

L'approche des médecines alternatives et complémentaires lors du stage ambulatoire de médecine générale : le point de vue des maîtres de stage des universités

Jérôme Noël

▶ **To cite this version:**

Jérôme Noël. L'approche des médecines alternatives et complémentaires lors du stage ambulatoire de médecine générale : le point de vue des maîtres de stage des universités. Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01316726

HAL Id: dumas-01316726

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01316726

Submitted on 17 May 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.

UFR de Médecine
UNIVERSITÉ Grenoble Alpes

SICD1 Bibliothèques de l'UJF et de Grenoble INP

AVERTISSEMENT

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

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

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

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

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

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4
Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/juridique/droit-auteur
http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm

UNIVERSITE GRENOBLE ALPES
FACULTE DE MEDECINE DE GRENOBLE

Année 2016 N°

L'APPROCHE DES MEDECINES ALTERNATIVES ET COMPLEMENTAIRES LORS DU STAGE AMBULATOIRE DE MEDECINE GENERALE. LE POINT DE VUE DES MAITRES DE STAGES DES UNIVERSITES

THESE
PRESENTEE POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE
DIPLÔME D'ETAT

Par
Jérôme NOËL
[Données à caractère personnel]

THESE SOUTENUE PUBLIQUEMENT A LA FACULTE DE MEDECINE DE GRENOBLE

Le 11 mai 2016

DEVANT LE JURY COMPOSE DE

Président du jury : Monsieur le Professeur Patrick IMBERT

Membres : Madame le Professeur Mireille MOUSSEAU

Monsieur le Professeur Bruno BONAZ

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Jean Nicolas LEDOUX

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

UFR de Médecine de Grenoble

DOMAINE DE LA MERCI
38706 LA TRONCHE CEDEX – France
TEL : +33 (0)4 76 63 71 44
FAX : +33 (0)4 76 63 71 70

Affaire suivie par Kristina PENAUD sp-medecine-pharmacie@ujf-grenoble.fr

Doyen de la Faculté : **M. le Pr. Jean Paul ROMANET**

Année 2015-2016

ENSEIGNANTS A L'UFR DE MEDECINE

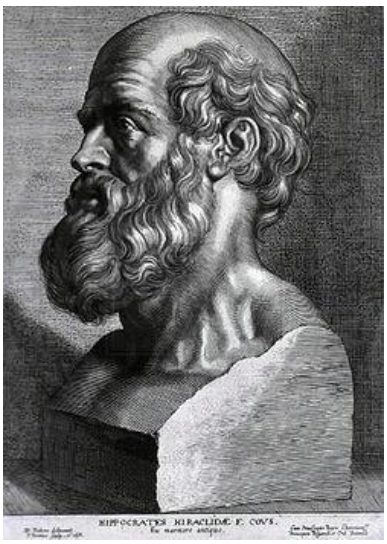
CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	ALBALADEJO Pierre	Anesthésiologie réanimation
PU-PH	APTEL Florent	Ophtalmologie
PU-PH	ARVIEUX-BARTHELEMY Catherine	Chirurgie générale
PU-PH	BALOSSO Jacques	Radiothérapie
PU-PH	BARONE-ROCHETTE Gilles	Cardiologie
PU-PH	BARRET Luc	Médecine légale et droit de la santé
PU-PH	BENHAMOU Pierre Yves	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	BERGER François	Biologie cellulaire
MCU-PH	BIDART-COUTTON Marie	Biologie cellulaire
MCU-PH	BOISSET Sandrine	Agents infectieux
PU-PH	BONAZ Bruno	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie
PU-PH	BONNETERRE Vincent	Médecine et santé au travail
PU-PH	BOSSON Jean-Luc	Biostatiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	BOTTARI Serge	Biologie cellulaire
PU-PH	BOUGEROL Thierry	Psychiatrie d'adultes
PU-PH	BOUILLET Laurence	Médecine interne
MCU-PH	BOUZAT Pierre	Réanimation
PU-PH	BRAMBILLA Christian	Pneumologie
PU-PH	BRAMBILLA Elisabeth	Anatomie et cytologie pathologiques
MCU-PH	BRENIER-PINCHART Marie Pierre	Parasitologie et mycologie
PU-PH	BRICAULT Ivan	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	BRICHON Pierre-Yves	Chirurgie thoracique et cardio- vasculaire
MCU-PH	BRIOT Raphaël	Thérapeutique, médecine d'urgence
PU-PH	CAHN Jean-Yves	Hématologie
MCU-PH	CALLANAN-WILSON Mary	Hématologie, transfusion
PU-PH	CARPENTIER Françoise	Thérapeutique, médecine d'urgence
PU-PH	CARPENTIER Patrick	Chirurgie vasculaire, médecine vasculaire
PU-PH	CESBRON Jean-Yves	Immunologie
PU-PH	CHABARDES Stephan	Neurochirurgie
PU-PH	CHABRE Olivier	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	CHAFFANJON Philippe	Anatomie

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	CHARLES Julie	Dermatologie
PU-PH	CHAVANON Olivier	Chirurgie thoracique et cardio- vasculaire
PU-PH	CHIQUET Christophe	Ophtalmologie
PU-PH	CINQUIN Philippe	Biostatiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	COHEN Olivier	Biostatiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	COUTURIER Pascal	Gériatrie et biologie du vieillissement
PU-PH	CRACOWSKI Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PU-PH	CURE Hervé	Oncologie
PU-PH	DEBILLON Thierry	Pédiatrie
PU-PH	DECAENS Thomas	Gastro-entérologie, Hépatologie
PU-PH	DEMATTEIS Maurice	Addictologie
MCU-PH	DERANSART Colin	Physiologie
PU-PH	DESCOTES Jean-Luc	Urologie
MCU-PH	DETANTE Olivier	Neurologie
MCU-PH	DIETERICH Klaus	Génétique et procréation
MCU-PH	DOUTRELEAU Stéphane	Physiologie
MCU-PH	DUMESTRE-PERARD Chantal	Immunologie
PU-PH	EPAULARD Olivier	Maladies Infectieuses et Tropicales
PU-PH	ESTEVE François	Biophysique et médecine nucléaire
MCU-PH	EYSSERIC Hélène	Médecine légale et droit de la santé
PU-PH	FAGRET Daniel	Biophysique et médecine nucléaire
PU-PH	FAUCHERON Jean-Luc	Chirurgie générale
MCU-PH	FAURE Julien	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	FERRETTI Gilbert	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	FEUERSTEIN Claude	Physiologie
PU-PH	FONTAINE Éric	Nutrition
PU-PH	FRANCOIS Patrice	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	GARBAN Frédéric	Hématologie, transfusion
PU-PH	GAUDIN Philippe	Rhumatologie
PU-PH	GAVAZZI Gaétan	Gériatrie et biologie du vieillissement
PU-PH	GAY Emmanuel	Neurochirurgie
MCU-PH	GILLOIS Pierre	Biostatiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	GRAND Sylvie	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	GRIFFET Jacques	Chirurgie infantile
PU-PH	GUEBRE-EGZIABHER Fitsum	Néphrologie
MCU-PH	GUZUN Rita	Endocrinologie, diabétologie, nutrition, éducation thérapeutique
PU-PH	HAINAUT Pierre	Biochimie, biologie moléculaire
PU-PH	HENNEBICQ Sylviane	Génétique et procréation
PU-PH	HOFFMANN Pascale	Gynécologie obstétrique
PU-PH	HOMMEL Marc	Neurologie
PU-MG	IMBERT Patrick	Médecine générale
PU-PH	JOUK Pierre-Simon	Génétique
PU-PH	JUVIN Robert	Rhumatologie

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	KAHANE Philippe	Physiologie
PU-PH	KRACK Paul	Neurologie
PU-PH	KRAINIK Alexandre	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	LABARERE José	Epidémiologie ; Eco. de la Santé
PU-PH	LANTUEJOUL Sylvie	Anatomie et cytologie pathologiques
MCU-PH	LAPORTE François	Biochimie et biologie moléculaire
MCU-PH	LARDY Bernard	Biochimie et biologie moléculaire
MCU-PH	LARRAT Sylvie	Bactériologie, virologie
PU-PH	LECCIA Marie-Thérèse	Dermato-vénéréologie
PU-PH	LEROUX Dominique	Génétique
PU-PH	LEROY Vincent	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie
PU-PH	LETOUBLON Christian	Chirurgie générale
PU-PH	LEVY Patrick	Physiologie
MCU-PH	LONG Jean-Alexandre	Urologie
PU-PH	MACHECOURT Jacques	Cardiologie
PU-PH	MAGNE Jean-Luc	Chirurgie vasculaire
MCU-PH	MAIGNAN Maxime	Thérapeutique, médecine d'urgence
PU-PH	MAITRE Anne	Médecine et santé au travail
MCU-PH	MALLARET Marie-Reine	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MCU-PH	MARLU Raphaël	Hématologie, transfusion
MCU-PH	MAUBON Danièle	Parasitologie et mycologie
PU-PH	MAURIN Max	Bactériologie - virologie
MCU-PH	MCLEER Anne	Cytologie et histologie
PU-PH	MERLOZ Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologie
PU-PH	MORAND Patrice	Bactériologie - virologie
PU-PH	MOREAU-GAUDRY Alexandre	Biostatiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	MORO Elena	Neurologie
PU-PH	MORO-SIBILOT Denis	Pneumologie
MCU-PH	MOUCHET Patrick	Physiologie
PU-PH	MOUSSEAU Mireille	Cancérologie
PU-PH	MOUTET François	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brûlogie
MCU-PH	PACLET Marie-Hélène	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	PALOMBI Olivier	Anatomie
PU-PH	PARK Sophie	Hémato - transfusion
PU-PH	PASSAGGIA Jean-Guy	Anatomie
PU-PH	PAYEN DE LA GARANDERIE Jean-François	Anesthésiologie réanimation
MCU-PH	PAYSANT François	Médecine légale et droit de la santé
MCU-PH	PELLETIER Laurent	Biologie cellulaire
PU-PH	PELLOUX Hervé	Parasitologie et mycologie
PU-PH	PEPIN Jean-Louis	Physiologie
PU-PH	PERENNOU Dominique	Médecine physique et de réadaptation
PU-PH	PERNOD Gilles	Médecine vasculaire
PU-PH	PIOLAT Christian	Chirurgie infantile

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	PISON Christophe	Pneumologie
PU-PH	PLANTAZ Dominique	Pédiatrie
PU-PH	POIGNARD Pascal	Virologie
PU-PH	POLACK Benoît	Hématologie
PU-PH	POLOSAN Mircea	Psychiatrie d'adultes
PU-PH	PONS Jean-Claude	Gynécologie obstétrique
PU-PH	RAMBEAUD Jacques	Urologie
MCU-PH	RAY Pierre	Génétique
PU-PH	REYT Émile	Oto-rhino-laryngologie
MCU-PH	RIALLE Vincent	Biostatiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	RIGHINI Christian	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH	ROMANET J. Paul	Ophtalmologie
MCU-PH	ROUSTIT Matthieu	Pharmacologie fondamentale, pharmaco clinique, addictologie
MCU-PH	ROUX-BUISSON Nathalie	Biochimie, toxicologie et pharmacologie
PU-PH	SARAGAGLIA Dominique	Chirurgie orthopédique et traumatologie
MCU-PH	SATRE Véronique	Génétique
PU-PH	SAUDOU Frédéric	Biologie Cellulaire
PU-PH	SCHMERBER Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH	SCHWEBEL-CANALI Carole	Réanimation médicale
PU-PH	SCOLAN Virginie	Médecine légale et droit de la santé
MCU-PH	SEIGNEURIN Arnaud	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	STAHL Jean-Paul	Maladies infectieuses, maladies tropicales
PU-PH	STANKE Françoise	Pharmacologie fondamentale
MCU-PH	STASIA Marie-José	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	TAMISIER Renaud	Physiologie
PU-PH	TERZI Nicolas	Réanimation
PU-PH	TONETTI Jérôme	Chirurgie orthopédique et traumatologie
PU-PH	TOUSSAINT Bertrand	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	VANZETTO Gérald	Cardiologie
PU-PH	VUILLEZ Jean-Philippe	Biophysique et médecine nucléaire
PU-PH	WEIL Georges	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	ZAOUI Philippe	Néphrologie
PU-PH	ZARSKI Jean-Pierre	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie

PU-PH : Professeur des Universités et Praticiens Hospitaliers
MCU-PH : Maître de Conférences des Universités et Praticiens Hospitaliers



SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

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

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

Je garderai le respect absolu de la vie humaine.

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

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

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

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

REMERCIEMENTS

A mon président du jury,

M. le Professeur IMBERT, merci de me faire l'honneur d'être président de ce jury et de juger mon travail. Merci aussi de m'avoir soutenu lors de mon changement de cursus et au long de mon internat de médecine générale.

A mon directeur de thèse :

M. le Docteur LEDOUX, merci d'avoir accepté de me guider dans ce travail. Merci pour tes conseils et ta disponibilité.

A mes membres du Jury :

Mme. le Professeur MOUSSEAU et M. le Professeur BONAZ, merci d'avoir accepté de participer à ce jury et me faire l'honneur de juger ce travail.

REMERCIEMENTS

A tous les médecins MSU qui ont accepté de participer à ce travail.

A tous les médecins qui ont participé à ma formation
En chirurgie, particulièrement aux Pr Faucheron, Pr Letoublon, Dr Abba, Dr Voirin, Dr Risse, Dr Badic, Dr Duprez, Dr Mestrallet, Dr Oulié, Pr Brichon, Pr Chafanjon, Pr Magne, Dr Blaise, Dr Ducos, Dr Cochet et Dr Jager.
Aux Dr Marchand, Chermand et Rey qui m'ont permis de découvrir et d'aimer la médecine Générale.
Aux Dr Perot et Heyraud-Loire, aux équipes du planning familial, de l'UCSA de Varces, de MDM, de la PASS et aux Dr Morvan, Dr Patel et Dr Paillard pour tout ce que vous m'avez apporté et appris. Je vous en suis reconnaissant.

Aux Pr Letoublon, Pr Imbert, M. le Doyen Romanet et Mme Janody merci de m'avoir permis de changer de cursus et ainsi trouver ma voie dans la médecine.

A tous mes co-internes, Romain, Pierre-Alex, Gaelle, Seb, Charline, César, Camille, Cécilia et les autres qui m'ont permis de passer de super stages même si finalement nos chemins professionnels se sont séparés.

A tous mes amis rencontrés sur les bancs de la fac, Pierrot, Eléa, Benj, Auré, Mammar, Aline, Chouchou, Anais, Elo, Marie B, Xav, Matou, Ségo…. pour tous les bon moments partagés et ceux à venir.
A Virginie pour ton amitié, tes conseils et ton aide lors de mon internat.

A mes parents pour tout l'amour que vous me donnez, merci de m'avoir toujours soutenu et d'avoir eu confiance en moi.
A ma famille, frère et sœur ainsi que les « valeurs ajoutées ». Merci de votre soutien et de votre amour. Mention spéciale à Marjolaine pour son aide et sa disponibilité dans la réalisation de ma thèse.
A ma belle famille pour votre accueil et tous les bons moments partagés avec vous.

A Lise, ma moitié, merci pour ce bonheur quotidien et pour ton amour. Merci pour ton aide si grande pour la thèse.
A Maxime et Arthur, nos 2 petites merveilles qui nous remplissent de bonheur.

Liste des Abréviations

CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants.

DIU : Diplôme Inter-Universitaire.

DU : Diplôme Universitaire.

EBM : Evidence-Based Médecine

MAC : Médecines Alternatives et Complémentaires

MG : Médecin Généraliste

MSU : Maître de Stage des Universités

NCCAM: National Center for Complementary and Alternative Medicine.

NIH : National Institue of Health

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

SASPAS : Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoire Supervisé

UPL: Unité Pédagogique Locale

WONCA: World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians

Table des matières

INTRODUCTION - CONTEXTE 13

I. Généralités sur les MAC 13

1. Définition et classification 13
2. Recours aux MAC en France 14
3. Utilisation des MAC par les médecins généralistes en France 14
4. Enseignement des MAC en France lors de la formation initiale 14

II. Le stage ambulatoire en médecine Générale et le rôle du MSU 15

1. Stage ambulatoire en médecine Générale 15
2. Le Maître de Stage des Universités 15

III. Problématique 16

I. Approche méthodologique 17

II. Population et mode de recrutement 17

III. Réalisation des entretiens 18

IV. Méthode d'analyse des données 18

RESULTATS 19

I. Données générales sur la réalisation de l'étude 19

1. Réalisation des entretiens 19
2. Caractéristiques de la population 19
3. Analyse des résultats 20

II. Analyse du verbatim 20

1. Le message émis par les MSU 20

1.1 Un message centré sur les MAC, hétérogène 20

1.1.1 Positionnement sur les MAC 21

1.1.2 Un message pratique 21

1.1.3 Un message théorique : 24

1.1.4 Une ouverture sur les MAC 25

1.2 Un message global commun 25

1.2.1 Prise en charge globale 26

1.2.2 Écoute et communication avec le patient 26
1.2.3 Accompagnement, patient acteur de sa santé 26
1.3 Les supports du message 27
1.3.1 Modalités pédagogiques 27
1.3.2 Support écrit 27
1.3.3 Groupes de pairs 28
1.3.4 Expérimenter les MAC 28
2 Les facteurs influençant le message 28
2.1. Propres aux MSU 28
2.1.1 Connaissance des MAC 28
2.1.2. Représentations des MAC 30
2.1.3. Rapport à l'EBM 32
2.2 Propres au cadre universitaire 32
2.2.1 Le rôle de la faculté 32
2.2.2 Le MSU en tant qu'enseignant 33
2.3 Lié à l'interne 34
2.4 Lié au patient 35
III. Schéma illustratif des résultats 35
DISCUSSION 37
I. Sur la méthode 37
1. Choix de la méthode 37
2. Point de vue unique des MSU 37
3. Biais de sélection 37
4. Réalisation des entretiens 38
5. Analyse des résultats 38
II. Sur les résultats 38
1. L'abord des MAC et les compétences du médecin généraliste 38
2. Un message informel et hétérogène sur les MAC 40
3. Cadre universitaire et MAC 42
III. Ouverture 43
CONCLUSION 46

BIBLIOGRAPHIE **46**

Annexe 1 : Définition et terminologie **55**

Annexe 2 : Compétence du médecin généraliste **56**

Annexe 3 : Lettre envoyée aux MSU **57**

Annexe 4 : Guide de l'entretien **58**

Annexe 6 : Verbatim **59**

Entretien n°I **59**

Entretien n° II **70**

Entretien n° III **85**

Entretien n°IV **100**

Entretien n° V **111**

Entretien n° VI **120**

Entretien n° VII **131**

Entretien n° VIII **141**

Entretien n° IX **157**

Entretien n° X **168**

Entretien n° XI **176**

Entretien XII **182**

Entretien XIII **192**

INTRODUCTION - CONTEXTE

I. Généralités sur les MAC

1. Définition et classification

Médecine alternative et complémentaire, médecine non conventionnelle, médecine douce, médecine parallèle… Il existe un grand nombre de termes pour désigner ces pratiques thérapeutiques autres que la médecine dite conventionnelle, c'est-à-dire la médecine occidentale clinique et biologique, reconnue et validée scientifiquement.

Pour ce travail de recherche, j'ai décidé d'utiliser le terme de Médecine Alternative et Complémentaire qui est défini par le NCCAM (1) (Organisme dépendant du National institutes of Health américain) comme :

« L'ensemble des pratiques, soins ou croyances qui sont pour la plupart non reconnus par le système de santé dominant à un endroit et à une période donnée. »

C'est le terme le plus utilisé dans la littérature.

Les autres termes et définitions utilisés par les instances officielles sont consignés en annexe 1.

On peut classer les MAC en 5 grandes catégories (3) :

- Les thérapies biologiques : utilisant des produits naturels issus des plantes, de minéraux ou d'animaux (phytothérapie, aromathérapie…)
- Les thérapies manuelles : axées sur la manipulation ou le mouvement d'une ou de plusieurs parties du corps (ostéopathie, chiropraxie...)
- Approches corps-esprit : utilisation de l'esprit pour agir sur les mécanismes de guérison (hypnose, sophrologie, méditation…)
- Systèmes complets : systèmes avec fondements théoriques et pratiques propres (médecine traditionnelle chinoise, homéopathie...)

- Traitements énergétiques : utilisation de l'énergie corporelle (Qi Gong, Reiki, utilisation des champs énergétiques...)

2. Recours aux MAC en France

Ces dernières années, les MAC ont connu un essor important auprès des patients. Ainsi, selon l'OMS [2], 75 % de la population française a déjà eu recours au moins une fois dans sa vie aux MAC.

Plusieurs études [4-5-6] se sont intéressées à la prévalence du recours aux MAC chez les patients de médecine générale. Celle-ci variait entre 18,4% et 41% sur les douze derniers mois. Cependant ces études n'étaient pas nationales. Cette prévalence peut être plus élevée dans certaines situations, notamment en cancérologie [7] où la prévalence pourrait atteindre 60%.

3. Utilisation des MAC par les médecins généralistes en France

Les médecins généralistes ont recours aux MAC. Ainsi selon Bresson [8], dans une enquête nationale de 2001, 77% des médecins généralistes interrogés déclaraient avoir eu recours aux MAC (prescription et/ou adresser à un praticien) dans le mois précédant l'enquête.

Pour Bassel [9] 42,7% des médecins généralistes interrogés utilisaient dans leur pratique au moins une MAC et ils étaient 80,6% à adresser leurs patients vers les médecines complémentaires.

En contraste, ils jugent leur niveau de connaissance sur les MAC faible : presque 80%[8] des médecins interrogés appréciaient leurs connaissances sur la phytothérapie, l'ostéopathie, les thérapies manuelles et l'homéopathie comme « peu » ou « assez peu ». 43% des médecins pratiquant une MAC déclaraient ne jamais avoir eu de formation.

4. Enseignement des MAC en France lors de la formation initiale

S'il existe plusieurs DIU ou DU permettant de se former aux MAC en France, il y a peu d'enseignement sur les MAC lors de la formation initiale des études de médecines.

En 2010, Reix [10] a fait un état des lieux de l'enseignement des MAC dans le cursus médical en interrogeant les doyens des facultés et des étudiants en médecine. Seules 7 des 35 facultés françaises proposaient un enseignement sur les MAC lors de la formation initiale et celui-ci était très hétérogène. Il est intéressant de constater que 24 des 109 internes de Médecine Générale interrogés avaient pu aborder les MAC lors du stage ambulatoire.

