibles sur le CD en troisième de couverture

Motivations des médecins généralistes picards à la pratique d'une médecine non conventionnelle (MNC)

– Etude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de 12 praticiens

INTRODUCTION : Les médecines non conventionnelles (MNC) connaissent un attrait croissant auprès des patients. Pourtant, le nombre de médecins les pratiquant en Picardie reste stable et il n'existe pas actuellement ni d'enseignement régional, ni de statut national précis les concernant. Il semblait donc intéressant de connaître les facteurs motivant les omnipraticiens picards à inclure malgré tout ces pratiques dans leur exercice.

METHODE : Une enquête qualitative par entretiens semi-dirigés a été réalisée auprès de médecins généralistes pratiquant de surcroît l'acupuncture, l'homéopathie, l'ostéopathie ou la mésothérapie. Les entretiens ont été analysés selon la théorisation ancrée des données.

RESULTATS : 12 omnipraticiens ont été interrogés. Les principales motivations à la pratique d'une MNC étaient les carences de l'allopathie telles que dans la douleur ou les pathologies fonctionnelles, sa iatrogénie et son arsenal thérapeutique limité. A cela s'ajoutait des prises en charge globalisées et personnalisées des patients spécifiques aux MNC. Cependant, l'opacité de statut des MNC, leur stigmatisation et la faible rentabilité financière complexifiaient le double exercice.

DISCUSSION : Les MNC n'ont toujours pas de statut précis mais intéressent patients et hôpitaux. Leurs efficacités ne sont pas déterminées et nécessitent de nouvelles études adaptées.

CONCLUSION : Les MNC semblent être un complément intéressant de la médecine générale mais restent méconnues. Une information auprès des étudiants serait souhaitable dans le but de leur permettre d'acquérir un savoir nécessaire pour renseigner leurs patients sur ces pratiques.

Mots-clés : Médecine générale, Thérapies complémentaires, Motivations.

Motivations of the practice of a complementary therapy (CT) by general practitioners of Picardy

– Qualitative study through semi directive interviews with 12 general practitioners

INTRODUCTION: Complementary therapies (CT) are experiencing a growing attraction in view of patients. However, the number of practitioners practicing them in Picardy is constant and there are currently no regional teaching, neither national concrete status to the CT. It seemed interesting to know the factors which motivated the picards general practitioners to incorporate even so these practices in their exercise.

METHOD: A qualitative study through semi directive interviews was realized with general practitioners who also practice acupuncture, homeopathy, osteopathic medicine or mesotherapy. The interviews were analyzed according to the method of the grounded theory.

RESULTS: 12 general practitioners were interviewed. The main motivations of the CT practice were the deficiencies of the allopathy as in the cure of pain or functional diseases, its iatrogeny and its limited therapic arsenal. Futhermore, CT bring global and personalized care management. However, the dual exercise was complicated by the unclear status of the CT, their stigmatisation and the low profitability

DISCUSSION: CT have still not a specific status but they interest patients and hospitals. Their efficiency aren't defined and necessitate new adapted studies.

CONCLUSION: CT seem to be an interesting complement to the general practice but still unknown. An information to the medical students should be done in order to gain a needful knowledge with the objective of advising their patients about these types of practice.

Keywords: General practice, Complementary therapies, Motivation.