II. Le stage ambulatoire en médecine Générale et le rôle du MSU

1. Stage ambulatoire en médecine Générale

A la fin des années 90 et au début des années 2000, l'apprentissage de la médecine générale au cours du troisième cycle a été révolutionné par la mise en place du stage ambulatoire.

Le stage ambulatoire de niveau 1, UPL (Unité Pédagogique Locale), est structuré en 3 phases intriquées :

- Une phase d'observation : l'interne observe le MSU.
- Une phase de supervision directe : l'interne est en autonomie sous l'observation directe de son MSU
- Une phase de supervision indirecte : l'interne est seul en autonomie et la supervision se fait à partir des situations qu'il rapporte à son MSU.

Le stage de deuxième niveau, SASPAS (Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoire Supervisé) comprend essentiellement la phase de supervision indirecte.

Le but de ces stages est de permettre à l'interne, à travers l'enseignement clinique et un apprentissage actif, d'acquérir les compétences reconnues nécessaires à son exercice (cf. annexe 2).

2. Le Maître de Stage des Universités

L'activité d'enseignement des Maîtres de Stage des Universités est encadrée par la charte du MSU [11] définie par le CNGE. Ils ont un rôle d'enseignement et de formation de l'interne en situation professionnelle ambulatoire de médecine générale.

Les deux modalités pédagogiques spécifiques utilisées par le MSU sont le modèle de rôle et la supervision.

La supervision désigne « l'intervention pédagogique d'un enseignant clinicien lorsque celui-ci fournit une rétroaction à un étudiant après l'avoir directement observé dans une tâche professionnelle ou à partir d'un résumé de la situation qu'en fait l'étudiant » [12]

Le modèle de rôle est défini par M. Chamberland [13] comme « un médecin qui, dans le contexte de son exercice professionnel, influence l'apprentissage des externes et des résidents avec qui il est en contact ». Dans la pratique réelle, le modèle de rôle peut avoir une influence variable en termes de direction (souhaitée vs non souhaitée) ou en termes de magnitude (négligeable vs significative).

La littérature montre que les MSU ont recours aux MAC : dans une étude s'intéressant aux pratiques professionnelles des MSU de la faculté d'Angers [14] 20% des 181 MSU interrogés déclaraient exercer un mode d'exercice particulier occasionnel ayant trait aux MAC. Même si les MAC ne font pas partie de l'enseignement de la médecine générale, les recherches existantes nous conduisent à penser que le sujet est abordé lors du stage et donc que la vision des MAC qu'ont les MSU peut influencer la future pratique de l'interne.

III. Problématique

Au terme de ma recherche bibliographique j'ai constaté que :

- Les MAC sont largement utilisées par les patients et les médecins généralistes
- Les MAC ne sont pas ou peu abordées lors de la formation initiale.
- Les internes pendant le stage ambulatoire en médecine générale sont confrontés aux MAC
- Les MSU peuvent influencer la future pratique des internes.

Dans la littérature je n'ai pas trouvé d'article s'intéressant à l'abord des MAC dans le cadre du stage ambulatoire de médecine générale.

Comment les MSU abordent-ils les MAC avec l'interne et quelle est la nature de leur message ?

MATÉRIEL ET MÉTHODE

I. Approche méthodologique

Pour explorer cette problématique, j'ai choisi d'utiliser une méthode qualitative à usage exploratoire. Celle-ci permet d'étudier les événements du point de vue des personnes qui les vivent et d'analyser leur comportement. J'ai utilisé une méthode d'enquête par entretiens semi-dirigés en me référant au livre de A. Blanchet « L'enquête et ses méthodes ». [15].

II. Population et mode de recrutement

La population étudiée est celle des MSU ayant un interne de médecine générale en UPL et/ou SASPAS. J'ai limité la population aux MSU dépendant de la faculté de médecine de Grenoble.

Le but n'est pas d'obtenir la population la plus grande possible mais la plus diversifiée dans les pratiques et formations vis-à-vis des MAC, les expériences, les lieux d'activité...

Le recrutement s'est fait par 2 modes d'accès :

- Mode d'accès direct : un mail proposant de participer à l'étude a été envoyé à l'ensemble des MSU de la faculté ayant un interne en UPL et/ou SASPAS via le Département de Médecine Générale (cf. annexe 3). En cas de réponse positive, le MSU était recontacté afin de prévoir une date d'entretien.
- Mode d'accès indirect : j'ai aussi recruté des MSU de ma connaissance ou via des tiers. L'avantage étant de connaître à l'avance les pratiques des MSU et donc de mieux diversifier le corpus.

III. Réalisation des entretiens

Les entretiens étaient réalisés par le même chercheur. Le lieu de l'entretien était à la convenance du MSU interrogé. Le nombre d'entretiens n'était pas prédéfini au début de la recherche. Ils ont été réalisés jusqu'à saturation des données c'est-à-dire le moment où les derniers entretiens n'apportaient plus de nouvelles informations enrichissantes.

Au début de chaque entretien, j'ai fait une présentation PowerPoint afin de cadrer les termes utilisés (définition des MAC) et d'expliquer le contexte de la thèse.

Un guide de l'entretien (cf. annexe 4), préalablement construit, a servi de trame aux entretiens. Celui-ci a évolué au cours de l'étude. Le but était de favoriser au moyen de questions ouvertes et de relances la production d'un discours faisant ressortir un maximum d'informations sur le thème de la recherche. Les entretiens ont tous été enregistrés avec accord des MSU.

IV. Méthode d'analyse des données

L'ensemble des entretiens a été retranscrit de manière intégrale et anonymisée dans le verbatim (cf. Annexe 5).

Afin de garantir une triangulation des données et une objectivité de l'analyse, un deuxième chercheur, médecin généraliste, a participé à une double analyse des entretiens. En cas de désaccord entre les chercheurs, une troisième personne non médecin mais ayant des compétences en recherche qualitative a été sollicitée.

Dans un premier temps, chaque entretien a été analysé séparément par les chercheurs afin de mettre en avant des thèmes spécifiques, puis les données ont été mises en commun. Dans un second temps, une analyse transversale du verbatim a été réalisée : les entretiens ont été découpés selon des thèmes et sous thèmes communs puis classés dans un tableau d'analyse.

RESULTATS

I. Données générales sur la réalisation de l'étude

1. Réalisation des entretiens

13 entretiens ont été réalisés entre le 05-01-16 et le 12-02-16 afin d'arriver à saturation des données. Les entretiens ont duré en moyenne 32 minutes (15-52 min). Ils ont été réalisés pour la plupart au cabinet des MSU sauf pour les entretiens E3 (dans un café), E6 et E12 (au domicile du MSU) et E10 (à la faculté de médecine)

2. Caractéristiques de la population

Les caractéristiques des participants sont détaillées dans le Tableau 1.

Tableau 1 : profil des répondants de l'étude

MSU	Expérience MSU	H/F	UPL/SAPAS	Territoire d'activité	Formation	Recours Mac	Type de MAC
MSU 1	3 mois	F	UPL	Urbain	-	Rare	
MSU 2	7 ans	H	SASPAS	Montagne	-	Rare	
MSU 3	3 ans	H	SASPAS	Montagne / Rural	-	Rare	
MSU 4	1,5 ans	F	SASPAS	Urbain	Homéopathie	Très régulière	Ho, Os, Ac
MSU 5	12 ans	H	UPL	Urbain	-	Régulière	Ho, Os, Ac
MSU 6	12 ans	H	SASPAS	Montagne / Rural	Hypnose	Régulière	Hy, Os, Ph
MSU 7	3 ans	H	SASPAS	Urbain	Homéopathie Acupuncture Ostéopathie	Très Régulière	Ac, Os, Ho
MSU 8	8 ans	H	SASPAS-UPL	Semi-rural	-	Rare	
MSU 9	5 ans	F	SASPAS	Urbain	Hypnose	Régulière	Ac, Os, Ho
MSU 10	> 12 ans	F	SASPAS	Urbain	Hypnose Homéopathie	Très régulière / Rare	Hy
MSU 11	3 mois	F	UPL	Semi-rural	-	Rare	
MSU 12	2 ans	F	UPL	Urbain	-	Régulière	Os, Ac, Ho
MSU 13	7 ans	F	UPL	Urbain	-	Régulière	Hy, Ac, Ho

Ho: Homéopathie, Os: Ostéopathie, Hy: Hypnose, Ac: Acupuncture, Ph: Phytothérapie.

3. Analyse des résultats

Tous les entretiens ont été analysés par les deux chercheurs. Cependant une partie du verbatim, les questions ayant rapport à la mise en place d'un enseignement sur les MAC par la faculté, n'a finalement pas été intégrée dans les résultats car jugée hors cadre de la question de recherche.

II. Analyse du verbatim

Lors de l'analyse transversale du verbatim, nous avons mis en évidence plusieurs thèmes. D'une part le message que les MSU veulent transmettre aux internes et d'autre part les facteurs influençant celui-ci.

En raison de la prévalence élevée des MAC, les MSU en parlent régulièrement avec leur interne lors du stage ambulatoire. Ce thème semble, selon le point de vue des MSU, **abordé aussi bien par eux que par les internes** : *« on en reparle quand on fait notre petit brainstorming de fin de demi-journée donc c'est soit l'un soit l'autre. » (E5)*

1. Le message émis par les MSU

À travers l'abord des MAC, les MSU proposent à l'interne un **message centré sur les MAC** dépendant de leurs pratiques et représentations des MAC, mais aussi un **message plus global commun sur les compétences du médecin généraliste**.

1.1 Un message centré sur les MAC, hétérogène

Lors du stage, les MSU exposent aux internes leurs pratiques et avis sur les MAC.

1.1.1 Positionnement sur les MAC

Les MSU **montrent aux internes leur positionnement vis-à-vis des MAC.** Par exemple pour MSU1 : *« qu'une manipulation ostéopathique va améliorer le transit, pour moi, c'est de l'effet placebo, voila. Euh donc après c'est ce que je vais dire à mon interne en lui disant : « Moi c'est ce que je crois », après, libre à elle de se faire son opinion. » (E1)*.

Les MSU essaient de **faire réfléchir l'interne sur son propre positionnement**. À propos de l'abord des MAC lors du stage, MSU10 dit aux internes *« comment je gère ça devant le patient et qu'eux [les internes] ils vont gérer en fonction de leurs croyances, de leurs formations et leurs connaissances » (E10)*. Pour MSU9, *« c'est à nous [Les MSU] peut-être de faire naître la réflexion chez l'interne […] la réflexion sur les médecines alternatives et complémentaires, comment il se positionne lui en tant que futur généraliste »* (E9).

L'analyse des entretiens met en évidence une variabilité du positionnement des MSU devant les MAC :

- **Différencier MAC et médecine conventionnelle** :

Plusieurs MSU n'intègrent pas les MAC dans leur pratique, estimant qu'elles ne sont pas de la compétence du médecin généraliste, *« qu'on n'a pas d'avis scientifique à poser en tant que médecin mais en tant que citoyen ça a un vrai sens » (E8*), « *Moi je le refuse aux patients, je ne connais pas, je ne sais pas à quoi correspond tel ou tel produit de phytothérapie parce que ce n'est pas ma compétence* » (E10).

- **Intégration des MAC dans leur pratique**

D'autres au contraire intègrent les MAC dans leur pratique : *« je propose l'ostéopathie, acupuncture, hypnose, méditation, je propose ce genre de choses et je vois ce sur quoi ils accrochent et donc l'interne me voit bien faire ça et donc après on en discute » (E12)* ; *« Alors, moi j'ai fait presque toutes les médecines parallèles » (E7).*

1.1.2 Un message pratique

Lors du stage, les MSU transmettent à l'interne un **message pratique** sur les MAC. Selon MSU4, *« C'est vrai que ce que j'aurais envie de transmettre c'est plutôt le côté pratique et de donner des recettes même si ce n'est pas le fondement de l'homéopathie » (E4).*

Les MSU discutent avec l'interne des **indications, interactions et effets secondaires** des MAC qu'ils connaissent : *« En gros je vais leur dire ce que j'ai raconté là…*

Ça dépend, ça… Si c'est la phytothérapie c'est des substances actives, réellement actives avec indication, interaction et contre-indication » (E6)

Certains vont leurs proposer d'**apprendre des techniques** de MAC : *« S'ils ont envie d'apprendre ces thérapeutiques moi j'essaye de leur expliquer à ma façon » (E7).*

1.1.2.1 Situation de recours aux MAC

À travers le discours des MSU, on peut distinguer plusieurs situations de recours aux MAC auxquelles sont exposées les internes :

- **À la demande du patient**

Le recours aux MAC se fait surtout à la demande des patients, ainsi pour MSU12 : *« … c'est surtout quand les gens me le demandent, quand ils sont demandeurs, euh, je ne cherche pas forcément à les détromper sur le fait que je pense que c'est un placebo pur* » (E12), ou pour MSU1 : *« ça m'arrive des fois de renouveler, euh, des gros traitements d'homéopathie, c'est-à-dire je ne vais pas initier mais quand on me demande de renouveler je… je, dis oui quoi » (E1)*

- **MAC en complémentarité à la MC**

Plusieurs MSU mettent en avant la complémentarité MAC-MC. Le recours aux MAC est jugé complémentaire à la MC soit **en l'absence de solution donnée par la MC** *: « C'est aussi apporter des réponses pour lesquelles l'allopathie n'a pas forcément de réponse […] c'est vraiment complémentaire» (E4),* soit pour **aider à l'adhésion** du patient au traitement *« [à propos du médecin] s'il a la connaissance il va peut-être s'aider de ça pour que la personne puisse avoir un accès à des soins de qualité en accompagnement avec des médecines alternatives »(E8).*

Les MAC sont aussi utilisées **en cas « d'échec » de la MC** *« dans les cas où on a fait un bon bout de chemin en médecine conventionnelle et où l'on ne s'en sort pas et n'a pas d'issue, pas de réponse à apporter au patient » (E3).* Cet échec est mal vécu par les médecins et les MAC peuvent être un moyen pour le médecin généraliste de ne « *plus te sentir en échec car tu es dans la proposition, donc la personne elle va accrocher sur tel ou tel truc et toi tu ne vas plus te sentir en échec en tant que médecin, du coup ça te permet de continuer à suivre cette personne et d'être dans l'empathie parce que c'est vrai sinon c'est le genre de personne t'as juste envie qu'elle se casse de la consult' quoi…[rire]… parce que tu es en échec et que tu ne sais plus quoi faire » (E12).*

- **MAC en alternative à la MC**

Dans certains cas les MAC sont utilisées en alternative à la MC, notamment pour « *éviter de donner un certain nombre de médicaments que j'estime dangereux » (E5)* ou *« Quand je ne veux pas passer à l'allopathie, quand je juge que c'est trop fort » (E4).*

Parfois les MAC ont une efficacité jugée suffisante par rapport à la MC : *« Il y a des gens qui vont chez l'acupuncteur et ça leur résout leurs troubles fonctionnels intestinaux, c'est bien de la savoir, et comme ça on sait qu'on n'a pas besoin de leur prescrire autre chose » (E1).*

- **MAC en alternative à la non-prescription**

Enfin les MAC peuvent aussi être utilisées comme alternative à la non-prescription dans le but de rassurer le patient : *« L'arnica c'est parce que quand il y a une contusion et que les parents sont venus, le fait de donner un petit truc, on met l'arnica 5 granules trois fois par jour, ça donne un petit côté sérieux à la blessure. Les parents pas qu'ils soient vexés, voilà, qu'ils puissent…. Ça rassure les parents, ils ont un petit quelque chose à donner, ça rassure l'enfant, il prend un médicament » (E2)* ou encore *« Les gens qui ne croient pas l'homéo vont dire que c'est de blouser les gens que de dire « Je vous donne des granules » au lieu de dire « Je ne vais rien vous donner » parce qu'on n'assume pas de rien donner. Ce n'est pas que je n'assume pas de rien donner mais que… que c'est souvent mal vécu » (E4).*

1.1.2.2 Choix du correspondant pratiquant les MAC

Dans le cas où ils adressent leurs patients à d'autres personnes pratiquant les MAC, les MSU mettent en avant **l'importance du choix du praticien de MAC**. Ainsi pour MSU10, l'interne doit *« être capable d'adresser à des praticiens identifiés » (E10),* et pour MSU13, l'interne doit *« essayer d'aller chercher comment ça se passe, comment ils sont formés […] parce que tu adresses un patient qui te fait confiance à quelqu'un et c'est important de savoir ce qu'il fait » (E13).*

Ils mettent en avant l'importance de **connaître la formation du praticien de MAC, voire d'adresser exclusivement à des professionnels de santé** : *« Alors, moi j'adresse des patients à des ostéopathes dont je connais la formation, dont je connais la pratique, toujours des ostéopathes qui sont des professionnels de santé » (E10) ;* « je ne les tourne pas vers un professionnel qui n'est pas un professionnel de santé » (E3), mais aussi de **communiquer avec lui** : *« ça m'arrive avec des homéopathes ou des acupuncteurs, ça m'est arrivé plusieurs fois que je reprécise oralement ma demande quand je leur envoie des patients et puis eux qu'ils me fassent un petit compte-rendu, c'est arrivé. Ça c'est plus encourageant, on n'a pas l'impression d'être dans une compétition vraiment, mais on est complémentaire, on n'est pas en rivalité. » (E5).*

En plus de sa formation et de son sérieux, le **choix se fait aussi en fonction du patient** car *« on va se dire que ça va bien coller avec la personne que l'on a en face de… le patient que l'on connaît bien et qu'il peut se passer quelque chose de particulier dans le soin entre ces 2 personnes-là et du coup c'est pour ça qu'on l'adresse » (E12).*

1.1.2.3 Le médecin en tant que garde-fou

A travers leur discours, certains MSU mettent en avant **le rôle de garde-fou du médecin vis-à-vis des MAC**, l'importance d'**informer** les patients et les internes **des risques des MAC** : « *Donc je trouve, j'essaie de transmettre, on va dire, une attitude d'ouverture pour garder le lien. […] et après de faire garde-fou aussi, il y a des pratiques qui peuvent être dangereuses* » (E1) ; *« Après il y a une autre de nos responsabilités en dehors de garde-fou de ne pas passer à côté de pathologies graves […] c'est le garde-fou financier parce que les médecines alternatives peuvent coûter très cher en France et on voit parfois des patients avec des moyens limités qui s'engouffrent dans des thérapeutiques alternatives et ça leur coûte très très cher… Oui je pense qu'on a aussi un rôle de garde-fou social » (E3).*

1.1.3 <u>Un message théorique :</u>

Les MSU ne semblent **pas ou peu aborder la théorie** sur les MAC comme le remarque MSU5 : « *on parle de ce qu'on a fait, pourquoi on l'a fait, mais on ne parle pas du cadre général de la médecine complémentaire, on ne parle pas des règles, de la théorie » (E5).*

En effet, certains MSU évoquent la **difficulté à expliquer le fondement** des MAC qui est souvent éloigné de notre mode de raisonnement scientifique. Par exemple, MSU6 *« aborde la théorie mais c'est toujours un peu difficile, parce que ça ne correspond pas… La théorie ne fonctionne pas comme ce qu'on a appris, quoi » (E6).* De même pour MSU7, la médecine chinoise n'est pas *« très adaptée à l'exercice de tous les jours et en particulier à la transmission parce que quand on doit expliquer tous les raisonnements de méridiens, de cycle chinois… Euh… C'est assez compliqué quand on doit rentrer dans vraiment tout le fond des mécanismes de l'acupuncture » (E7)*

1.1.4 Une ouverture sur les MAC

Malgré une pratique et des représentations hétérogènes des MAC, les MSU semblent proposer aux internes un **message d'ouverture sur les MAC** : *« Donc avec les internes plutôt leur montrer qu'il faut être ouvert, les patients ils se tournent vers ça il ne faut pas refuser tout » (E13) ;* « *le rôle pour moi c'est l'ouverture, l'ouverture c'est un objectif important, alors plus sur l'écoute des patients que sur les techniques* » (E9).

Ce message d'ouverture sur les MAC s'appuie sur :

- **La conviction de l'utilité des MAC** : *« Ben du coup, j'ai envie de donner les recettes, l'envie de, de, aux internes de s'intéresser à ça parce que je pense que c'est hyper intéressant » (E4)*
- **La reconnaissance de la prévalence élevée des MAC** : *« si on estime qu'un médecin il doit être proche des gens dont il a la charge de la santé, il faut bien que l'on en tienne compte, on ne peut pas tirer un trait là-dessus et dire que ça n'existe pas. » (E5)*
- **Le respect du choix du patient et son accompagnement** : le médecin doit *« être à l'écoute du patient et ce qu'il fait réellement, rester ouvert » (E12) ; « Donc je trouve, j'essaie de transmettre, on va dire, une attitude d'ouverture pour garder le lien » (E1)*

Cette ouverture sur les MAC trouve son fondement dans la relation qu'entretient le médecin généraliste avec son patient : la communication, l'écoute, l'accompagnement, la prise en charge globale.

1.2 Un message global commun

Si le message direct sur les MAC est hétérogène, nous avons mis en évidence un **message commun des MSU.** En effet, les entretiens soulignent que **l'abord des MAC donne aux MSU une opportunité d'échanger avec les internes sur les compétences du médecin généraliste**.

1.2.1 *Prise en charge globale*

Interrogés sur le message qu'ils souhaitent transmettre à travers les MAC, plusieurs MSU évoquent la prise en charge globale du patient. Pour les MSU : *« en médecine générale on prend en charge le patient globalement, c'est de la médecine holistique. Il ne faut pas opposer les deux » (E3).* La prise en charge doit être **centrée sur l'individu**, ainsi pour MSU6 : *« Moi les messages que je veux faire passer c'est qu'on soigne des personnes et pas des problèmes. » (E6).* Il est important de **connaître les représentations du patient** : *« on a tout intérêt en médecine générale à savoir ce qu'ils font, ce qu'ils cherchent au-delà de soulager la fièvre et la douleur et l'HTA. La santé c'est un tout, voilà la vision de la santé » (E9).*

1.2.2 *Écoute et communication avec le patient*

Cette prise en charge globale se fait à travers une bonne **communication** avec le patient. Les MSU mettent en avant l'importance de **ne pas se confronter** directement avec le patient, *« toujours en gardant l'idée qu'il ne faut pas choquer, il faut accompagner c'est-à-dire que, si tu dis à quelqu'un que ce qu'il pense c'est complètement débile, pas du tout scientifique, il y a de grandes chances que tu perdes le contact » (E8)*.

Le but est d'instaurer un **climat de confiance** avec le patient pour améliorer les soins. Comme le remarque MSU9 : « *si on pose la question sans jugement, eux vont nous en parler plus facilement on peut l'intégrer dans nos soins même si je ne suis pas homéopathe ou acupunctrice, on peut l'intégrer dans ce qu'ils sont eux quoi. Et peut-être que c'est cette vision-là que je peux faire passer à l'interne. » (E9).*

Les MSU intègrent cette notion dans leur discours à l'interne : *« [A propos des patients] je pense que c'est important qu'ils puissent au moins…Qu'on puisse au moins en discuter, qu'ils puissent au moins nous en parler, s'ils sentent qu'il y a une réticence, une opposition de principe là-dessus, qu'on ferme complètement le débat, qu'on ferme la discussion, euh ben du coup simplement ils vont aller le faire mais il ne vont pas nous en parler, je pense que c'est pas intéressant et du coup l'interne il doit avoir conscience que c'est très fréquent, qu'il faut penser à le demander aux gens » (E12).*

1.2.3 *Accompagnement, patient acteur de sa santé*

Les MSU mettent en avant le **respect des croyances et du choix** du patient : *« Moi ce que j'essaie de transmettre, c'est la liberté du choix des patients » (E1).* Pour MSU8 : *« l'interne il doit respecter absolument les croyances des patients » (E8).*

Cela permet au patient d'être **acteur de sa santé**, pour MSU5 l'interne doit trouver *« une MAC pour laquelle le patient est d'accord, ne pas l'obliger à aller dans telle ou telle direction mais lui proposer et voir comment il va réagir et voir s'il va être volontaire pour le faire […] qu'il s'assure que se sera fait. Ça c'est le truc pour moi principal. Le jour où les gens sont volontaires ça marche quarante fois mieux. » (E5)*

1.3 Les supports du message

Plusieurs supports pédagogiques sont utilisés par les MSU pour transmettre le message aux internes.

1.3.1 Modalités pédagogiques

1.3.1.1. Modèle de rôle

Le modèle de rôle semble avoir une **place prédominante** concernant le **message centré sur les MAC** : les MSU exposent leurs pratiques aux internes. La phase d'observation est propice au modèle de rôle *: « Je suis avec les patients, que l'interne soit là ou pas là, pareil… Donc quand je me mets à en parler [des MAC], l'interne il est là euh… Il est là, il entend ce que je dis » (E13).*

1.3.1.2. Supervision

La **supervision** est utilisée par les MSU pour **faire réfléchir l'interne sur les MAC et sur son positionnement**. Par exemple MSU8 va *« les interroger sur quelle stratégie ils ont pour ce patient et leurs propres croyances vis-à-vis de ça » (E8).*

1.3.2 Support écrit

Certains MSU utilisent un **support écrit sur les MAC** avec l'interne. Ainsi pour MSU3 : *« les derniers internes que j'ai eus, je leur ai offert un bouquin, je ne sais pas si tu connais... « Le pharmachien », qui est un bouquin écrit par un pharmacien québécois qui va démystifier plein de grandes thématiques de la médecine générale… » (E3).* MSU7 utilise *« un diaporama […] sur la technique montrant les points pratiques importants à savoir, il y a la technique mais aussi les indications, les limites ; où il faut faire attention »(E7).*

1.3.3 Groupes de pairs

Les **groupes de pairs** ont été cités par 2 MSU comme moyen d'évoquer les MAC avec les internes et les aider à construire leur opinion : *« tous les internes participent au groupe de pairs chez nous, on a un groupe de pairs mensuel et ces questions-là, comme c'est des cas tirés au hasard, ça arrive sur la table de temps en temps, ils vont assister aussi à des discussions entre médecins qui ont des pratiques différentes » (E8).*

1.3.4 Expérimenter les MAC

Enfin MSU10 propose parfois aux internes d'**expérimenter eux-mêmes** l'hypnose : « *J'ai fait des séances d'hypnose collective en groupe d'analyse des pratiques pour que les gens testent eux ce que c'est d'être en hypnose » (E10).*

2 Les facteurs influençant le message

2.1. Propres aux MSU

L'analyse des entretiens met en évidence que le discours des MSU est conditionné par **leurs connaissances et leurs représentations** des MAC.

2.1.1 Connaissance des MAC

2.1.1.1. Un manque de connaissance

Globalement, les MSU mettent en avant **un manque de connaissance** des MAC. Par exemple MSU9 dit à propos de l'homéopathie et de la phytothérapie : *« je ne connais pas suffisamment pour prescrire aux patients » (E9)* ou MSU3 à propos des thérapies manuelles : *« dans tous les termes par exemple médecine manuelle entre chiropracteur, ostéopathe, je ne saurais expliquer le distinguo au patient ou à toi exactement » (E3).*

Ce manque de connaissance peut apparaître comme un **frein** pour en parler avec l'interne : *« Je n'ai pas de frein mais j'ai une méconnaissance de ça et c'est difficile de parler » (E2), « Parce que comme moi j'ai peu de connaissances, il faut que je travaille mes connaissances à moi et si l'interne avait des connaissances dans l'une des techniques, ce serait un frein pour moi » (E11).*

A travers les entretiens les MSU mettent en avant plusieurs sources de connaissance :

2.1.1.2. Formation

La **formation est hétérogène** au sein de la population étudiée. 5 MSU ont suivi une formation diplômante sur les MAC. À défaut de formation, la lecture de **revues scientifiques** est une source d'informations qui est partagée avec l'interne : *« Il y avait eu un article de la revue Prescrire sur l'ostéopathie chez les nourrissons, il me semble que c'était une étude faite en Allemagne, où ils disaient qu'il n'y avait pas énormément de cas, mais en gros où ils disaient, euh, y a pas d'effet secondaire sauf y a quand même eu 2 cas je crois, 1 cas de décès et 1 cas d'élongation du plexus brachial sur des manipulations du rachis cervical […] du coup mon interne j'ai envie de lui dire ben : « voilà dans l'ostéopathie chez le nourrisson, il y a un truc qui peut être dangereux, voilà, c'est le cou et le plexus brachial c'est important de le savoir et de le dire aux gens » ». (E1).*

2.1.1.3. Expérience professionnelle

L'expérience professionnelle peut amener les MSU à **s'intéresser aux MAC** : *« C'est vraiment, ça j'en suis persuadé, par l'exercice qu'on apprend à s'y intéresser et y avoir recours » (E3)* et acquérir des connaissances : *« Ma formation je n'en ai aucune, je vous dis euh, une formation sur le tas » (E5).*

Ils peuvent aussi s'appuyer sur **les retours des patients** : *« des fois tu as des trucs que tu apprends par les patients, des gens qui te disent : « moi les sinusites l'acupuncture ça m'a tout changé » alors que toi tu n'aurais pas forcément eu l'idée de faire un truc comme ça. » (E13)* **ou leurs collègues** *« en me rendant compte en groupe de pairs, en discutant avec les collègues que finalement, c'est des gens qui étaient plus expérimentés que moi en médecine générale finalement qui l'avaient intégré eux aussi dans leurs pratiques et donc que ce n'était pas complètement fou. » (E12).*

2.1.1.4. Expérience personnelle :

Certains MSU **utilisent les MAC pour leur propre santé**. Cela peut influencer leur pratique : *« L'acupuncture pour les bouffées de chaleur j'ai expérimenté et depuis j'en parle beaucoup aux patientes… » (E9).*

2.1.2. Représentations des MAC

Différentes représentations sur les MAC se sont dégagées des entretiens, celles-ci aussi sont variées. Elles ont un impact sur la pratique et le positionnement des MSU vis-à-vis des MAC et vont donc influencer le discours du MSU devant l'interne.

2.1.2.1. Validité et efficacité des MAC

- MAC scientifique et efficace

Des MSU reconnaissent un **aspect scientifique** de certaines MAC : à propos de l'acupuncture « *le mode d'action est un mécanisme neurologique c'est-à-dire physiologique donc ça regroupe l'anatomie et la physiologie » (E7)* et de l'hypnose *« c'est une technique qui s'appuie pour s'argumenter, se justifier, sur des découvertes des neurosciences avec des IRM fonctionnelles »* (E7). De plus ils reconnaissent une **efficacité propre de certaines MAC**, notamment les thérapies manuelles : *« l'ostéopathie c'est une technique et […] les gens sont soulagés en une à deux séances » (E6) ; « J'essaie de l'appliquer à mon cabinet avec des résultats là spectaculaires et qui m'ont beaucoup apporté de satisfaction à la fois de moi-même et aussi des patients » (E7).*

- MAC comme pensée magique

Pour d'autres au contraire les MAC ne sont **pas validées** : *« J'ai envie de leur transmettre… Il n'y a pas de niveau de preuve la plupart du temps » (E3) ; « S'il faut donner une solution médicamenteuse homéopathique ou allopathique c'est, c'est pas quoi… Autant donner un médicament validé » (E10).* Pour eux, les MAC sont plus de l'ordre de la **pensée magique** *« dans quelque chose, pour moi, un concept, euh, mystique pratiquement » (E8)* voire **ésotérique** *: « ça me paraissait complétement ésotérique, euh de l'ordre de la croyance » (E12).*

- MAC comme placebo

Plusieurs MSU mettent en avant une **action placebo des MAC** : « *Je ne dis pas que l'homéo c'est uniquement du placebo mais vu comme je l'ai perçu moi-même, j'ai quand même l'impression qu'il y a une très forte composante placebo dans ces médicaments. » (E7)* Les MAC peuvent aussi être considérées par les médecins comme des *« thérapies psychocorporelles » (E1)*, comme une **façon pour le patient de prendre soin de soi et des autres** : *« c'est le temps qui est consacré aux gens pendant ces séances de thérapies qui est important, l'attention particulière qui leur est donnée, euh tout ça fait que globalement les gens ça leur fait du bien » (E12) ;* « *l'homéopathie c'est plutôt un vecteur de l'attention que l'on porte à soi-même ou aux autres. Ça permet à la maman de soigner son enfant, de manifester le fait qu'elle le soigne et de pouvoir faire quelque chose pour le soigner même si moi le produit en lui-même, moi j'ai tendance à penser qu'il est totalement neutre » (E6)* et donc d'avoir une certaine efficacité.

2.1.2.2. Risques et effets secondaires :

Le **risque médical des MAC est reconnu**, notamment pour les thérapies manuelles : *« si vous travaillez uniquement sur les cervicales, on risque de provoquer des dégâts dangereux pour les artères » (E7),* mais d'autres MAC, surtout l'homéopathie, sont jugées comme **peu dangereuses** sur le plan médical : *« Je pense que c'est une façon d'aller vers des soins qui sont moins agressifs » (E6).*

2.1.2.3. MAC et connotation négative

Enfin les MAC ont, pour plusieurs MSU, une connotation négative liée à un **risque sectaire**, pour MSU1 *« il y a un pourcentage très important de gens qui sont rentrés dans une secte par le biais de médecines alternatives et complémentaires » (E1),* et de **charlatanisme** *« autant adresser à des gens qui sont, je dirais, honnêtes, c'est-à-dire qu'ils sont, euh… Dans l'idée de faire du bien aux gens… Euh… Ce ne sont pas des charlatans car il y en a aussi, enfin je pense qu'il y en a aussi dans ce genre de profession, ce que j'appelle charlatan c'est la personne qui sait très bien qu'elle est en train de faire euh, du flanc voilà quoi et qui le fait principalement pour avoir une activité qui lui rapporte de l'argent » (E12).*

2.1.3. Rapport à l'EBM

Les MSU ont exprimé des **rapports divergents à l'EBM**. Si globalement **l'EBM est leur référentiel** comme pour MSU8 : *« ma pratique est plutôt très proche de l'EBM, j'essaie d'être en situation scientifique » (E8),* d'autres mettent en avant **les limites de l'EBM** comme MSU4 : « *la médecine générale pour moi ça ne se limite pas à l'EBM… Je pense qu'en France on a un peu trop des œillères et je pense que ça empêche l'ouverture aux MAC » (E4).*

L'adhésion ou la reconnaissance des limites de l'EBM peut se répercuter dans le discours avec l'interne : *« je pense que l'interne pour l'instant c'est un produit de la médecine conventionnelle et moi je, j'aurais tendance à lui monter ça. » (E11).*

2.2 Propres au cadre universitaire

Le stage ambulatoire se passe dans le **cadre de la formation universitaire** des internes. L'analyse des entretiens met en évidence l'influence de ce cadre sur le discours des MSU.

2.2.1 Le rôle de la faculté

2.2.1.1 Pour le MSU

Les MSU pratiquants de MAC peuvent se sentir **freinés par la faculté** dans l'abord des MAC :

- Soit pour la maîtrise de stage : *« Au départ j'étais en maîtrise de stage à Grenoble et on m'a toujours refusé parce que je faisais de l'ostéopathie et des médecines parallèles non reconnues par la faculté » (E7)*
- Soit au cours des formations MSU *: « Mais en même temps j'étais un peu bridé par ce que j'avais compris, peut-être implicitement, au cours de la formation de maître de stage » (E4) ; « c'est vrai que comme durant les formations, la formation de MSU que j'avais eue, on n'est pas sensé proposer de l'homéopathie » (E4)*

2.2.1.2 Pour l'interne

Certains MSU reconnaissent une forme de formatage des internes par la faculté : *« le formatage à la Fac, j'ai l'impression, vraiment, que beaucoup d'internes sortent avec*

des idées très arrêtées » (E4) ; « la faculté, on leur apprend beaucoup à se méfier de ces thérapies qui fait que, bon déjà, ils sont formatés, leur idée préconçue c'est que c'est mauvais » (E7).

Cependant, ce manque d'ouverture de la faculté n'est pas toujours vécu négativement et peut aussi **favoriser l'échange entre MSU et interne** sur les MAC. MSU6 reconnaît que les internes « *sont surpris mais intéressés positivement de voir qu'un maître de stage a une attitude ouverte intellectuelle et n'est pas opposé à ces médecines alternatives. » (E6).* Pour MSU10, les internes sont *« libérés par le fait d'avoir enfin un lieu où l'on peut en parler » et « ont très envie d'en parler, ils ont très envie d'avoir mon avis, ils ont très envie d'exprimer le leur. » (E10).*

2.2.2 Le MSU en tant qu'enseignant

En tant qu'enseignants cliniciens, certains MSU évoquent leur **responsabilité d'aborder les MAC avec les internes**, quel que soit leur avis. À la question de la place du MSU dans l'abord des MAC, MSU10 répond qu'elle *« est absolument essentielle, qu'il ne faut absolument pas contourner et ce quelle que soit la posture que prenne un maître de stage qui peut être très tranchée anti »* (E10). Cette position est justifiée par MSU13 : *« c'est là où tu es confronté à ça, donc c'est intéressant au cours du stage d'aborder le sujet » (E13).*

Les MSU **ne veulent pas imposer leur point de vue** sur les MAC à l'interne, le laissent libre d'avoir son opinion : *« Voilà, il se fait sa personnalité médicale, sa façon de faire comme ça lui va lui, comme ça lui correspond. Ce n'est pas grave s'il ne m'écoute pas sur certains trucs... » (E2) ; « Je ne vais pas mettre martel en tête pour convaincre… Je propose cette ouverture d'esprit d'une certaine façon mais je n'ai jamais trop insisté non plus » (E4).*

Leur but est d'aider l'interne, à travers son raisonnement, à se **créer son propre avis sur les MAC**. Pour MSU8, *« la place du maître de stage, c'est faire réfléchir et que l'interne se confronte à sa propre expérience et qu'il entende d'autres collègues discuter des différentes positions, qu'il se fasse son avis » (E8).* MSU12 met en avant l'importance *« d'expliciter vraiment le raisonnement et ce qui nous a conduits à avoir cette démarche pour qu'après lui [l'interne] il soit en mesure de se positionner […] et d'avoir son propre avis et puis sa propre manière de l'intégrer dans sa pratique. » (E12).*

Leur rôle de MSU peut aussi être **ressenti comme un frein**. Le MSU **n'est pas là en tant qu'enseignant sur les MAC** : *« mon objectif c'est de leur apprendre à déterminer les indications, ce n'est pas de les former en hypnose. C'est de leur apprendre à déterminer les indications et à savoir adresser leur patient, c'est ça mon objectif pédagogique » (E10).* Les MAC ne sont **pas la priorité du stage** : MSU1 a *« peur de passer à côté d'autres*

choses qui me paraissent plus importantes » (E1). Pour MSU4 *« la priorité de mon travail c'est de, entre guillemet ma place de MSU, c'est de voir le fonctionnement du cabinet, au relationnel avec les patients avec les internes » (E4).*

Enfin, les MSU peuvent se sentir **en porte-à-faux** entre leur **fonction de MSU**, représentant de l'enseignement facultaire, **et leur pratique en tant que médecin généraliste** : *« ça peut paraître un peu ésotérique et c'est un peu, euh comment dire hors recommandations et hors enseignements dispensés par la fac, euh, ben du coup effectivement ça peut être un truc qui, qui puisse être un peu tabou et du coup vaguement expédié devant l'interne, un peu tu, voilà, parce qu'il y a une vague honte à pratiquer ce genre de choses » (E12).*

2.3 Lié à l'interne

Comme nous l'avons vu les MSU essaient d'aider l'interne à construire son positionnement vis-à-vis des MAC. Du point de vue des MSU, la position de l'interne, son **ouverture vis-à-vis des MAC**, va moduler leur discours :

- Si l'interne ne veut pas aborder les MAC :

« Il y en a qui ont peur et leur peur est telle qu'ils ne veulent pas savoir, bon j'insiste pas. S'ils ne veulent pas savoir, quand il y a un problème ils m'appellent et je fais à leur place » (E7)

- Si l'interne est trop orienté MAC :

« Après ce qui me gênerait ce serait d'avoir un interne qui soit euh… Persuadé que l'homéopathie fonctionne au-delà de l'effet placebo, euh qui je ne sais pas, qui croit aux miracles, qui soit dans un truc de pure croyance, ça ça me mettrait très mal à l'aise et je serais… Je serais pas du tout à l'aise avec ça et je serais dans le recadrage » (E12).

En plus de l'influence de la faculté sur les internes, comme nous l'avons vu précédemment, les MSU mettent en avant plusieurs déterminants de cette position d'ouverture :

- **Sa personnalité** : *« L'interne, c'est lui, qui n'a pas accepté d'avoir été enseigné pour des choses qui ne sont pas reconnues, que la faculté tolérait mais l'interne, lui, ne tolérait pas » (E7)*
- **Son expérience personnelle** : *« ils ont une idée personnelle en tant que citoyen de ces médecines alternatives. Ils ont peut-être déjà fait de l'acupuncture ou des trucs comme ça et donc la première chose c'est de savoir comment, en tant que personne, tu te places par rapport à ça » (E8)*
- **Son expérience professionnelle** : les internes d'UPL semblent moins matures « *Et comme elle est en premier semestre elle est quand même très*

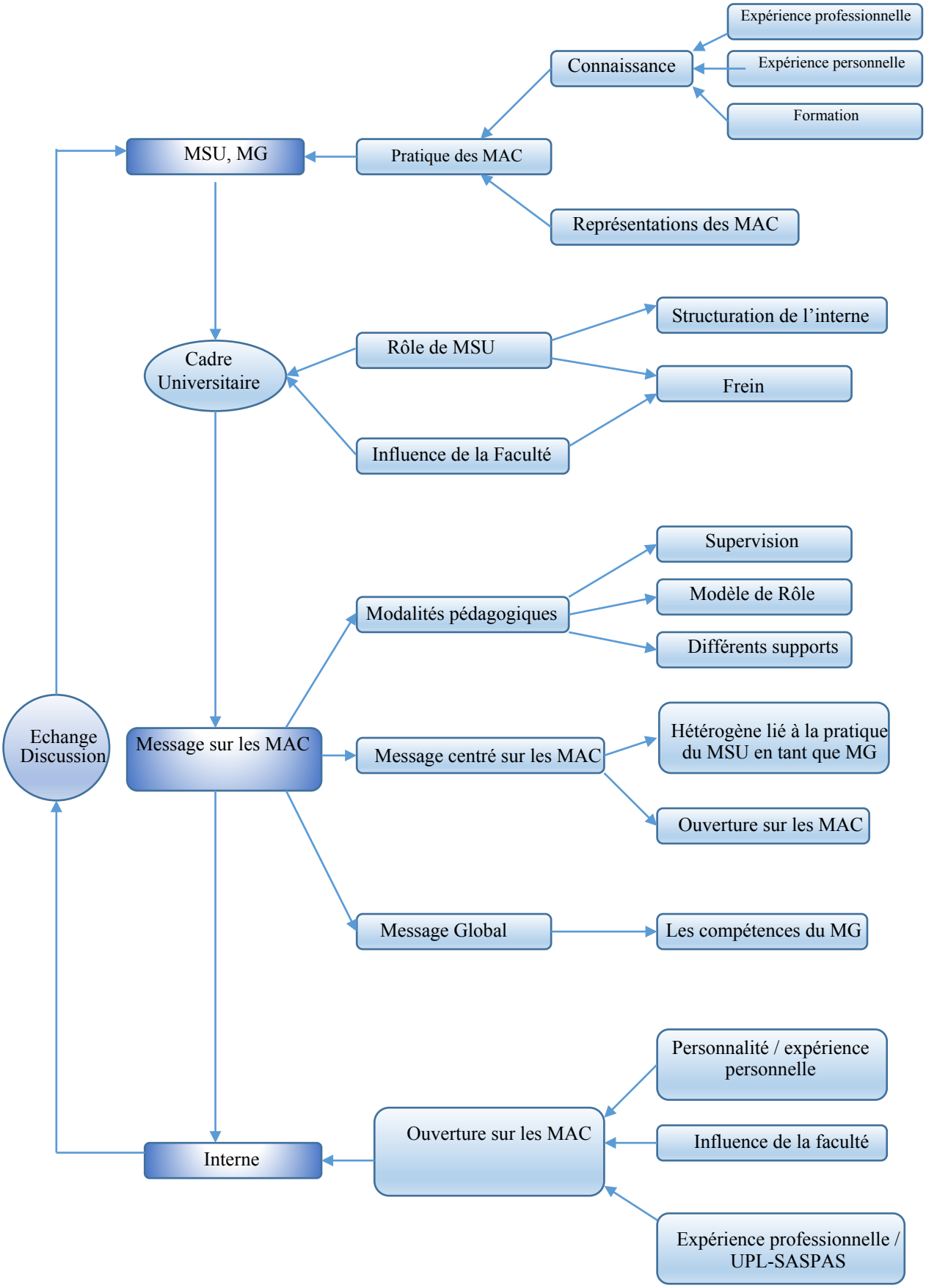
stressée d'acquérir les compétences thérapeutiques qu'on enseigne à la Fac, je pense qu'elle est pas à l'aise et qu'elle met de côté pour l'instant, que ce n'est pas sa priorité. » (E11) que les internes de SASPAS *« Si tu as un SASPAS de dernier semestre, euh, franchement il y a une vraie différence, là en ce moment j'ai une interne en UPL de 1er semestre, il y a un monde de différence » (E8)*

2.4 Lié au patient

Les internes sont confrontés aux MAC lors du stage à cause de la **prévalence élevée** du recours aux MAC par les patients. Ils sont demandeurs de MAC, surtout dans certains territoires : *« l'ostéopathie qui est très en vogue, surtout dans les régions à fort pouvoir d'achat ce qui est notre cas ici » (E3), « Sur l'ostéopathie ils [les internes] sont en questionnement important parce qu'il y a beaucoup de gens qui posent des questions autour de ça » (E8)*. Les internes confrontés aux MAC peuvent être mis en difficultés lors des consultations et donc en parler aux MSU : *« les internes qui peuvent être au cabinet, ils sont tout le temps en questionnement par les patients là-dessus et au début c'est vrai, quand on fait les débriefings avec les SASPAS il y a toujours une complexité à répondre à ça » (E8).*

III. Schéma illustratif des résultats

Dans ce travail nous constatons qu'il y a une communication sur les MAC entre les MSU et les internes. Plusieurs auteurs se sont attachés à décrire les mécanismes de la communication. En particulier, dans leur théorie de la communication, Shannon puis Wiener [16] distinguent le message des facteurs qui l'influencent. Nous nous appuyons ici sur cette théorie pour présenter un schéma illustratif des résultats de cette recherche. Ce schéma a pour vocation de synthétiser les résultats et n'est pas vérifié.


Expérience professionnelle
Connaissance
Expérience personnelle
Formation
MSU, MG
Pratique des MAC
Représentations des MAC
Structuration de l'interne
Cadre Universitaire
Rôle de MSU
Frein
Influence de la Faculté
Supervision
Modalités pédagogiques
Modèle de Rôle
Différents supports
Echange Discussion
Message sur les MAC
Hétérogène lié à la pratique du MSU en tant que MG
Message centré sur les MAC
Ouverture sur les MAC
Message Global
Les compétences du MG
Personnalité / expérience personnelle
Ouverture sur les MAC
Influence de la faculté
Interne
Expérience professionnelle / UPL-SASPAS

DISCUSSION

I. Sur la méthode

1. Choix de la méthode

Pour cette recherche, j'ai choisi une méthode qualitative par entretiens semi-dirigés. J'aurais pu utiliser la méthode du focus groupe qui est une technique d'entretiens par groupe, cependant sa mise en place semblait difficile et cette méthode expose au risque d'accaparation du discours par certains participants et donc à la perte d'informations. Je voulais connaître la pratique et la vision personnelle des MSU et l'entretien dans un cadre plus restreint m'a semblé plus favorable à la production du discours.

2. Point de vue unique des MSU

A travers cette recherche, seul le point de vue des MSU a été mis en évidence et donc le message donné par « l'émetteur ». Je n'ai pas inclus d'interne dans l'étude. Or comme le fait remarquer D. Genelot [(17)] : « Que l'émetteur le veuille ou non, dans une communication le récepteur attribue toujours au message le sens qu'il veut. Il est actif dans la communication ». Il existe donc une différence entre le message donné et le message réellement intégré. Or l'étude ne permet pas de connaître le message perçu par les internes.

3. Biais de sélection

Les participants ont majoritairement été recrutés via la lettre envoyée à l'ensemble des MSU de la faculté. Les MSU ayant accepté de participer à l'étude l'ont-ils fait parce qu'ils étaient ouverts sur les MAC ? Cela a pu créer un biais car les MSU les plus fermés sur le sujet n'ont probablement pas répondu présent par manque d'intérêt. Cependant, la population recrutée est diversifiée concernant les pratiques des MAC, la formation sur les MAC et l'expérience professionnelle et pédagogique.

4. Réalisation des entretiens

L'ensemble des entretiens a été réalisé par un seul chercheur. Je connaissais certains MSU ce qui a pu induire un biais. Cela a pu créer une gêne pour l'interviewé.

Malgré mes efforts pour rester objectif et neutre lors des entretiens, j'ai pu laisser parfois transparaître mon avis par mes réactions, le ton de ma voix, au risque d'orienter certaines réponses. Cela a pu être à l'origine d'un biais d'investigation.

De plus, l'environnement n'a pas toujours été propice au bon déroulement des entretiens ce qui a pu entraîner un biais externe. Les entretiens E5 et E7 ont été réalisés en présence de la secrétaire médicale du cabinet, ce qui a pu modifier le discours du MSU. Les entretiens E12 et E8 ont été interrompus par une tierce personne pouvant faire perdre au MSU le cheminement de sa pensée.

5. Analyse des résultats

Devant la nécessité d'obtenir une triangulation des données pour éviter un biais d'interprétation, un deuxième chercheur a été sollicité. Cependant le deuxième chercheur n'ayant pas réalisé les entretiens, il a pu rencontrer des difficultés pour se les approprier.

II. Sur les résultats

1. L'abord des MAC et les compétences du médecin généraliste

- L'abord des MAC comme opportunité d'échanger sur les compétences du médecin généraliste

Notre étude met en évidence que l'abord des MAC est une situation dans laquelle les MSU peuvent échanger avec l'interne sur les compétences du médecin généraliste, notamment sur la communication et la notion de prise en charge globale du patient.

Ces notions de prise en charge globale, de relation et de communication font partie du socle des compétences professionnelles du médecin généraliste (annexe

2). Elles sont partie intégrante des objectifs d'apprentissage de l'interne lors du stage ambulatoire et du rôle pédagogique du MSU.

- Le recours aux MAC : une situation où la relation médecin-patient est mise à mal

Dans notre recherche, les MSU mettent en avant l'importance de la communication et du relationnel avec le patient.

Le recours aux MAC est une situation reconnue comme mettant en difficulté la relation médecin-malade.

Dans leurs recours aux MAC, les patients recherchent une « chance supplémentaire de guérison » avec moins d'effets secondaires [18]. Ils recherchent aussi une écoute active et interactive, une prise en charge globale [19] et un moyen de redevenir acteurs de leur santé [20].

Dans son étude, Mayer [4] montre que seulement la moitié des patients ayant recours aux MAC en informent leur médecin traitant. Pour les patients, ce défaut de communication peut trouver son origine dans un problème au niveau de la relation médecin-malade, une gêne ou la peur d'être jugé [21].

Or le recours non encadré aux MAC expose à des risques non négligeables, que ce soit dans l'utilisation de produits de qualité médiocre, de recours à des praticiens non qualifiés, d'erreur de diagnostic, de diagnostic trop tardif [22] ou d'effets indésirables directs et de toxicité [23].

L'étude montre que les MSU insistent sur l'importance de la communication et de l'écoute lorsqu'ils abordent les MAC avec l'interne. Mettre en avant ces notions importantes aide l'interne, lorsque se pose la question du recours aux MAC, à construire une meilleure relation médecin-patient et à améliorer le suivi des patients.

- Se réapproprier l'approche holistique en médecine générale

Dans cette recherche, les MSU mettent en avant le côté holistique de la médecine générale. Comme le remarque Ernst [24], les MAC ont tendance à s'approprier le modèle holistique, la notion de prise en charge centrée sur le patient et à les opposer à la médecine conventionnelle. Les patients semblent reprocher à la médecine conventionnelle d'avoir délaissé ces notions et d'être devenue trop organiciste et technique [25]. Ce sont pourtant des compétences fondamentales de « toute bonne médecine » [24] et notamment de la médecine générale, comme le

rappelle la définition de la médecine générale par la WONCA [26]. Il semble important que les futurs médecins se réapproprient ces notions et diminuent ainsi la perte de confiance qu'ont certains patients à l'égard de la médecine conventionnelle.

2. Un message informel et hétérogène sur les MAC

- Une vision et des pratiques des MAC semblable à la littérature

Notre recherche met en évidence que les MSU, lors du stage, abordent les MAC et délivrent ainsi un message à l'interne. Ce message est hétérogène, basé sur leurs visions et leurs pratiques des MAC. Les entretiens mettent en lumière des visions et pratiques des MAC qui sont semblables à celles des médecins généralistes évoquées dans la littérature.

En effet, une étude qualitative [27] interrogeant des MSU de l'université de Bristol a mis en évidence 3 profils de médecins dans leur vision des MAC : le sceptique, l'enthousiaste et l'indécis. De même Sicard [25], dans une étude qualitative étudiant l'appropriation des MAC par des médecins généralistes, montre que les médecins ont des points de vue bien déterminés sur le sujet et parfois contradictoires. Nous retrouvons cette hétérogénéité des avis dans notre étude.

Dans notre recherche, les MSU ont un avis plutôt négatif concernant la crédibilité scientifique et le mode d'action des MAC. Dans la thèse d'Adamo [9] étudiant la perception et l'utilisation des MAC par 103 médecins généralistes, seul 9% des médecins interrogés sont convaincus de la crédibilité scientifique des MAC et 73% avancent un effet placebo dans le recours à ces techniques.

Concernant le message pratique sur les MAC : les situations de recours aux MAC exposées aux internes sont semblables à celle décrites dans la littérature [28-29]. Le recours aux MAC à la demande du patient et le recours en cas d'échec de la médecine conventionnelle semblent être les situations principales. L'alternative à la non-prescription peut être ressentie par le médecin comme le besoin de rester dans le soin aux yeux du patient.

Dans le cas où ils adressent leurs patients, les MSU insistent auprès des internes sur l'importance du choix du praticien exerçant les MAC. Il existe une méfiance des médecins vis-à-vis des praticiens de MAC qui peut être due à un manque de collaboration et à un manque de lisibilité des formations en MAC [30]. Dans notre étude cette méfiance peut aussi s'expliquer par le risque sectaire et de

charlatanisme perçus par les MSU vis-à-vis des MAC. Ce risque est réel comme le montre le rapport du Sénat sur l'influence des mouvements à caractère sectaire dans le domaine de la santé [31]. Le charlatanisme est l'un des effets négatifs des MAC décrit par les médecins dans une étude qualitative sur la perception et l'appropriation des MAC par les médecins généraliste [25].

- Un message subjectif, un manque de connaissance

Dans les facteurs influençant le message des MSU sur les MAC, leur connaissance des MAC semble être un point déterminant. Si certains MSU sont formés, la plupart reconnaissent un manque de connaissance sur le sujet. Ce manque de connaissance est récurrent dans la littérature [8-9-10-18-27-28-32]. Les médecins ont tendance à construire leurs opinions sur les MAC à partir de croyances et de leur expérience [25].

Le message sur les MAC exposé aux internes n'est donc pas forcément basé sur des données factuelles mais il est subjectif.

- Une approche constructiviste

Notre étude montre que même si ce message centré sur les MAC ne fait pas partie des objectifs pédagogiques du stage, la manière dont il est abordé s'inscrit dans une démarche pédagogique demandée aux MSU. Ils ne sont pas dans un schéma transmissif lorsqu'ils abordent les MAC : ils ne veulent pas imposer leur point de vue à l'interne mais l'aider à se créer sa propre opinion sur le sujet. Les MSU se placent alors dans une approche pédagogique constructiviste mettant au centre de leur démarche l'apprentissage de l'interne. Selon Bernard et Reyes [33] « Cette approche domine aujourd'hui la réflexion pédagogique, avec pour principes essentiels l'affirmation du caractère individuel et actif de tout apprentissage, lequel provoque une modification des représentations du sujet », l'objectif de cette démarche est de rendre l'interne « acteur de la construction de ses connaissances ».

Cependant malgré cette volonté pédagogique on peut se poser la question de la magnitude de l'influence du modèle rôle dans le message que retiendront les internes.

- Le curriculum informel

Le message sur les MAC proposé par les MSU ne fait pas partie des objectifs

pédagogiques du stage, du « curriculum formel » (objectif, programme officiel et approuvé par la faculté, le DMG) mais semble faire partie du « curriculum informel ». Ces deux curricula et le « curriculum caché » ont été décrits par Hafferty et Franks [34-35] comme étant des éléments de l'environnement pédagogique des étudiants.

Le curriculum informel est défini comme le curriculum non programmé, implicite, dépendant des interactions interpersonnelles entre les étudiants, la faculté, les enseignants [34]. C'est ce qui est enseigné implicitement, par l'exemple, au jour le jour, et non par l'enseignement explicite donné dans des cours ou des séminaires. Chamberland [13] remarque qu'il est « particulièrement en cause au cours de l'enseignement clinique qui situe l'apprentissage au niveau des interactions interpersonnelles ». S'il aide à l'enseignement et à l'acquisition de compétences complexes comme la relation médecin-malade [36], il ne va pas toujours dans la direction souhaitée. Le discours des MSU sur les MAC n'entre pas dans les objectifs pédagogiques des internes mais il existe car les MAC sont présentes dans l'itinéraire de soin des patients [4-5-6-7], dans la pratique des médecins généralistes [8-9] mais aussi car les internes manquent d'informations sur le sujet.

3. Cadre universitaire et MAC

- MAC et faculté

Notre étude montre que certains MSU ressentent un « formatage » des internes par la faculté dans leur attitude vis-à-vis des MAC. Ce formatage peut s'intégrer dans le « curriculum caché » [34] défini comme les influences véhiculées par les structures organisationnelles et décisionnelles de l'institution. La relation entre MAC et faculté est difficile. Par exemple dans sa thèse F. Reix [10] a recueilli l'avis des doyens de facultés sur l'intégration des MAC dans le cursus médical : 50% des doyens étaient « contre » ou « plutôt contre », 25% neutres. Ils mettent principalement en avant l'absence de preuves scientifiques présentées par les MAC.

- MAC et EBM

L'absence de preuve scientifique validée est un point de discorde entre faculté, médecins et MAC. Dans certaines situations l'utilisation des MAC a un niveau de preuve élevé grade A [37] : par exemple l'acupuncture dans les nausées de la femme enceinte [38] ou dans les soins de support en oncologie [39]. Cependant, on

constate globalement un manque de validation scientifique des MAC [24] comme le montrent les différents rapports de l'INSERM sur le jeûne, la chiropraxie, l'auriculothérapie et la mésothérapie [40].

Devant l'essor actuel des MAC, il existe ces dernières années une volonté de plusieurs organismes nationaux et internationaux (OMS [22], NIH américain [1], APHP [40]) d'encourager les recherches dans le domaine ou de faire des analyses des données existantes, comme en témoigne la Cochrane Complementary Medicine qui compile plus de 1000 revues de la littérature sur les MAC.

III. Ouverture

- Un travail sur le point de vue des internes

Si nous avons pu explorer le message que veulent transmettre les MSU, nous ne pouvons pas en déduire le message réellement intégré par les internes. Il serait intéressant de réaliser une autre recherche étudiant cette fois-ci le point de vue des internes afin de connaître le message perçu et son influence mais aussi de connaître leurs attentes vis-à-vis des MAC. Actuellement une étude quantitative sur les connaissances et attentes des internes en médecine générale concernant les MAC est en cours de réalisation.

- Mise en place d'une information sur les MAC

Globalement les internes, en particulier ceux de médecine générale, sont demandeurs de plus d'informations sur les MAC lors du cursus. En France, c'est le souhait de 72% des étudiants interrogés par F. Reix [10]. En Europe les étudiants sont aussi majoritairement favorable à une information sur les MAC : en Suisse [42] 64% ; aux Pays-Bas [43] 76% et en Irlande [44] 68%.

Il n'y a pas de module d'information sur les MAC donné par la faculté. Notre étude a mis en évidence que les MSU donnent bien un message aux internes sur les MAC, mais que celui-ci est subjectif. De plus l'enseignement des MAC ne fait pas partie de leurs objectifs pédagogiques.

La mise en place d'un module d'information sur les MAC lors de la formation initiale est recommandée par plusieurs organismes comme l'OMS [22], l'Académie Nationale de Médecine [45] ou le Centre d'analyse Stratégique [46].

Ce type de module a déjà été mis en place dans plusieurs pays comme aux Etats-Unis [47] (en 2013, 44% des DMG américains incluaient des modules d'informations sur les MAC dans le cursus), au Canada [48] (en 1999, 81% des facultés intégraient les MAC dans leur programme dont les deux tiers de façon obligatoire) ou encore en Suisse [49] (en 2010, 4 des 5 facultés de médecine proposaient une information sur les MAC dans le cursus).

En 2007 Gaylord [50] listait 10 raisons d'inclure une information sur les MAC dans la formation initiale :

- La Prévalence et diffusion des MAC
- Répondre aux demandes gouvernementales et institutionnelles
- Besoin d'améliorer la communication entre MG et patient utilisant les MAC
- Besoin d'améliorer la sécurité de l'utilisation des MAC et leurs interactions avec la MC
- L'enseignement des MAC a un impact positif sur les connaissances du MG
- Impact positif sur la compréhension des autres cultures
- Besoin d'une meilleure communication entre MG et praticien de MAC
- Améliorer la coordination des soins
- Impact potentiel dans l'augmentation et la qualité de la recherche sur les MAC
- Améliorer la qualité des soins a travers une utilisation informée des MAC

Pour Frenkel [51] « les médecins devraient avoir une compréhension et une connaissance de base des MAC et de leurs effets dans le but de pouvoir donner à leurs patients une opinion argumentée et un conseil avisé. Cependant pour les médecins, avoir cette compréhension et cette connaissance passe par la mise en place d'une démarche pédagogique lorsqu'ils sont étudiants puis lors de la formation continue. Il est important qu'une telle démarche mette en avant la présence ou l'absence de preuves scientifiques pour évaluer la sécurité et l'efficacité des MAC. »

Dans les entretiens nous avons posé la question de la mise en place d'un enseignement sur les MAC par la faculté. La plupart des MSU y voient un intérêt, si celui-ci donne des informations factuelles sur les MAC et leurs indications scientifiquement validées : *« ça vaudrait le coup de, de l'aborder sur le plan, pour le coup assez euh… d'essayer de voir ce qui a été démontré et pas démontré pour arriver à se positionner et d'avoir une base solide sur le plan scientifique, sur le plan des études pour savoir ce que l'on fait » (E12).* D'autres proposent d'élargir cet enseignement à *« l'histoire de la médecine, de porter un intérêt aux médecines à travers le monde entier » (E3)*, pour MSU8 *« ce serait presque comme de l'ethnomédecine » (E8)*.

Il pourrait être intéressant de prolonger ce travail et de discuter de la mise en place d'un module d'information sur les MAC et de son contenu.

CONCLUSION

Les médecines alternatives et complémentaires connaissent actuellement un essor grandissant : les patients et les médecins généralistes y ont recours et elles prennent une place grandissante dans les hôpitaux.

Nous constatons cependant qu'elles ne sont pas ou peu abordées lors de la formation initiale des études de médecine. Lors des stages ambulatoires de médecine générale, les internes sont confrontés aux MAC : j'ai voulu savoir comment les maîtres de stage des universités abordaient le sujet avec les internes pendant ces stages. Pour cela, nous avons mené une étude qualitative par entretiens semi-dirigés avec des MSU.

Notre étude montre que le message centré sur les MAC est hétérogène et reflète l'avis et la pratique propres à chaque MSU, qui sont comparables à ceux décrits dans la littérature concernant les médecins généralistes. Plusieurs facteurs sont apparus comme influençant le message donné par les MSU : les connaissances et représentations des MAC par les MSU, l'influence de la faculté qui tend à freiner les MSU, leur rôle en tant que MSU et l'ouverture sur les MAC des internes qui dépend de leur personnalité et de leur expérience. Ce message est transmis à travers le modèle de rôle et dans une démarche pédagogique constructiviste. Il ne fait pas partie des objectifs pédagogiques des MSU mais peut rentrer dans le cadre du curriculum informel présent dans l'environnement pédagogique des études médicales. Ce message est subjectif et n'est pas toujours basé sur des données scientifiquement validées. Or Il semble important que les futurs médecins aient une information moins hétérogène sur les MAC et qu'ils aient les connaissances nécessaires pour donner aux patients des conseils argumentés en se basant sur des données scientifiquement validées.

Notre étude montre aussi que les MAC sont une opportunité pour les MSU d'aborder avec l'interne des notions complexes : la relation médecin-patient (communication, écoute) et l'importance de la prise en charge globale. Ces notions font partie des principes fondamentaux des soins primaires et leur apprentissage par l'interne est un des objectifs et rôle du MSU. Les MAC sont reconnues comme des situations où la relation médecin-malade est difficile et leur approche dans le contexte du stage peut aider les internes à mieux appréhender ces difficultés, à lui

apprendre à améliorer la qualité de la communication avec le patient. Les MAC revendiquent une prise en charge holistique au détriment de la médecine conventionnelle, dans un contexte de méfiance des patients vis-à-vis de la médecine allopathique. Aborder les MAC avec les internes les pousse donc à s'interroger sur les raisons de cet essor et à identifier l'importance d'une prise en charge globale en médecine générale.

Notre étude explore uniquement le point de vue des MSU et il serait intéressant de la prolonger en interrogeant les internes afin de connaître le message qu'ils retiennent vis-à-vis des MAC à l'issue des stages ambulatoires et de connaître leur point de vue concernant un éventuel module d'information traitant des MAC. Il apparaît utile de discuter de la mise en place d'un tel module d'information et de son contenu à la faculté.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER
Grenoble, le 12/04/16

LE DOYEN
Professeur J.P. ROMANET

LE PRESIDENT DE LA THESE
Professeur P. IMBERT

BIBLIOGRAPHIE

(1) NCCAM, National Center for Complementary and Alternative Medicine. NCCAM third strategic plan: 2011-2015, [Internet]. [cité 15 oct 2015]. Disponible sur : https://nccih.nih.gov/about/plans/2011

(2) OMS, Organisation Mondiale de la Santé. Stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle pour 2002-2005, [Internet]. [cité 09 sep 2015]. Disponible sur : http://apps.who.int/medicinedocs/fr/d/Js2298f/

(3) NCCAM, National Center for Complementary and Alternative Medicine. Complementary, alternative, or integrative Health : What's In a Name ? [Internet]. [cité 12 oct 2015].
Disponible sur : https://nccih.nih.gov/health/integrative-health (MAJ Mars 2016)

(4) Mayer-Lévy C. Recours aux médecines complémentaires et alternatives parmi les patients de médecine générale à Paris [Thèse d'exercice]. [Paris, France]: Université de Paris Descartes. UFR de médecine; 2010.

(5) Liu KYI. Recours aux médecines complémentaires et alternatives par les patients en médecine générale dans le département du Nord [Thèse d'exercice]. [Lille, France]: Université du droit et de la santé; 2014.

(6) Devos A-S. Le recours des patients aux médecines non conventionnelles en Basse-Normandie : étude quantitative descriptive transversale par questionnaire auprès de patients de médecine générale [Thèse d'exercice]. [Caen, France] : Université de Caen. UFR de médecine; 2014.

(7) Rodrigues M, Wassermann J, Barthélémy P, Rajpar S, Khoa T, Boudou-Rouquette P, et al. Utilisation des médecines alternatives et complémentaires par les patients en cancérologie : résultats de l'étude MAC-AERIO. Euro cancer 2010 compte rendu du XXIIIe Congrès, 22-23-

24 juin 2010, Palais des Congrès, Paris. Montrouge: John Libbey Eurotext; 2010. p. 95-6.

(8) Bresson Carreau M. L'utilisation des médecines alternatives par les omnipraticiens français [Thèse d'exercice]. [Paris, France]: Université de Paris V; 2001.

(9) Adamo B. Perception et utilisation des médecines non conventionnelles par les médecins généralistes [Thèse d'exercice]. [Paris, France]: Université de Paris-Nord; 2012.

(10) Reix, F. Les médecines complémentaires et alternatives dans les études de médecine en France : état des lieux et opinions des doyens et des étudiants [Thèse d'exercice]. [Lyon, France]: Université Claude Bernard, Lyon ; 2010

(11) CNGE, collège National des Généralistes Enseignants. La charte des maîtres de stage universitaires (MSU) [Internet]. [cité 8 avr 2016]. Disponible sur: http://www.cnge.fr/le_cnge/textes_de_reference_du_cnge/la_charte_des_maitres_de_stage_universitaires_msu/

(12) Durand, M. Evaluation de la supervision indirecte en SASPAS (stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée) en Aquitaine de Mai à Octobre 2004 [Thèse d'exercice]. [Bordeaux, France]: Université de Bordeaux, UFR Médecine ; 2006

(13) Chamberland, M ; Hivon, R. Les compétences de l'enseignant clinicien et le modèle de rôle en formation clinique. Pédagogie Médicale. 2005 ; 6 : 98-111

(14) Bouton Céline, Leroy Olivier, Huez Jean-François, Bellanger William, Ramond-Roquin Aline, « Représentativité des médecins généralistes maîtres de stage universitaires. », *Santé Publique* 1/2015 (Vol. 27) , p. 59-67

(15) Blanchet, A ; Gotman, A. L'enquête et ses méthodes : L'entretien. Ed Armand Colin, ,2eme éd, 2010.

(16) Wiener, N. Speech, language and learning. J. Acoust Soc. Am. Nov 1950, 6 : p 696

(17) Genelot, D. Manager dans la complexité – Réflexions à l'usage des dirigeants. INSEP Consulting éd., (1re éd. 1992), 200.

(18) Cathebras, P. Le recours aux médecines parallèles observé depuis l'hôpital : banalisation et pragmatisme. In : Benoist J. Soigner au pluriel. Essais sur le pluralisme. 1996, p 315-330.

(19) Zuily, E., Bismuth, M., Escourrou, B. Relation médecin patient et recours aux médecines non conventionnelles : étude qualitative à partir d'un panel de 11 patients [Thèse d'exercice]. [Toulouse, France] Université Paul Sabatier, Toulouse 3 ; 2014

(20) Schraub, S. Médecines parallèles et cancer : analyse sociologique 1962-2006. [Thèse de doctorat]. [Strasbourg, France] Université Marc Bloch, sciences humaines ; 2007

(21) Dubois-Courvoisier J. Pourquoi les patients ont-ils recours aux médecines non conventionnelles ? Attitudes, connaissances et représentations à partir de 15 entretiens semi-dirigés [Thèse d'exercice]. [Lyon, France]: Université Claude Bernard; 2011.

(22) OMS, Organisation Mondiale de la Santé. Stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle pour 2014-2023, [Internet]. [cité 09 sep 2015]. Disponible sur : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/95009/1/9789242506099_fre.pdf

(23) Niggemann B, Grüber C. Side-effects of complementary and alternative medicine. Allergy. aug 2003;58(8):707-16.

(24) Ernst E. Errors of alternative medicine: lessons for general practice. Eur J Gen Pract. mars 2012;18(1):63-6.

(25) Sicard, S., Lazarus, A. Les médecines non conventionnelles : enquête sur leur définition et appropriation par 25 professionnels de santé de la presqu'ile guérandaise en 2009 [Thèse d'exercice]. [Nantes, France] ; 2012

(26) WONCA. La Définition Européenne de la Médecine Générale – Médecine de famille, WONCA Europe 2002. [Internet]. [cité 03/02/2016]. Disponible sur : http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/WONCA%20definition%20French%20version.pdf

(27) Maha N, Shaw A. Academic doctors' views of complementary and alternative medicine (CAM) and its role within the NHS: an exploratory qualitative study. BMC Complementary and Alternative Medicine. 30 mai 2007;7(1):17.

(28) Flandrin Mouallem, A., Dréno, P. Perception des Médecines Alternatives et Complémentaires (MAC) par les médecins généralistes par la méthode du Focus Group. [Thèse d'exercice]. [Nantes, France] ; 2013

(29) Henriot, A. Pourquoi les médecins généralistes intègrent-ils les médecines non conventionnelles dans leur pratique ? Etude qualitative de l'intégration des médecines non conventionnelles chez 11 généralistes du Calvados [Thèse d'exercice]. [Caen, France] Université de Caen. UFR de médecine ; 2012

(30) Gerardi, P., Lefebvre, A. Cohabiter avec les MAC : interactions entre médecines alternatives et complémentaires et médecine conventionnelle en

soins primaires [Thèse d'exercice]. [Clermont-Ferrand, France] ;Université de Clermont I ; 2013

(31) Sénat. Rapport fait au nom de la commission d'enquête sur « l'influence des mouvements à caractère sectaire dans le domaine de la santé ». Tome 1. [Internet]. [cité 26/11/2015]. Disponible sur : http://www.senat.fr/rap/r12-480-1/r12-480-11.pdf

(32) Law-Yee, A.-C. Attitude du médecin généraliste face aux thérapies complémentaires [Thèse d'exercice]. [Tours, France] Université François Rabelais. UFR de médecine ; 2011

(33) Bernard, J., Reyes, P. Apprendre, en médecine (1re partie). Pédagogie médicale 2001 ; 2 : 163–169.

(34) Hafferty FW. Beyond curriculum reform: confronting medicine's hidden curriculum. Acad Med. avr 1998;73(4):403-7.

(35) Hafferty FW, Franks R. The hidden curriculum, ethics teaching, and the structure of medical education. Acad Med. Nov 1994 ;69(11) :861‑871.

(36) Lacroix, B., Perdrix, C. Dans quelle mesure l'observation des comportements relationnels des médecins séniors avec leur patients, enseigne-t-elle la relation médecin-patient aux étudiants ? [Thèse d'exercice]. [Lyon, France] Université Claude Bernard Lyon 1 faculté de Médecine ; 2014

(37) Zoorob R, Chakrabarty S, O'Hara H, Kihlberg C. Which CAM modalities are worth considering? J Fam Pract. oct 2014;63(10):585-90.

(38) Genevaise, I. L'acupuncture dans la prise en charge des nausées et vomissements gravidiques. Les médecins généralistes exercent-ils une médecine basée sur les niveaux de preuve ? [Thèse d'exercice]. [Angers, France] Université d'Angers, UFR de Médecine ; 2008

(39) Morandini, C. La place des médecines complémentaires chez les patients sous chimiothérapie : étude prospective multicentrique réalisée auprès des patients et des professionnels de santé de cancérologie dans 4 hôpitaux de la région Rhône-Alpes [Thèse d'exercice]. [Grenoble, France] Université Joseph Fourier, UFR de Médecine ; 2010

(40) APHP, Assitance Publique – Hopitaux de Paris. Fagon, J.Y., Viens-Bitker, C. Rapport : Médecines complémentaires à l'assistance publique-hôpitaux de Paris. 2012. [Internet]. [cité 15/02/2016]. Disponible sur http://www.aphp.fr/sites/default/files/presse/1091/Rapport_Med_Compl_AP-HP-05-20122.pdf

(41) INSERM, Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale.. Rapport publiées sur différentes médecines alternatives. INSERM U1178. [Internet]. [cité 10/09/2015]
Disponible sur : http://www.inserm.fr/thematiques/sante-publique/rapports-publies

(42) Sadowski S. Ce qu'en pensent les étudiants de médecine. Meditorial (Université de Genève) 2001 ;1 :4.

(43) Kolkman E, Visser A, Vink A-M, Dekkers W. CAM-education in the medical curriculum: Attitude towards and knowledge of CAM among Dutch medical students. European Journal of Integrative Medicine. avr 2011;3(1):17-22.

(44) Flaherty G, Fitzgibbon J, Cantillon P. Attitudes of medical students toward the practice and teaching of integrative medicine. J Integr Med. nov 2015;13(6):412-5.

(45) Académie Nationale de Médecine. Rapport : Thérapies complémentaires – acupuncture, hypnose, ostéopathie, tai-chi – leur place parmi les ressources de soins. Bull. Acad. Natle Méd., 2013, 197, n° 3, 717-757,

séance du 5 mars 2013. Disponible sur: http://www.academie-medecine.fr/publication100100025/

(46) CAS, Centre d'Analyse Stratégique. Quelle réponse des pouvoirs publics à l'engouement pour les médecines non conventionnelles ? (Note d'analyse 290 - Octobre 2012) [Internet]. [cité 07/09/2015]. Disponible sur http://archives.strategie.gouv.fr/cas/content/quelle-reponse-des-pouvoirs-publics-lengouement-pour-les-medecines-non-conventionnelles-note.html

(47) Gardiner P, Filippelli AC, Lebensohn P, Bonakdar R. Family medicine residency program directors attitudes and knowledge of family medicine CAM competencies. Explore (NY). oct 2013;9(5):299-307.

(48) Ruedy J, Kaufman DM, MacLeod H. Alternative and complementary medicine in Canadian medical schools: a survey. CMAJ. 23 mars 1999;160(6):816-7.

(49) Nicolao M, Täuber MG, Marian F, Heusser P. Complementary medicine courses in Swiss medical schools: actual status and students' experience. Swiss Med Wkly. 23 janv 2010;140(3-4):44-51.

(50) Gaylord SA, Mann JD. Rationales for CAM Education in Health Professions Training Programs. Acad Med. oct 2007;82(10):927-33.

(51) Frenkel M, Ben Arye E. The growing need to teach about complementary and alternative medicine: questions and challenges. Acad Med. mars 2001;76(3):251-4.

Annexe 1 : Définition et terminologie

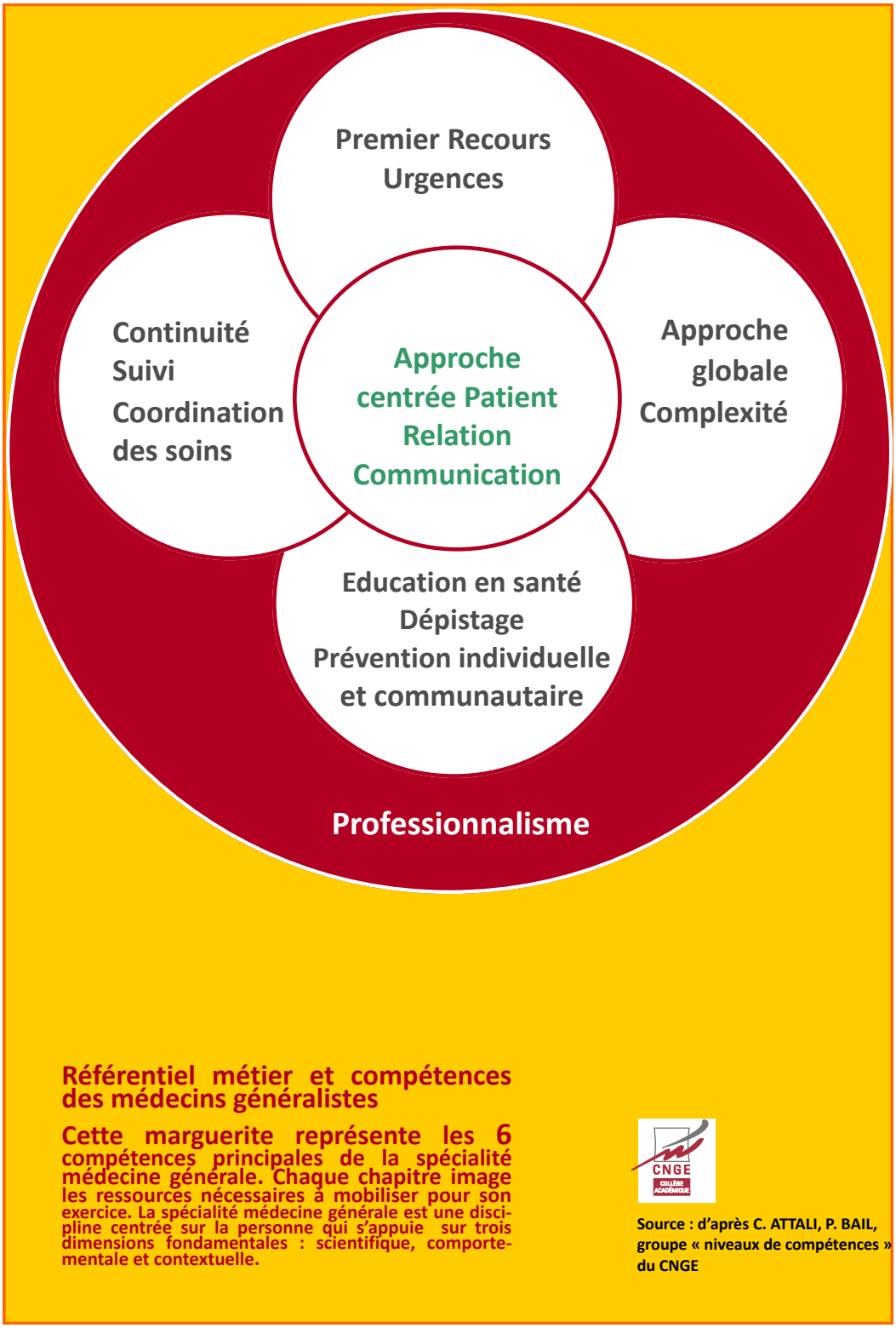
- L'**OMS** utilise les termes :
    - Médecine traditionnelle : « pratiques, méthodes, savoirs et croyances en nature de santé qui impliquent l'usage à des fins médicales de plantes, de parties d'animaux et de minéraux, de thérapie spirituelles, de techniques ou d'exercices manuels, séparément ou en association, pour soigner, diagnostiquer et prévenir les maladies ou préserver la santé. »
    - Médecine complémentaire : « Vaste ensemble de pratiques de santé qui ne font pas partie de la tradition ni de la médecine conventionnelle du pays et ne sont pas pleinement intégrées à son système de santé prédominant »

- Le **parlement européen** utilise officiellement le terme de « médecines non Conventionnelles » désigner les thérapeutiques qui ne relèvent pas, ou pas encore, de la médecine traditionnelle, thérapeutiques qui d'une part assurent avec un degré élevé de probabilité la guérison qu'elles promettent et dont l'enseignement, d'autre part, n'est pas nécessairement lié à l'obtention d'un diplôme d'État dans la science médicale.

- L'**académie nationale de médecine** utilise le terme de « thérapies complémentaires » elle « évite l'appellation tout à fait injustifiée de "médecines" et implique que ces pratiques ne sont que de possibles compléments aux moyens de traitement qu'offre la médecine proprement dite, à laquelle elles ne sauraient se comparer ni se substituer. »

- La **WONCA** (*World Organization of Family Doctors),* défini le terme médecine alternative (syn médecine complémentaire) comme un type de thérapie ou d'approche thérapeutique basé sur des croyances non conventionnelles ou utilisant des techniques non conventionnelles. Le terme « alternatif » implique des traitements, systèmes ou pratiques non médicales ou non occidentales. Ce qui est alternatif pour une profession ou une culture peut être une pratique accepté dans une autre.

Annexe 2 : Compétence du médecin généraliste



Référentiel métier et compétences des médecins généralistes

Cette marguerite représente les 6 compétences principales de la spécialité médecine générale. Chaque chapitre image les ressources nécessaires à mobiliser pour son exercice. La spécialité médecine générale est une discipline centrée sur la personne qui s'appuie sur trois dimensions fondamentales : scientifique, comportementale et contextuelle.

CNGE
COLLÈGE ACADÉMIQUE

Source : d'après C. ATTALI, P. BAIL, groupe « niveaux de compétences » du CNGE

Annexe 3 : Lettre envoyée aux MSU

Annecy le 15/12/15

Cher Confrère,

Je suis interne de médecine générale à la faculté de Grenoble. Je réalise dans le cadre de ma thèse une étude sur l'approche des médecines alternatives et complémentaires (MAC) (homéopathie, ostéopathie, phytothérapie, hypnose, acupuncture…) lors des stages ambulatoires de médecine générale. Ce travail est placé sous la direction du Dr JN LEDOUX, médecin généraliste à Flumet (73) et maitre de conférence associé au DMG de Grenoble.

Actuellement les MAC ont une place grandissante dans le parcours de soins des patients mais aussi dans la pratique des médecins généralistes. Elles ne sont pas ou presque pas enseignées lors des études de médecine.

L'objectif de la thèse est d'explorer le point de vue des maitres de stage des universités (MSU) sur les MAC et l'enseignement donné aux internes lors du stage. En aucun cas le but n'est de porter un jugement de valeur sur les pratiques ou l'enseignement dispensé par les médecins enseignants. A travers ce travail de recherche nous voulons ouvrir une réflexion sur l'utilisation des MAC et leur enseignement aux internes et non en faire une promotion.

Nous avons choisi pour ce travail une méthode qualitative : réalisation d'entretiens individuels avec les MSU ayant en charge un interne en UPL ou en SASPAS.

Ces entretiens seront enregistrés et analysés, leur contenu apparaitra dans la thèse avec votre accord et de façon anonyme. Avant chaque entretien je vous présenterai rapidement le contexte et le but de ce travail de recherche. Chaque entretien durera entre 45 minutes à 1 heure. Je suis tout à fait disponible pour me déplacer à votre cabinet pour réaliser les entretiens.

Si vous êtes intéressé pour participer à ce travail de recherche, merci de m'en informer, je vous contacterai alors afin d'organiser un entretien.

Je vous remercie et vous prie de croire en l'assurance de mes respectueuses salutations.

Jérôme NÖEL

Annexe 4 : Guide de l'entretien

1/ Cadre de la pratique :
- Depuis combien de temps êtes-vous maitre de stage ?
- Vous avez des internes en UPL-SASPAS ?
- Type activité
- Seul/ Groupe

2/ Représentations et pratique des MAC
- Utilisez vous dans votre pratique les MAC ? Lesquelles ?
- Dans quels contextes les utilisez-vous ?
- Au niveau de la formation…. / Estimation des connaissances

3/ MAC et interne
- Dans quelles circonstances abordez-vous le sujet avec l'interne ?
    - Qui aborde : lui ou interne
    - Quand aborder le sujet : Phase passive / phase active
    - Type connaissance théorique / pratique transmise.
- Position des internes vis à vis des MAC ?
- Pour vous quel est l'intérêt d'aborder les MAC avec l'interne ?
- Quelles notions voulez-vous transmettre à l'interne au sujet des MAC ?
- Quelle est la place du MSU dans l'enseignement des MAC ?

4/ Frein enseignement des MAC
- Quelles difficultés ressentez-vous pour parler du sujet ?
    - Pour l'interne

(5/ Perspective sur l'enseignement des MAC)
- Pour vous est-il important d'évoquer le sujet ?
- Comment pourrait-on améliorer les choses ?
- Quels est la place des MAC dans l'enseignement du cursus médical ?

- Au final quel message voulez-vous transmettre à l'interne ?

(Question bonus :)
Qu'est-ce qui vous a fait répondre à mon mail ?
Par rapport au MAC vous vous sentez : Septique / convaincu / Indécis ?

Annexe 6 : Verbatim

Entretien n°I

I : « Euh, par rapport a votre activité de MSU, vous êtes maître de stage en SASPAS ou en UPL ? »

MSU1 : « Je suis maître de stage en UPL pour la première fois ce semestre, j'ai donc une interne seulement depuis, euh, début novembre. »

I : « D'accord, au niveau des médecines alternatives et complémentaires est-ce que vous les utilisez… euh dans votre pratique ? »

MSU1 : « Euh, très très peu, euh, ça m'arrive de prescrire des fois de l'homéopathie. A visée placebo. Voilà. Et assez souvent je dis aux patients que je le fais à visée placebo. »

I : « D'accord, vous dites… »

MSU1 : « Disons que moi, mon intime conviction, c'est que c'est uniquement un placebo. Et après, ben, j'utilise entre guillemets l'effet placebo et la croyance des gens. Mais euh, des fois en disant que c'est un placebo, ça peut quand même… Quand même marcher. Disons que moi je dis au patient comment je me positionne pour qu'il sache quelle est ma philosophie…. On va dire…. De soins. Que l'on soit sur la même longueur d'onde, je ne fais pas semblant d'être homéopathe parce que je suis pas homéopathe et euh, quand les gens me posent des questions sur d'autres choses d'homéopathie, je dis que je ne suis pas compétente dans ce domaine, que je m'y connais pas, ce qui est vrai. Euh ça m'arrive des fois de renouveler, euh, des gros traitements d'homéopathie, c'est à dire je ne vais pas initier mais quand on me demande de renouveler je… je dis oui quoi.

I : « D'accord »

MSU1 : « Y a des gens qui me disent : « Avec ça je suis bien ». Je dis, ben, si vous êtes bien avec ça, dans ce cas là… »

I : Dans ce cas là vous renouvelez…

MSU1 : « Et je renouvelle… Et après ça m'arrive certaines fois de conseiller de l'ostéopathie, donc là ben je ne fais pas de prescription, euh, voila. Donc je conseille de l'ostéopathie uniquement pour des motif osteo-articulaires. »

I : « D'accord. Par rapport à la formation sur l'homéopathie ou l'ostéopathie ? Vous en avez eu une, ou… ? »

MSU1 : « Euh, j'en ai aucune… *[rire]…,* après je me suis, ben en fait pour l'homéopathie, je me suis un peu calquée sur mon maître de stage, qui disait un peu ça au patient : « Moi je ne m'y connais pas, donc je ne peux pas vous en prescrire parce que je m'y connais pas, mais après si vous souhaitez, euh, vous soigner comme ça, euh voila, enfin faites ce que vous voulez quoi ». Pour l'ostéopathie, alors si, les quelques formations qu'on a eues, moi j'ai plutôt eu des prof qui étaient contre on va dire, qui allaient contre ça, et après moi la seule chose que j'ai retenue, c'était : il y avait eu un article de la revue Prescrire sur l'ostéopathie chez les nourrissons, il me semble que c'était une étude faite en Allemagne où ils disaient qu'il n'y avait pas énormément de cas, mais en gros où ils disaient, euh, y a pas d'effets secondaires sauf y a quand même eu 2 cas je crois, 1 cas de décès et 1 cas d'élongation du plexus brachial sur des manipulations du rachis cervical. On va dire sur ma formation continue, sur ce que j'ai lu, c'est ce que j'ai trouvé comme chose un peu sous forme d'études etc. Hum, du coup la seule chose que je me permette de dire aux gens, c'est de dire que si vous emmenez un nourrisson chez l'ostéopathe, euh vous lui demandez de ne pas manipuler le rachis cervical parce qu'il y a eu cette étude machin. Voilà. »

I : « Euh, et du coup par rapport à l'interne, est ce que vous avez abordé le sujet ? »

MSU1 : « Oui, en plus mon interne a quelqu'un dans sa famille qui est ostéopathe *[rires]… J*e ne sais plus, une belle-sœur, je sais plus, et l'homéopathie je lui ai dit à

peu près la même chose que ce que je vous ai dit. C'est évident, euh, moi je vais souhaiter que quand elle aura les rennes elle fasse un peu comme moi, c'est le principe. Qu'elle n'oriente pas les gens vers un traitement uniquement homéopathique alors que moi c'est pas du tout ma philosophie. Sur des pathologies ORL bénignes par exemple je n'en prescris jamais, euh. Par contre, je ne sais pas si ça compte comme médecine alternative, moi pour la toux je demande aux gens de prendre du miel, voilà. Je leur dis que les sirops pour ou contre la toux ne servent à rien ou peuvent avoir des effets secondaires mais que par contre ils peuvent prendre du miel, c'est très bien. Euh, donc euh, voilà, pour mon interne je dis moi je fais comme ça, je m'y connais pas, je trouve que j'ai déjà du mal à me tenir à jour dans la médecine conventionnelle et du coup je me dis que je ne vais pas me disperser. »

I : « D'accord, c'est le besoin, de quoi, de, de, il y a déjà beaucoup de chose à faire et… »

MSU1 : « Voilà, je pense que l'on ne peut pas tout faire bien et je pense aussi que c'est que je ne suis pas suffisamment attirée par ça pour avoir envie de m'investir là-dedans. »

I : « D'accord, et du coup là votre interne en est encore à la phase passive ? »

MSU1 : « Alors non, là elle est déjà euh, pour l'instant elle a jamais été toute seule mais je l'ai faite beaucoup faire en supervision… »

I : « En semi-actif »

MSU1 : « Oui c'est cela. »

I : « D'accord, et euh, du coup la discussion sur l'homéopathie dans ce cas c'est un enseignement plutôt pratique… »

MSU1 : « Oui, disons que mon positionnement, par exemple sur l'homéopathie, sur la théorie c'est très clair : j'y crois pas ! *[Rire]* Voilà. Après ça n'empêche pas mon interne d'adhérer. Mais voilà. »

I : « Votre interne vous semble comment par rapport aux… »

MSU1 : « Mon interne est jeune, donc elle n'ose pas, peut être, me contredire. *[Rire].* Voilà, après on a peut-être plus parlé d'ostéopathie car elle a quelqu'un de sa famille qui pratique, euh, on va dire qu'elle, euh, mouais, peut-être que pour l'instant elle ne se positionne pas par rapport à moi, après elle m'a un peu demandé ce que j'en pensais, euh après moi je crois qu'en discutant avec des collègues, finalement sur l'ostéopathie ostéo-articulaire il y a beaucoup de médecins qui arrivent assez facilement à adhérer, parce que finalement on peut l'intégrer à notre EBM sans trop bousculer nos schémas. Pour tout ce qui est viscéral etc., ça va un peux à l'encontre de ce que l'on m'a appris au niveau anatomie et fonctionnement des organes. Voilà moi je suis très réticente là-dessus, par sur le fait que les gens y aillent mais sur le fait d'y croire. »

I : « Sur le côté que ce ne soit pas EBM ? »

MSU1 : « Euh non sur le fait que tous les gens qui le font sont engorgés, et qu'une manipulation ostéopathique va améliorer le transit, pour moi c'est de l'effet placebo, voila. Euh donc après c'est ce que je vais dire à mon interne en lui disant : « Moi c'est ce que je crois », après libre à elle de se faire son opinion. »

I : « D'accord, et quand vous parlez de l'homéopathie ou de l'ostéopathie, pour vous les notions que vous voulez transmettre c'est l'effet placebo, il y a d'autres choses que vous voulez essayer de… »

MSU1 : « Moi ce que j'essaye de transmettre c'est la liberté du choix des patients, dire que s'ils ont envie d'y aller, si ça leur fait du bien il faut qu'ils y aillent. Le fait de, je pense à certain de mes collègues, euh, de laisser suffisamment la porte ouverte pour laisser les gens nous dire ce qu'ils font. Parce qu'en fait moi j'y crois pas mais si je me positionne trop contre en disant ou en étant dévalorisant, je risque que les gens ne me le disent pas et je trouve que c'est important de savoir ce que les gens ont fait. Ben déjà savoir ce qui peut les soulager. Par exemple Il y a des gens qui vont chez l'acupuncteur et ça leur résout leurs troubles fonctionnels intestinaux, c'est

bien de la savoir, et comme ça on sait qu'on n'a pas besoin de leur prescrire autre chose. Donc je trouve, j'essaye de transmettre, on va dire, une attitude d'ouverture pour garder le lien. Éventuellement apprendre des choses, parce que les gens peuvent nous apprendre des choses. Et après de faire garde-fou aussi, il y a des pratiques qui peuvent êtres dangereuses, comme dans la médecine conventionnelle d'ailleurs, mais, et le fait que les gens racontent, ça met éventuellement en garde contre certaines choses, et du coup mon interne j'ai envie de lui dire ben : « Voilà, dans l'ostéopathie chez le nourrisson, il y a un truc qui peut être dangereux, voilà, c'est le cou et le plexus brachial, c'est important de le savoir et de le dire aux gens ». Après le reste ok pourquoi pas. Je trouve que c'est notre rôle de mettre en garde. J'ai un patient de 80 ans qui a eu cinq ou six cotes pétées par un chiropracteur. Je pense que ce monsieur ou cette dame n'avait pas à faire ce qu'il a fait sur une veille dame et du coup il lui a cassé des côtes. En fait c'est un peu du bon sens mais voilà. J'estime que mon rôle c'est un petit peu ça. »

I : « Et du coup les, euh, le fait d'en parler, est ce que vous identifiez des freins à l'enseignement des MAC, qu'est ce qui vous freinerait à en parler ? Vous m'avez dit le manque de temps, le fait qu'il y ait déjà beaucoup de choses à dire... »

MSU1 : « Vous voulez dire le fait d'en parler avec mon interne ? Qu'est ce qui me freinerait ? Euh, oui peut-être le fait d'avoir peur de passer à côté d'autres choses qui me paraissent plus importantes. Et puis, je ne sais pas, si j'avais un jour un interne qui est à fond là-dedans, peut être que ce serait difficile pour moi. »

I « C'est-à-dire… »

MSU1 : « Qui, euh, adhère complètement, qui aurait envie de mettre de la phytothérapie à la fin de chaque consultation je pense que se serait difficile pour moi. »

I « Par exemple quand votre interne va être en phase d'autonomie comment allez vous gérer si l'interne a prescrit des MAC, de la phyto, comment vous pensez gérer ça ? »

MSU1 : « Je pense que si c'est vraiment des choses que je ne prescris jamais, je pense que je lui dirais : « Précise bien que c'est ta prescription ». Simplement pour que les gens identifient qui fait quoi. Si elle fait quelque chose que je n'estime pas dangereux : ni parce que le produit est dangereux ni parce que c'est à la place de quelque chose d'autre, ben : « Si tu veux le faire, tu le fais ». Mais si c'est quelque chose que je n'aurais pas du tout fait moi, j'aurai juste à cœur qu'elle précise : « Voilà, moi, je vous propose ça, ce n'est pas ce que le Dr [MSU1] aurait fait mais je lui en parlerai ». Voilà. Différencier une prescription propre de l'interne. »

I : « D'accord, et du coup par rapport aux connaissances que vous avez ? »

MSU1 : « Vous voulez dire que parce que je ne connais pas je prescris pas ? C'est cela que vous voulez dire ? Oui, après je… comment dire… j'ai été formée par la fac de médecine, je pense que mon travail c'est en premier de travailler avec cette médecine là et qu'après si je veux faire autre chose en plus quelque part je remplis pas mon contrat. Euh, voilà, après il y a des gens qui peuvent faire de la phyto sans avoir fait médecine, il y a des tas de gens qui font leur médecine en ayant fait leur propre cursus je ne trouve pas que ce soit forcément adapté de complètement sortir du cadre, peut-être que ça veut dire qu'on se réoriente et qu'on s'est trompé au départ. »

I : « Quand vous dites sortir du cadre ? »

MSU1 : « C'est à dire que l'on a le droit de trouver que la formation que l'on a eue est pas la bonne et finalement de faire autre chose. Par exemple on prend une voie, on change de voie*…. [Rire]…* On a tout à fait le droit mais ça veut dire qu'il y a une voie que l'on n'estime plus être la bonne. Alors après on peut faire les deux en même temps, euh, oui pourquoi pas… Moi dans ma tête disons que ça fait partie de beaucoup de choses qui sont finalement du placebo, de la persuasion pour beaucoup de thérapies psycho-corporelles, et que finalement le fait de parler, à mon avis, est aussi important… Largement aussi important. Et puis que quelque part on voit, j'ai lu le truc de Prescrire sur la sur-médicamentation de notre société. Finalement on part d'une médecine conventionnelle vers une autre thérapie, on reste dans la médicamentation et finalement moi je suis plus branchée psy, on va dire, et

sur le travail par la parole. Finalement plutôt que de dire : « J'ai un rhume, je vais prendre pleins de trucs », est-ce que je ne peux pas plutôt accepter d'être malade quelques jours. Euh voilà, j'ai dévié de votre question… »

I : « Non, non c'est très intéressant. Euh… Est-ce que vous pensez que l'enseignement de MAC aurait sa place à la fac ou... ? »

MSU1 : « Pour moi oui et non. C'est à dire qu'il faut d'abord savoir que ça existe et ce que les mots veulent dire parce que ça on ne sait pas toujours ce que ça veut dire. Moi même y a des trucs que je découvre encore. Qu'est-ce que c'est l'ostéo, le chiropracteur, c'est important, après je ne pense pas que ce soit le travail de la fac de médecine de l'enseigner. Soit c'est reconnu par la fac et c'est enseigné par la fac, soit ça ne l'est pas et ce n'est pas enseigné par la fac. »

I : « Dans ce cas quand est-ce que se serait fait ? »

MSU1 : « Au libre-arbitre, on va dire, du médecin s'il souhaite aller de ce coté-là. »

I : « C'est-à-dire des formations complémentaires une fois installé ? »

MSU1 : « Oui, pour moi ce serait au libre-choix. Pour moi, c'est contradictoire, soit admettons, l'ostéopathie est reconnue par la fac de médecine et c'est un module comme un autre, soit ce n'est pas reconnu parce que ça ne correspond pas à notre schéma de pensée ou on pense que ça tient pas la route. Dans ce cas là, ce n'est pas à la fac de l'enseigner. Mais du coup ça pose du coup un vrai problème de la validation des connaissances parce que sur l'ostéopathie il y a une diversité de formations très importante qui pose problème. Je sais, par exemple, où je travaille, il y a des ostéos en qui j'ai confiance et d'autres qui sont des charlatans, parce qu'ils vont poser 2 doigts en disant : « Fermez les yeux très fort et je vais vous déplacer une vertèbre… ». Mais après, cette limite, que je mets moi, est très subjective, chacun peut la mettre… Il faut bien qu'il y ait des limites quelque part car après c'est la porte ouverte à enseigner tout et n'importe quoi. »

I : « Quelle serait la limite ? L'EBM ? »

MSU1 : « C'est, comme on dit, le paradigme actuel. Il faut bien qu'il y en ait un, faut qu'il y en ait un. Alors ce n'est peut-être pas l'idéal et on en changera peut-être, mais ce n'est pas si mal, je pense. »

I : « Et bien c'est à peu près tout pour les questions… »

Coupure de l'enregistrement. La conversation à continué sur l'importance de rester à l'écoute du patient j'ai donc réenclenché le dictaphone.

*MSU*1 : « Je disais que j'ai un collègue qui est dans une association pour soutenir les membres de la famille des gens qui sont rentrés dans des sectes, qui disait qu'il y a un pourcentage très important de gens qui sont rentrés dans une secte par le biais de médecines alternatives et complémentaires, et du coup, lui, il est un petit peu extrémiste dans l'autre sens : dès que quelqu'un va chez l'ostéo, pour le coup, il monte en flèche et effectivement, il y a beaucoup de gens qui vont le voir et qui du coup n'osent pas lui dire qu'ils sont allés voir quelqu'un d'autre. Euh, ceci dit, sans aller dans les extrêmes, il peut être important de garder à l'esprit que c'est peut-être un signe d'une certaine fragilité des gens qui cherchent à se réfugier vers ces pratiques-là. Après, quelqu'un qui, euh, qui refuse la médecine conventionnelle et qui va faire un peu le tour de toutes les médecines parallèles, quelque part des fois c'est aussi juste un refus de la symptomatologie. Je vais reprendre comme exemple les troubles fonctionnels intestinaux. J'en ai qui vont commencer par l'allergie au gluten, c'est un peu EBM mais ça reste du fantasme souvent et puis après ils vont faire tout. Effectivement il y a des choses qui vont les soulager, euh, pour quelles raisons, on peut se poser la question. Puis après il y a beaucoup, euh euh, après ça devient philosophique, mais il y a des gens qui cherchent la cause de leur mal. Et nous finalement en étant très scientifiques on va juste leur dire : « On ne sait pas pourquoi vous avez un cancer aujourd'hui, c'est juste parce vous avez pas de bol et que c'est comme ça et peut-être qu'un jour on découvrira pourquoi ». Mais les gens ils vont chercher et ils vont trouver quelqu'un qui va leur dire : « Ha, mais quand vous aviez six ans, vous aviez perdu toutes vos dents d'un coup… ». Il y a une quête de sens que la médecine conventionnelle va pas leur apporter parce qu'on n'est pas là-

dedans. Après je ne sais pas s'il y a des statistiques, mais je pense que le déclin de la religion en France peut aller avec l'essor des médecines parallèles. »

I : « Euh, je ne sais pas, je n'ai rien vu dessus. »

MSU1 : « Pas de notions dessus ? Parce qu'en fait il y a beaucoup de ces médecines-là, enfin, thérapies, qui vont utiliser quelque chose d'irrationnel et en fait on a besoin d'irrationalité, alors que nous, nous sommes complètement rationnels avec notre EBM. L'EBM ne répond pas à cette partie de quête et de souffrance éventuellement. La religion, la spiritualité pouvaient permettre de répondre à ce besoin-là, ce qui peut expliquer une migration de ça. Alors nous on est dans une région où je pense qu'il y en a beaucoup. Je sais qu'on est le département de France le plus anti-vaccins par exemple, le plus pro-allaitement un peu dans la même mouvance. Du coup par contre ce qui est bien, pour nous, c'est que c'est assez facile de ne pas prescrire d'antibiotiques. Ça c'est un avantage… d'un certain coté, pas pour les mêmes raisons... Après je pense qu'il y a des régionalismes »

I : « Oui il y a des différences, puis même entre, euh rural et urbain ; régionales aussi je pense. »

MSU1 : « Ici les gens sont très nature… »

I : « Ouais sur la Haute-Savoie y en a beaucoup »

Silence

I : « Une dernière question, il y a une étude qualitative sur les représentations des médecins généralistes envers les MAC qui, en conclusion retrouvait trois catégories : le septique, l'indécis et le convaincu. Dans quelle catégorie êtes-vous ? »

MSU1 : « Moi je suis sceptique moi. *…[Rire]…* je suis clairement sceptique moi, mais on va dire que je laisse la part à mon ignorance et notre ignorance, on va dire les EBM, qui fait qu'il y a des choses qui sont… actuellement pas expliquées par notre médecine et où d'autres médecines ont trouvé des solutions avec leurs fondements

théoriques auxquels moi je n'adhère pas, mais peut-être que finalement ils ont raison sur les moyens et sur… sur le fond… On peut dire que si on suit l'histoire, c'est comme si on parle des miracles religieux, on a eu des explications scientifiques des centaines d'années après. Je pense que la part de notre inconnue… »

I : « Une part de, euh…Des choses qu'on comprend pas encore et qu'on… »

MSU1 : « Oui, oui voilà je pense qu'il y a une part de ça et puis après on est toujours dans l'histoire du paradigme, moi j'ai sûrement une manière de réfléchir et qui n'est pas forcément compatible avec d'autres façons de voir les choses. Et après dans les MAC je pense qu'il y a les gens sincères qui croient en leur truc vraiment et il y en a certains qui sont des charlatans. Après je sais que nous avons un magnétiseur qui vois plein de gens. Il est bien, on va dire, parce qu'il sait nous ré-adresser les gens quand il pense que… Voilà. Alors que j'en ai un autre d'une autre région, le frère avait un cancer du colon et elle avait 2 ans d'écart avec lui, elle aurait donc dû avoir un dépistage mais le magnétiseur lui a posé les mains sur le ventre et il lui a dit qu'elle n'aurait jamais de cancer du colon, du coup cette dame n'a jamais fait de coloscopie…. Alors là, ça me hérisse, ça me met en colère !!! Après pour le coup, je sais que les MAC sont assez utilisées en cancéro pour la prise en charge de la douleur, de la souffrance psychique, etc… Euh, et moi je trouve ça très bien mais on va dire que moi dans mon spectre, euh, mon filtre de vision, de compréhension, pour moi on est dans de la prise en charge psychologique, de l'effet prise en charge et du cocooning, d'écoute etc. Mais le fait d'apporter quelque chose est la part d'irrationnel qui est importante… »

I : « La part d'irrationnel »

MSU1 : « Qui nous nourrit quoi…. Le fait de dire : « Je ne comprends pas très bien pourquoi l'acupuncteur me fait du bien mais ça me fait du bien » … C'est quelque chose qui nous sort par exemple de la chimio, du machin… »

I : « C'est quoi ? C'est le coté magique un peu ? »

MSU1 : « Ouais je pense qu'il y a un côté pensée magique qui peut fonctionner,

enfin qui fonctionne »

I : « D'accord »

MSU1 : « Qui se, qui se rapporte un peu… Au côté spirituel ou religieux chez les gens qui ont la foi et qui vont croire… Après les gens ils vont croire en autre chose… Après voilà, moi je crois en ma médecine aussi… Rire… Mais on sait très bien qu'on ne résout pas tout ça c'est sûr… Voila… »

Silence….

I : « Bien, je pense vous avoir posé toutes mes questions. Merci pour cet entretien. »

Entretien n° II

I : « Par rapport à ta pratique, depuis combien temps es-tu maître de stage ?

MSU2 : 7 ans.

I : « Et du coup avec des internes en SAPAS ou en UPL ? »

MSU2 : « Je n'ai eu que des internes en SAPASS »

I : « En SASPAS… D'accord donc internes plutôt en autonomie. »

MSU2 : « Oui, je pense que mettre des internes en UPL en station c'est une aberration. C'est un peu différent des autres stages. »

I : « Par rapport aux MAC, comme je t'ai présenté sur le topo, est-ce que dans ta pratique tu les utilises ? »

MSU2 : « Euh… On va être obligé de dire oui car j'ai déjà mis de l'arnica en granule… ça rassure les parents, les enfants adorent. J'ai déjà envoyé chez l'ostéo. Hum. Mais vraiment là pour le coup, pas du tout sur le même principe que l'arnica parce que je pense les ostéos ils ont fait des études…. Je ne sais pas, les ostéos, ostéos vrais… pas le kiné ou le médecin qui a fait un stage de 15 jours, hum, par ce que comme je le dis souvent il y a une image « ils examinent avec les doigts là ou nous on examine avec les coudes. » Ça veut dire qu'ils ont une certaine capacité à ressentir des choses que l'on n'a pas bien fait dans le cursus parce que l'on prend pas bien le temps de le faire. Voilà… Par contre…. Je ne veux surtout pas qu'un patient vienne en me disant « Heureusement que mon ostéo était là… J'avais le rein luxé et il me l'a remis en place… » et du coup ça peut froisser les relations avec l'ostéo si on me sort des conneries de ce style là. »

I : « Du coup plutôt ostéo, euh, ostéopathie osteo-articulaire ? »

MSU2 : « Ah oui, c'est uniquement de l'ostéopathie ostéo-articulaire. Tout ce qui est dérèglements vertébraux mineurs, les trucs comme ça… »

I : « D'autres choses ? ... Silence… L'arnica, c'est dans quel contexte ? »

MSU2 : « L'arnica c'est parce que quand il y a une contusion et que les parents sont venus, le fait de donner un petit truc, on met l'arnica 5 granule trois par jour, ça donne un petit côté sérieux à la blessure. Les parents pour pas qu'ils soient vexés, voilà, qu'ils puissent…. Ça rassure les parents, ils ont un petit quelque chose à donner, ça rassure l'enfant, il prend un médicament…. Et puis ça ne fait pas bien de mal. Après, l'arnica reste un vrai antalgique au départ. C'était une plante antalgique… Donc pourquoi pas… Après quand on sait comment c'est fabriqué…. Ça c'est autre chose mais voilà… »

I : « D'accord. Au niveau des MAC et l'interne, le sujet de la thèse… Est ce que tu aborde le sujet des MAC avec l'interne ? »

MSU2 : « Ouais, ouais… ben j'explique ce que je viens de t'expliquer avec l'arnica par exemple, c'est le seul truc que je mets en homéopathie… Pour la petite histoire, quand j'étais installé à [Ville B], un de mes associés était homéopathe et avait une grosse part de sa patientèle qui venait d'assez loin pour le voir en homéopathie, et quand il est parti à la retraite j'avais des gens qui venaient pour des renouvellements d'ordonnance, je me suis vite retrouvé coincé parce que d'abord ça me plaisait moyen de renouveler l'ordonnance…. Même si je savais que je ne faisais pas de bêtises… voilà… de recopier ce qu'il avait fait je ne trouve ça pas très intéressant. Je n'ai pas fait 10 ans d'études pour ça. Euh, et donc ça s'est vite arrêté mais pendant un petit moment je me suis retrouvé avec cette patientèle qui venait me voir parce qu'ils voulaient renouveler leurs ordonnances. Ils ont vite compris que ce n'était pas mon truc et que je n'entrais pas dans ce processus-là. Voilà, mais je l'aborde avec les internes alors expliquant pourquoi. Parce qu'il y a un petit côté psychologique avec l'effet placebo du médicament, euh, ça a bien été démontré par exemple pour le Paracétamol, je crois qu'on est à 60 % d'effet placebo sur le Paracétamol. Pourtant sur ce médicament personne ne dira que c'est du placebo. »

I : « Et du coup par rapport à l'ostéopathie ? »

MSU2 : « Là pour le coup, ouais, plus facilement… Souvent cela me permet d'avoir une réponse à donner aux patients ou du moins, voir un espoir. Nous, en station, on a des gens qui arrivent après six heures de voiture et la première demi-heure où ils ont déneigé et mis les chaînes, ils sont tous coincés du dos et très tristes de ne pas pouvoir skier et effectivement, même si ça paraît pas être une bonne solution, on peut leur dire « Eh bien voilà, allez voir l'ostéo, voir ce qu'il peut faire avec vous ». Ce n'est pas botter en touche mais ça leur permet d'avoir un petit espoir et d'améliorer les choses. Je pense que l'ostéo peut améliorer les choses sinon je ne le proposerais pas. »

I : « Qu'est ce que tu va dire à ton interne là-dessus, en phase passive ou active. Active ici car c'est stage SAPAS »

MSU2 : « Sur l'ostéo articulaire, je leurs dis que c'est une compétence que nous on n'a pas. Même si ce qu'ils font est transitoire, le dérèglement il va se recréer très vite etc.… même si parfois il faut se méfier parce qu'il y a des discours qui sont rapportés…. Alors je ne sais pas si c'est dans un désir de vulgarisation…. Parce que ça m'arrive moi, je vulgarise vachement avec les gens… et des fois quand c'est répété ça peut être mal compris, euh, ou mal retranscrit par le patient… Et évidemment je me doute que le, que le…. Pour te donner un exemple, ce n'est pas l'ostéopathe, mais c'était un homéopathe qui avait dit à une de mes patientes, dont la mère venait de décéder d'un cancer : « C'est dommage que vous ne me l'ayez pas amenée plus tôt parce que le cancer de votre mère on l'aurait soigné » ; je doute fortement qu'il ait dit ça comme ça, c'est ce qu'elle avait compris. Voilà c'était juste, je pense, dans tous ces modèles-là, il y a ce que les gens ont entendu et ce que les gens retranscrivent derrière donc il faut faire un petit peu attention, pareil chez l'ostéopathe. C'est pour ça que pour l'ostéopathe, on cible bien l'ostéo-articulaire en voulant avoir un retour d'ostéo-articulaire et pas : « Vous aviez mal au genou parce que votre foie était déplacé et c'est bon je l'ai remis en place ». Je pense que les internes ils sont assez critiques là-dessus et comprennent très très vite mon positionnement et je pense pas qu'il y ait de problème et des fois je leur explique :

« je l'ai envoyé chez le kiné, je l'ai envoyé chez l'ostéo, je ne pense pas qu'il puisse faire grand-chose mais c'est une façon de ne pas le perdre de vue ». Voilà…. Par exemple hier quelqu'un pour qui on a eu un peu peur…. C'était une jeune avec des troubles neuro, on a eu un peu peur au départ d'un problème vasculaire, on lui a fait faire une I.R.M., elle est normale. On se dirige plus vers une compression distale, du coup on veut faire un EMG mais elle ne veut pas car c'est trop loin, elle a pas de voiture etc.… Du coup je l'ai envoyée chez le kiné, je sais que pour elle il ne fera pas grand-chose le kiné mais du coup on l'a toujours pas loin et si jamais il y a des choses qui s'aggravent elle sera pas loin, elle sera à l'étage juste à côté. »

I : « Ça vous permet de garder le patient dans le circuit de soin »

MSU2 : « Ça permet de garder le patient dans le circuit de soins et puis comme on a senti que, on a senti qu'on allait le perdre, ça nous permet de garder un lien avec eux. Voilà, bon. Ça peut être le kiné, l'ostéo… »

I : « Par rapport aux MAC, les internes, comment tu les perçois ? »

MSU2 : « Très réceptifs à cette position de ne pas dire non, ne pas être complètement opposé, ne pas non plus croire tout ce qu'il y a. Ça c'est une des choses que j'essaye de leur faire comprendre : attention de ne pas forcément critiquer ce qui revient. Quand les gens vous disent « Mon ostéo a dit ça », attention… Il n'a peut-être pas dit ça comme ça, il a pu être mal perçu par le patient car le patient a envie de croire ça. Je pense que les internes adhèrent pas mal à ça et j'essaye de leur faire comprendre que ce n'est pas tout noir ou tout blanc. Il y a des choses qu'on ne comprend pas, peut-être que c'est nous qui sommes dans le faux, peut-être qu'un jour cette pratique sera enseignée, peut-être qu'on la maîtrisera mieux ; là on la maîtrise pas assez pour qu'elle soit enseignée »

I : « C'est-à-dire ? »

MSU2 : « Je ne sais pas, sur l'acupuncture par exemple, c'est une médecine ancestrale, des siècles de médecine chinoise, on ne la maîtrise pas et on ne la comprend pas, comme on ne la comprend pas on ne la maîtrise pas et elle est pas

enseignée parce qu'on ne sait pas quoi enseigner finalement. On pourrait avoir, pourquoi pas, des cursus là-dessus, mais pour l'instant ce n'est pas du tout rentré, il ne faut pas me faire croire que c'est qu'une question de culture, il doit bien y avoir un fondement et des résultats pour que ça persiste depuis des siècles mais comme on…. Voilà… Peut-être un jour ce ne sera plus une médecine complémentaire. Pareil pour l'exemple de l'hypnose, on en parlait il y a 10 minutes, ça sera plus enseigné car c'est en train d'arriver progressivement. Je pense que l'ostéopathie est en train d'arriver aussi, le jour où ils seront conventionnés ça changera tout. Voilà. »

I : « Quand tu parles de l'arnica ou de l'ostéopathie avec l'interne, les notions que tu as envie de transmettre ce sont… Tu me parlais de rester ouvert, il y a quoi d'autre que tu penses être important ?

MSU2 : « Rester ouvert… Être à l'écoute des gens… c'est à dire que les gens ils viennent pour quelque chose… J'ai entendu souvent, c'est aussi la vraie vie…. A la fac on leur dit aux jeunes, je suis le premier à leur dire, voilà le petit il a une rhino-pharyngite c'est sérum phy et Paracétamol s'il a une fièvre de plus de 38,5°. Sauf que quand on dit ça aux parents, c'est mal vécu. Pourquoi ? Parce que les parents ils ont fait la démarche de venir vous voir et de chercher une expertise et quand on leur dit qu'il faut faire ce qu'ils font depuis quatre jours et qu'eux ils sont super stressés, il y a un truc qui passe pas. Alors je ne dis pas qu'à chaque fois il faut sortir un truc de sa botte, mais ça fait partie de ces petits trucs qu'ils viennent chercher, alors on dit on va faire ça, si on va mettre ça… C'est pas commercial, c'est pas du commerce, c'est pas se faire aimer… C'est juste, euh… ils viennent chercher quelque chose, ils viennent chercher un plus, et il faut ce petit plus. On sait très bien qu'il n'apporte rien médicalement, mais du réconfort, mais ça va permettre aux parents d'influer sur… Le père qui a eu très peur parce que la gamine s'est fait mal au genou… Ou parce que son grand lui est rentré dedans… Machin au dos… Elle arrive avec la coquille, c'est l'accident du siècle, ils ont déjà prévenu les grand-parents et gnangnan, ils ont vu l'ambulance, ils ont vu la coquille…Puis quand on voit la gamine qui se relève on fait éventuellement des radios, c'est même pas sur la radio, bref « Elle a rien », ça passe pas bien… « Il y a une contusion, on va mettre un peu d'arnica, vous allez prendre du Doliprane si elle a mal », c'est prendre en considération quelque chose. Les gens ils connaissent bien, ils savent bien que

l'arnica c'est pour les hématomes. Ils vont rappeler la grand-mère en disant c'est un gros hématome, c'est bon… Alors que s'il y a rien, c'est mal vu… On donne rien, c'est mal vécu. Là encore j'étais avant dans un petit village, il y avait deux cabinets avec, euh, une sorte de concurrence inévitable, et c'est sûr que si je ne donnais rien celui d'après allait donner un truc et réciproquement… Ici, je ne suis plus dans cette configuration-là et je persiste dans cette démarche, pourquoi ? Pas parce que je veux bien paraître devant les parents, mais on ressent et ça c'est ce que j'explique aux internes. C'est-à-dire il y a ce qu'on apprend, on sait ce qu'on doit faire, on sait ce qu'il ne faut pas faire surtout, surtout ne pas nuire, mais il y a des tas de petits trucs... Les pharmacies sont bourrées de trucs qui ne servent à rien. Ce n'est pas un hasard si l'homéopathie est toujours remboursée. L'homéopathie n'a jamais fait les preuves de quoi que ce soit, c'est remboursé parce que c'est des gens qui prendront ça et pas quelque chose de potentiellement plus dangereux… Qui coûte plus cher aussi mais potentiellement plus dangereux… et voilà. C'est prendre en considération les gens, les gens ils vont arriver en disant « J'ai mal à l'oreille » et l'autre il va donner Malaloreillecum 9 CH et hop paf ! Ça va être super bien parce que de toute façon ça serait passé tout seul. Il va dire « Hé voilà, vous prenez ça cinq jours et au cinquième jour ça ira mieux ». Qu'est-ce que c'est magnifique l'homéopathie !!! Et c'est pas grave si c'est faux, c'est se servir du coté placebo de quelque chose. C'est le côté placebo, il est après, quand ils vont donner, et avant, quand on va leur donner : « Ha, il m'a bien pris en compte quand même, il m'a donné du Doliprane, il m'a donné de la glace et machin ». Ils sont arrivés, la gamine était coquillée et ils repartent, elle est en train de courir. Soit les parents engueulent la gamine, soit ils s'engueulent entre eux parce que c'est peut-être eux qui ont stressé… En tout cas il y a un truc qui ne va pas intellectuellement, il faut l'accompagner là-dedans, prendre en compte la démarche du parent qui a été stressé : « C'est pas grave, ça aurait pu être plus grave et ça a dû lui faire super mal sur le coup et on va lui mettre de l'arnica. » Ce n'est pas rien, on a pris en considération, on a mis quelque chose »

I : « Vous parlez de l'effet placebo du médecin et de l'effet placebo de la thérapeutique derrière. »

MSU2 : « Tout à fait il y a les deux phases. On a compris qu'il y avait quelque chose puisqu'on a donné quelque chose, on a prescrit quelque chose. C'est beaucoup

mieux vécu que : « Écoutez, elle n'a rien, c'est bien ce que vous faites, merci au revoir. » Et c'est valable avec des tas de trucs »

I : « Autre chose que voudriez transmettre à l'interne ? On a parlé de l'effet placebo, c'est resté ouvert... »

MSU2 : « Pour la transmission à l'interne, oui c'est principalement ces choses-là. C'est certain qu'un interne intéressé par ces choses-là, par l'hypnose, c'est très bien, faut se lancer dans ces... voilà. Par exemple l'hypnose, ça serait très intéressant, mais il y a un gros manque de temps… Le temps passé, je ne connais pas assez bien, mais il me semble que c'est un peu long à mettre en place. Par exemple pour suturer ce serait génial d'utiliser l'hypnose et pas de la Xylocaïne, ou pour une réduction de luxation. Sauf que dans la réduction de la luxation, plus vite c'est, mieux c'est, et ça va soulager les gens s'il faut…. Mais ceci dit sans parler d'hypnose, moi quand j'ai une réduction d'épaule, je baisse la lumière, j'essaye de pas être quinze dans la salle, j'essaie d'y aller doucement, de parler doucement, de le détendre… Il y a tout un, pas un cérémonial mais justement une mise en confiance… Je dis pas que je fais de l'hypnose… Mais ça fait partie de ce boulot de rassurer les gens… Je ne vais pas tirer, on souffre quand même du syndrome des… »

I : « Bronzés ? »

MSU2 : « Des Bronzés voilà, et je ne vais pas tirer d'un seul coup, on va remettre ça, vous allez voir, ça va vous soulager… C'est une mise en condition, pas de l'hypnose, une mise en condition qui est nécessaire je pense. Voilà. Mais ça pourrait être très intéressant pour l'hypnose si on avait plus de temps de se former. Il faut se former… il faut se former… Sur l'homéopathie, mon ancien collègue a essayé de m'expliquer, de me former… Je comprends la théorie, le principe. Après, quand il a commencé à m'expliquer, peut-être que je n'ai pas bien compris, qu'il y avait des moments dans la période suivant la lune, les machins, là je me suis dit voilà, là on va s'arrêter là, ce n'est pas pour moi. Je ne dis pas que c'est faux, je dis que ce n'est pas pour moi. Que suivant les périodes, fallait donner plus de ça… non… »

I : « Du coup ce que vous allez dire aux internes c'est plutôt pratique que théorique »

MSU : « Oui, moi je suis très pratique, je ne me lance pas dans des grandes théories, je dis voilà, je fais comme ça. Après j'ai toujours travaillé dans des cabinets de groupe et j'entendais en fin de saison…. Parce que moi, même si c'est des SASPAS, au début les internes quand ils arrivent, comme on fait de la traumato, ils ne sont pas en SASPAS, ils sont en supervision directe et donc ils piochent de chacun le truc qui leur plaît. Je vois en fonction de la personnalité de l'interne ce qu'il va piocher et à qui. Voilà, il se fait sa personnalité médicale, sa façon de faire comme ça lui va lui, comme ça lui correspond. Ce n'est pas grave s'ils ne m'écoutent pas sur certains trucs... Enfin c'est pour ça qu'ils sont en SASPAS. La théorie il l'ont, la théorie, le gamin qui a une rhino-pharyngite, la théorie c'est sérum phy, pas de kiné sur les bronchiolites machin… derrière, il va faire en sorte d'adapter la théorie à sa pratique. À côté, il y en a qui vont avoir un côté séducteur, d'autres rassurant, d'autres blagueur, c'est chacun sa personnalité et on fait sa patientèle comme ça. Nous c'est de la patientèle de passage en traumato, mais ça n'empêche pas qu'on a une façon de prendre en charge… Plus dédramatisante, un peu blagueur, d'autres pas du tout, d'autres au contraire prennent vachement en compte la douleur. Voilà. Et du coup il n'y a pas un enseignement où je vais leur dire, tiens aujourd'hui on va reparler de toutes les consultations que tu as faite à qui t'as mis de l'homéopathie. Non en fait ça va plus être des questions du style : « Tiens tout à l'heure tu as mis de l'arnica, pourquoi ? » « Parce que ça ne marche pas » … Voilà je le provoque un peu là-dessus, « Pourquoi j'en ai mis alors ? ». De la même façon que je lui dirai : « Pourquoi tu t'es senti mal à l'aise ? Parce que c'était la bonne femme qui répondait alors que tu posais la question au mari. Pourquoi ça t'a mis mal à l'aise, bah voilà, pourquoi ça te met mal à l'aise de savoir que je mets de l'arnica alors que c'est vrai à la fac y'a aucun cours là dessus ». C'est montré aussi qu'il y a la théorie et qu'il y a l'attente des gens, qu'il faut prendre en compte l'attente des gens. Que sous prétexte de faire comme à la fac, on ne peut pas s'engueuler avec tout les gens, enfin s'engueuler, en tout cas laisser partir les gens avec une certaine frustration, et derrière vous appeler le 15, qui vont consommer… Ce n'est pas que, encore une fois c'est pas que pour paraître gentil, c'est juste parce que en leur donnant des solutions où ils vont être les acteurs, en leur donnant un médicament, en leur donnant un truc, ils vont être l'acteur de leur pathologie, de leur virus qui va passer en cinq jours ; c'est des gens qui deux jours après ne vont pas aller reconsulter. C'est tout con mais quand on dit à quelqu'un ça va passer en sept jours il va pas

reconsulter avant sept jours. Si on lui dit pas, il va reconsulter je ne sais pas combien de fois. On en voit qui disent « J'ai pris l'antibiotique hier et ça va pas mieux ». Si dès le départ on leur dit ça va passer en 4-5 jours, vous allez prendre, je ne sais pas moi. Un truc, je sais pas Rhinotrophyl par exemple, qui sert pas à grand chose, il fait quelque chose, je sais que ça n'a pas un grand intérêt médical, mais c'est ce qu'ils viennent chercher. Si on leur donne que ce qu'ils ont à la pharmacie, ce n'est pas plus mal, ils iront voir pour les rhumes à la pharmacie… Je discutais l'autre jour avec une norvégienne qui me disait que moins de cinq jours de fièvre, on ne voit pas le médecin, on voit une sorte d'IAO, euh, qui cloisonne à cet endroit là, qui demande « Vous avez de la fièvre depuis combien temps ? Ok, vous revenez dans 2-3 jours si ça persiste », et il ils sont dirigés vers le pharmacien. Pour l'instant ce n'est pas cette culture-là qu'on a en France. Peut-être que ce serait bien que l'on vienne à ça. Euh… pareil, les gens avaient une angine, l'infirmière fait un strepto test, positif ils voient le médecin, négatif vous allez voir le pharmacien. Ce ne serait pas si con… On se plaint, on n'a jamais eu autant de médecins et là on va rejoindre les MAC, on a jamais eu autant de médecins en France et pourtant les gens se plaignent… Ils arrivent pas à voir quelqu'un avant 15 jours, que les consultations programmées c'est dans 4-5 jours alors que quand on a une angine en 4-5 jours elle est finie et pour autant il n'y a jamais eu autant de médecins en France. Le problème c'est qu'il y a beaucoup de médecins qui ne veulent plus faire de médecine. Je m'explique, qui ne veulent plus voir des gens malades. C'est à dire qu'ils veulent du programmé, prendre leurs temps, réfléchir, il en faut, mais il faut aussi des gens disponibles pour ceux qui ne vont pas bien, pour ceux qui sont malades. Et là pour le coup, pourquoi il y a une effervescence de ces modes de médecine parallèle, je n'aime pas parallèle, on se comprend, toutes ces autres médecines c'est qu'il y a une fuite de certains médecins aux responsabilités de garde, de premier recours, de voir des gens qui sont réellement malades, à qui il faut un diagnostic. Ils préfèrent voir des gens sur rendez-vous qui ne sont pas très très malades, à qui ils vont faire ci, ils vont faire ça. La part psychologique va entrer vachement en compte. C'est beaucoup plus posé, ça correspond à certains patients, à certains modes de fonctionnement. Alors il faudrait se poser la question, est-ce que c'est notre critère de sélection au départ qui sélectionne des gens ? Je ne sais pas. Mais n'empêche que, voilà, on en est en France à mettre six mois et demi à voir un ophtalmo pour des lunettes alors qu'un opticien peut très bien le faire et que les ophtalmos voient les vrais problèmes

d'ophtalmo. C'est exactement le même problème de médecine générale : est ce que c'est au médecin généraliste de faire les vaccins ? Est ce qu'on a fait dix ans d'études pour faire un vaccin ? Voilà, je pose simplement la question. Et donc je pense qu'il y a cette dérive vers des médecines où on prend pas tant de risque que ça, où une fois que l'on a déposé sa blouse le soir on n'est pas dérangé. Qu'on à ses rendez-vous, qu'on a sa programmation… Enfin pour une vie de famille c'est peut-être plus pratique. Je ne sais pas mais en tous cas il y a une certaine fuite dans ça avec des gens qui ne veulent pas voir de gens malades. »

I : « Du coup l'idée c'est que c'est les médecins qui, d'un certain coté, favorisent l'essor des MAC en créant une offre ? »

MSU2 : Est ce que c'est les médecins, est ce que c'est le système de santé aussi avec une convention, avec une rémunération extrêmement faible, il faut le dire, méprisante vis à vis des médecins généralistes. Juste comme ça, sans parler que l'on soit les moins bien, la consultation c'est la moins chère d'Europe juste après la Roumanie et que la rémunération moyenne en Europe d'une consultation c'est… »

I : « 45 euros… »

MSU2 : « …45 euros, on est au niveau de Malte. Nous on est à la moitié des revenus d'un médecin de Malte. Voilà. Et ça, on peut le retourner dans tous les sens, ça n'a pas aidé à garder l'aura du médecin qui était avant le notable du village, parce que maintenant on reste un prestataire de service comme un autre, auquel on donne un tarif unique quelque soit le truc qu'on a. Y en a qui râlent parce qu'on prend 5 minutes pour une cystite et 23 euros ça leur paraît cher et les mêmes à qui on a pris 23 euros quand on a discuté 45 minutes parce qu'ils ont un petit coup de mou, un petit coup de logique et bien les mêmes ils ne se rendent pas compte que ces 23 euros, ça apayé la secrétaire, les locaux, l'électricité, le matériel utilisé, l'informatique… Voilà. Donc il y a ça, il y a une fuite parce que la médecine générale c'est difficile de s'en sortir financièrement si on fait bien son travail. C'est aussi une façon de faire des actes mieux rémunérés. Ah puis ce n'est pas conventionné à hauteur du service rendu et du coup pour le coup ce n'est pas négatif ce que je dis parce qu'il y a sûrement un service rendu et si les gens vont les voir c'est que ça les

aide. C'est aussi que dans notre métier il y a une grosse part de prise en charge émotionnelle d'un événement, c'est 90 % de nos consultations. Du coup c'est une façon d'une part de régler sa vie professionnelle, parce qu'en faisant ça on fuit les urgences, les mauvaises surprises, les machins, les trucs, et puis d'autre part de te faire des actes qui rapportent peut-être plus par exemple on voit en station les ostéos c'est 50 € la consult' dont probablement la moitié non déclarée…. Et les homéopathes parisiens doivent être à 80 euros facile*… rire… »*

I : « Sûrement…. Et pour… »

MSU2 : « Mais bon voilà aux États-Unis, un vaccin c'est 400 €. Il paraît qu'ils te le vendent 400 €. Je ne dis pas qu'il faut en arriver là, il y a peut-être un juste milieu.

I : « Pour revenir aux MAC et à l'enseignement que vous donnez aux internes, est-ce que tu identifies des freins pour en parler ? »

MSU2 : « En fait ça fait quatre fois que tu poses la même question… je ne dois pas répondre à la question… »

I : « Non, non, là c'est différent… C'est savoir ce qui pourrait te freiner à parler des MAC avec tes internes… »

MSU2 : « J'ai pas de freins mais j'ai une méconnaissance de ça, et c'est difficile de parler »

I : « La méconnaissance peut être un frein… »

MSU2 : « C'est un frein, c'est un frein, c'est à dire qu'ils vont vite comprendre que ce n'est pas un truc pour lequel je suis favorable, pas que j'y crois pas mais encore une fois je suis un peu embêté, je ne veux pas parler de charlatanisme parce que, parce que 90 % de nos consultés c'est ça. Je ne sais pas…Dans ce cas-là quand on donne… J'aime bien le Prospan, un sirop à base de plantes, c'est du lierre. Dans ce cas-là c'est exactement la même chose c'est du charlatanisme, je sais très bien que ça n'aide pas et qu'un des meilleurs antitussifs sur le marché c'est le miel. Voilà je le

dis aux gens. Est-ce que c'est ce qu'ils viennent entendre, je ne sais pas. Au début ils sont surpris puis finalement ils sont contents, mais aller voir le médecin, payer une consultation médicale, une expertise de dix ans, pour qu'on vous dise de prendre du miel, euh, voilà. Mon expertise elle est dans d'autres consultations. Alors pour l'enseignement, je n'ai pas en enseignement spécifique sur le sujet. »

I : « Moi c'est juste par rapport aux choses qui font qu'aux final vous ne les utilisez pas trop ? »

MSU2 : « Je connais pas, c'est vrai que ça ne me viendrait pas l'esprit d'envoyer quelqu'un chez l'homéopathe, jamais. Ça ne me viendrait pas l'esprit d'envoyer quelqu'un chez l'acupuncteur. Des fois des gens viennent en disant « Bah voilà, j'ai mon collègue qui a arrêté de fumer sous hypnose », je dis « Super, allez-y, foncez ». Je ne freine pas les gens, de toute façon il y a une grosse part de volonté, de psycho, s'ils se sentent aidés tant mieux, ce n'est pas quelque chose que j'aurai le temps de faire moi en consultation, surtout si c'est en février. Ça m'est déjà arrivé de le faire sur des moments beaucoup plus calmes, de se revoir souvent et de faire un sevrage tabagique sereinement, sans aucun médicament. On peut le faire par exemple mais ça ne me viendrait pas à l'idée de dire d'aller voir l'acupuncteur. Mais par contre on me dit : « Mon collègue a fait ça avec l'acupuncteur, il a l'air très bien qu'est-ce que vous en pensez ? ». Je dis : « Écoutez, le meilleur moyen d'y arriver c'est d'essayer »… Après si je sens qu'il peut y avoir un risque, je vais le freiner, mais bon… Voir un homéopathe, tant qu'il ne sort pas du processus normal de consultation, ça veut dire que si jamais il y a quelque chose de nouveau, qu'il vienne nous voir nous, et que c'est pas l'homéopathe qui va se croire Dieu tout-puissant, que si jamais il y a quelque chose qui va pas, enfin… Mon collègue homéopathe de [Ville A] il mettait des antibiotiques. Ce n'était pas l'homéopathe pur et dur, c'était avant tout un médecin qui avait ses connaissances homéopathiques. Je pense qu'il faut rester avec sa trousse à outils grande ouverte et savoir puiser là où il faut. Ne pas rester cloisonné dans un truc. Après, moi, vis à vis des internes, je ne vais pas leur dire « Tiens, tu devrais l'envoyer chez l'homéopathe… », je ne le fais pas moi même… Et donc j'aborde pas ces sujets-là, ils sentent bien que ce n'est pas trop dans ma pratique. Donc au contraire, ils sont souvent étonnés quand ils voient la première fois que je mets de l'arnica. Est-ce que j'envoie chez l'ostéo… On a de très

bons kinés sur la station, que ce soit [Ville X] ou à [Ville Y], je vais surtout envoyer chez le kiné. Maintenant si le patient me dis « Je vais aller voir l'ostéo », je vais pas hurler. Euh, après, ça m'est déjà arrivé, pas de me moquer mais d'essayer de questionner les gens quand ils vous disent : « J'avais mal au ventre, je suis allé voir l'ostéo », je leur dis : « C'est marrant, quand vous voulez acheter une baguette de pain vous allez chez le garagiste… ». Des choses un peu pour les provoquer… Pour qu'il se demandent si… « Je me suis tordu la cheville je suis allé chez l'ostéo »… Est-ce que c'est le premier acte à faire quand vous avez quelque chose médical… voilà. C'est mon côté provocateur, que j'aime bien utiliser. »

I : « Que pensez-vous de faire un enseignement à des MAC durant le cursus ? »

MSU2 : « Je pense que la fac doit rester sur des choses, sur de l'EBM. Si c'est validé, il faut l'enseigner, si ça l'est pas, c'est le but du SASPAS. En fait, ce n'est pas l'idée d'enseigner des choses qui ne sont pas validées, c'est de… quoi du SASPAS ou de l'UPL c'est pareil… »

I : « Quoi, le stage ambulatoire… »

MSU2 : « Du stage ambulatoire, c'est de montrer qu'il y a la théorie, dans une consult' la théorie elle prendra 3 seconde, et puis il y a la pratique, c'est à dire sentir très vite ce que les gens veulent. Pas pour accéder à leurs demandes mais pour pouvoir soit les contrer sur leurs propres trucs. On sent très bien ceux qui viennent pour chercher… Juste avant l'entretien, la secrétaire vient et nous dit qu'il y a un monsieur qui veut des antibiotiques. Voilà, le gars il me dit ça, je lui dis : « Ce n'est pas la boulangerie ici, vous ne voulez pas un pain au chocolat ? Vous venez me dire ce qui va pas et on en rediscute ensemble. ». Il faut quand même une adhérence du patient, je n'impose pas un traitement. Mais ça c'est euh… Il y a la théorie et la pratique, c'est à dire apprendre et c'est pour ça qu'il faut du temps, c'est pour ça que c'est très bien de faire un SASPAS, même si à l'époque, quand c'est sorti, j'étais encore à la fac et ça a été pris comme un remplacement gratos… Non, c'est aussi une façon d'apprendre. On a appris la théorie dans un premier temps, en UPL on apprend la pratique avec les bonnes pratiques puis on commence justement à comprendre tout ce qui est coté psychologique d'une consultation, savoir prendre en

compte certaines personnes d'une façon, d'autres d'une autre, on ne prend pas tout le monde de la même façon… Un ligament croisé qui arrive, une rupture d'un croisé qui arrive… je vais pas du tout faire la même chose suivant les catégories de personne, pourtant c'est la même blessure. C'est psychologique, parce qu'on aborde pas tous les gens, ont est pas tous fait pareils, on a pas tous la même façon de réagir, de se défendre etc... Et donc tout ça, ça s'apprend et c'est ce que j'essaie de, je vais pas faire un cours en disant il faut ci il faut faire ça, mais les internes ils vont vite comprendre qu'il y a des gens, il faut aller dans leur sens, et puis après les amener où on veut, et puis il y a en a d'autres qui veulent tout de suite qu'on leur dise, d'être un peu plus ferme, j'en sais rien… Et puis y a des médecins qui vont être comme ça, qui vont se faire une patientèle comme ça, qui accepte ça etc… Donc voilà, le SASPAS… A la fac c'est pas le lieu où on doit apprendre ça, je vois mal l'homéopathie transmise à la fac… L'ostéopathie ça voudrait dire que l'on rabaisse ces 5 ans d'études à 3 cours en amphi…. Après apprendre à comprendre ce qu'ils font pour pouvoir mieux orienter, pourquoi pas… Et après toute les autres je pense qu'on les connaît pas assez… L'hypnose est en train d'arriver, ok mais ça reste un moyen, ce n'est pas une matière en soi… Voilà sur les 3 grands principaux. Et puis tout ce qui est naturopathie, de toute façon tous les médicaments au départ ça vient des plantes, euh, j'ai du mal à vraiment trop cloisonner… Pour moi quand on donne du Prospan, qui est un sirop à base de plantes, c'est pas, ce n'est pas… Ça reste comme je le disais tout à l'heure, ils sont venus et il faut que je leur apporte une réponse spécifique à leur question. On va leur apporter, en leur expliquant pourquoi on leur ne met pas un sirop contre la toux, un fluidifiant. Mais il n'y a pas une grosse différence, pour moi, quand je prescris du Prospan ou que je prescris un sirop codeiné, parce que l'on apporte une solution a des problèmes en l'expliquant. Donc, voilà, je me méfie des gens qui…. C'est la grande mode en ce moment, il y a des gens qui ne jurent que pas ça, et je leur dirais juste attention, garder en tête les autres outils. Ne pas se focaliser sur un seul truc. Voila. Pourquoi sinon à la fac… »

I : « Vous avez répondu à toute mes questions. »

MSU2 : « Après, il pourrait y avoir…. L'homéopathie expliquée par mon collègue j'ai compris le principe, la théorie, le truc… On cherche un symptôme et on donne quelque chose qui donne le même symptôme pour que le corps il combatte et

machin… Avec les premières expériences avec l'arsenic on en mettait telle quantité, on récupérait dans les urines, on s'apercevait qu'il y en avait plus, donc ça veut dire qu'on en avait éliminé plus parce que qu'on avait ré…. Ok, tout ça dans la théorie c'est génial… En pratique c'est des doses tellement infinitésimales qu'on se demande comment… Voilà… Peut être qu'on a tort, peut être que c'est vrai, mais il n'y a pas d'études qui ont été faites ou elles ont rien montré, donc voilà… Qu'on me dit voilà : « Ça, ça marche, regardez, 10 000 cas, la différence est significative, il y a une amélioration avec ça. ». Pourquoi pas, et là… Par contre on pourrait sur des séminaires… Effectivement je trouve ça pas con qu'il y ait des séminaires sur ça en disant : « Voilà, vous allez être confrontés dans votre vie professionnelles à des tas d'autres professionnels qui font des choses différentes de vous, ce n'est pas pour autant que c'est des conneries...». Quand on sort de la fac on ne se rend pas compte à quel point dans 90% des cas on ne sert à rien médicalement, scientifiquement parlant. C'est ça qui est un peut frustrant dans la médecine générale et qu'on pourrait améliorer. Tout à l'heure quand je disais est-ce que l'on a fait dix ans d'études pour faire des vaccins, déjà si on arrivait à purger toute ces consultations de, de, qui servent strictement à rien d'un point de vue scientifique, mais on va servir d'un point de vue gestion de l'émotion des gens... »

I : « Psychologique… »

MSU2 : « Et donc voilà… Leur expliquer aux jeunes médecins qui vont arriver, vous avez d'autres façon d'être, de prendre ce coté psychologique… Voilà…D'autres questions ? »

I : « C'est à peux près tout… »

MSU2 : « Si on parle côté formation, je reste persuadé que c'est un fléau car c'est une fuite des médecins vers des choses plus safe, moins de risques ».

I : « C'est une déresponsabilisation… »

MSU2 : « Oui, une déresponsabilisation envers la pathologie, ils veulent voir des gens en bonne santé… »

Entretien n° III

I : « Pour commencer, depuis combien es-tu maître de stage ? »

MSU*3* : « Ça fait 3 ans que je suis maître de stage. »

I : « Tu as des internes en UPL / SASPAS ? »

MSU*3* : « Des internes en SASPAS, euh, on a 2 internes en SASPAS l'hiver et 1 l'été sur le groupe médical [Ville A]. »

I : « Au niveau de ton activité, tu es médecin de montagne... »

MSU*3* : « Oui, je suis médecin de montagne et même temps j'ai un un mi-temps d'urgentiste hospitalier à [Ville A] et à l'hôpital de [Ville A]. J'ai fait pendant 10 ans que de la médecine hospitalière d'urgence, SMUR, soin intensif et secours en montagne. »

I : « D'accord… Par rapport aux MAC, ce que je t'ai présenté, est-ce que tu les utilises dans ta pratique ? »

MSU*3* : « Oui »

I : « Lesquelles ? »

MSU*3* : « La phytothérapie on l'utilise, le recours à, comment tu avais appelé ça… le lien corps, euh… »

I : « Corps-esprit »

MSU*3* : « Le lien corps-esprit, je le suggère… »

I : « C'est à dire ? »

MSU*3* : « En la technique auquel le patient pense pouvoir adhérer…. Je le suggère, je n'impose rien. Je suggère, je dis : « Peut-être que là on est arrivé à une situation médicale où je n'ai pas d'autre solution à proposer et que peut-être ce serait bien de trouver un autre chemin ». Ce n'est pas moi qui trouve le chemin pour le patient, je suggère, sur un mode suggestif. La phyto, je l'utilise assez régulièrement, pareil, si…. Je peux parler ?... *[Rire]*… »

I : « Oui, oui, allez-y »

MSU*3* : « Si je prends l'exemple du rhume ou de la toux-rhume…des symptômes assez banaux en médecine générale qui peuvent masquer des pathologies graves éventuellement dessous. Lorsque l'on a fait la part des choses à l'anamnèse, à l'examen clinique, et que l'on pense à un rhume banal viral. Les gens sont, en général et surtout en France, en attente de prescription. On sait qu'il y a des prescriptions qui marchent et des prescriptions qui ne marchent pas, euh… Moi, des fois, les patients me demandent clairement un truc pour la toux et je leur réponds : « Vous n'avez pas lu l'article dans le Monde l'autre jour qui disait que les sirops antitussifs ça servait à rien », ils me disent bof, certains me disent oui. Je leur propose éventuellement une thérapeutique active qui a fait ses preuves, je sais pas, un codéiné s'il n'y a pas d'effets secondaires majeurs attendus ou s'il n'y a pas de contre-indications et puis sinon je vais proposer, comme mon collègue de ce matin, du Prospan qui est à base de plantes. Euh… où je vais ne rien proposer… Ça dépend de l'attitude du patient, de la relation que l'on peut avoir, des fois je veux leur dire « Moi, médicalement je ne vois rien de grave, prenez du miel et ça ira bien. ». Après ce n'est pas toujours facile, mais il faut trouver un moyen un moment, il faut dire par exemple : « Là, vous ne relevez pas d'une antibiothérapie, je peux vous proposer ça… ». Moi je sais que j'utilise pas mal les inhalations à base de plantes, d'eucalyptus et tout ça. Pour l'avoir testé sur moi, ça ne m'a jamais fait de mal et j'ai l'impression que ça m'a fait plutôt du bien…. Je leur présente un peu comme ça… »

I : « D'autre… ? »

MSU*3* : « Après sur tout ce qui est manipulation, médecine manuelle, je leur dis…. Notamment pour l'ostéopathie qui est très en vogue, surtout dans les régions à fort pouvoir d'achat, ce qui est notre cas ici…. Je pense que dans le Nord-Pas-de-Calais, l'ostéopathie est beaucoup mois en vogue…. Moi je ne vais pas leur préconiser de voir un ostéopathe qui n'est pas un professionnel de santé. S'ils me disent : « Je suis allé voir l'ostéopathe, euh, ou est-ce que je peux aller voir l'ostéopathe ?», je ne vais pas dire : « Non, vous ne pouvez pas voir l'ostéopathe », mais je ne les tourne pas vers un professionnel qui n'est pas un professionnel de santé. »

I : « Donc soit un ostéopathe kinésithérapeute soit un médecin ostéo ? »

MSU*3* : « Non !!! Ils choisissent, c'est leur choix, mais j'adresse, s'il y a un problème de rééducation ou un problème de kinésithérapie, je les adresse à un kiné. Je fais des prescriptions de kinésithérapie. S'il y a un problème, alors ça peut m'arriver de leur dire d'essayer l'ostéopathie, ça peut m'arriver, mais ce n'est pas…. Voilà…. On n'est pas dans le domaine… Il y a recours à un professionnel qui n'est pas un professionnel de santé et je veux éviter toute notion de copinage entre…. Ça reste sur un mode très très suggestif. Après, en médecine manuelle, j'ai adressé à des confrères médecins qui utilisent des thérapies manuelles certain patients pour lesquels j'étais… Pour des douleurs rhumatologiques, des symptomatologies… Entre guillemets des douleurs neuropathiques, j'ai adressé des patients à des confrère médecins avec un courrier qui est remis au patient en disant : « Est-ce que vous pouvez quelque chose pour ce patient », parce que moi, après avis rhumato, bilan rhumato, je n'arrive pas à soulager le patient, ça ça arrive aussi. »

I : « On est dans une situation où on est en bout de chemin dans la médecine conventionnelle… »

MSU*3* : « Ouais… ouais… C'est le même, même… idem que pour le sevrage tabagique. Il y a beaucoup de gens qui demandent le sevrage tabagique, donc on essaye de faire les entretiens motivationnels, les choses comme ça, tout l'arsenal que l'on a en médecine conventionnelle, mais parfois le patient nous dit : « J'ai envie de voir un acupuncteur, qu'est-ce que vous en pensez ? » Je réponds : « C'est

quelque chose que je connais mal mais si vous pensez que c'est la voie, allez-y ». Grosso-modo ça ne passe pas mal. »

I : « Au niveau formation sur les MAC ? »

MSU*3* : « Ma formation ? J'en ai très peu, je n'en ai pas…. Euh… Après on a un peu de formation à la fac sur l'effet placebo, sur les choses comme ça… L'effet placebo peut être utilisé en phytothérapie. Mais dans la formation on n'a quasiment rien…. Après on peut se renseigner mais c'est plus de la culture générale que de la formation médicale. Mais dans tous les termes, par exemple médecine manuelle, entre chiropracteur, ostéopathe, je ne saurais expliquer le distinguo au patient ou à toi exactement. Le distinguo entre ces différentes techniques qui ont, voilà… Le chemin est à peu près le même je pense. Après le distinguo je ne saurais l'expliquer. »

I : « Par rapport aux... Est-ce que vous discutez des MAC avec votre interne de SASPAS ? »

MSU*3* : « Oui »

I : « Dans quelles circonstances ? »

MSU*3* : « …Notamment dans les cas où on a fait un bon bout de chemin en médecine conventionnelle et où l'on se n'en sort pas et on n'a pas d'issue, pas de réponse à apporter au patient et euh…. Si je prends un exemple récent…. Enfin en médecine générale, contrairement, du moins quand on est installé, on est confronté à des échecs. Quand j'étais à l'hôpital aux urgences, euh, c'est un peu sur mode binaire on/off, ça marche, ça ne marche pas. Là, les patients ont les revoit et des fois on est mis en échec. Il y a même des patients qui adorent me mettre en échec. C'est plus particulièrement là où je pense qu'on pourra avoir recours…. Et avec les internes, on a une médecine conventionnelle qui est enseignée à la fac, euh, et il y a plein de concepts de médecine holistique qui sortent, qui ressortent… Par exemple les derniers internes que j'ai eus, je leur ai offert un bouquin, je ne sais pas si tu connais…. Le Pharmachien, qui est un bouquin écrit par un pharmacien québécois

qui va démystifier plein de grandes thématiques de la médecine générale… Genre le distinguo entre la grippe et un rhume, sous forme de bande dessinée, et qui va démystifier mais sans les condamner, justement, certaines médecines alternatives et voilà…. C'est un ouvrage sur lequel je me base pas mal y compris les patients… Je l'ai mis en salle d'attente à l'attention des patients. »

I : « D'accord »

MSU*3* : « Je t'en filerai un en cadeau »

I : « Et qu'est-ce que tu dis à tes internes sur les MAC, qu'est ce que tu veux leur transmettre ? »

MSU*3* : « J'ai envie de leur transmettre…. Il n'y a pas de niveau de preuve la plupart du temps mais qu'on fait plein de chose en médecine où le niveau de preuve est…. Si on prend l'exemple du diabète de type II, le niveau de preuve de l'efficacité de la Metformine sur la morbi-mortalité à long-terme, est-ce qu'il est vraiment si évident que ça… Je ne suis pas sûr… Alors voilà, après, tout est une question de relativiser les choses. Après je leur donne aussi des exemples où les patients sont allés d'emblée dans la voie des médecines alternatives, je te prends l'exemple. Il y a un an à peu près j'ai un patient qui traînait une lombalgie depuis plusieurs mois, qui s'est transformée en lombosciatalgie. Il a vu son médecin traitant dans sa région d'origine, il lui avait fait un traitement tout à fait adapté à l'époque où il l'avait vu et puis le patient en revenant dans la région, parce qu'il est dans 2 régions différentes, il est allé voir un ostéopathe qui l'a suivi régulièrement, et là il vient en second recours vers le médecin généraliste en disant : « Ma lombosciatalgie ça va pas ». Et il arrive, je le fais rentrer dans la salle d'examen et il step… clairement…voilà, 3 jours après il était en neurochir opéré de son hernie discale contraignante et euh, il a niqué sa racine L5. Il récupérera un petit peu mais pas tant. Là, ça me met en boule… »

I : « Et du coup le message aux internes… »

MSU*3* : « Ça va être…. Après c'est le libre choix du patient. S'il décide de voir en premier recours l'ostéopathe et pas le médecin généraliste ça lui appartient. Après je

pense qu'on a un devoir d'information auprès du patient en disant méfiote, les problèmes de santé parfois ça peut être grave, parfois il peut y avoir des conséquences vitales, parfois il peut y avoir des conséquences fonctionnelles à vie et méfiote quand même… Juste le rappeler de temps en temps. »

I : « Un rôle de garde-fou… »

MSU*3* : « Oui, oui et idem on voit un certain nombre de prises en charge en soins palliatif ici, parce qu'on est une maison de santé pluri-professionnelle, parce qu'on travaille en réseau avec des spécialistes, euh, on a déjà eu, fin voilà, il y a des patients parfois jeunes qui partent, dans… j'appelle ça des délires naturopathes et qui sortent complètement du circuit de la médecine conventionnelle avec des cancers incurables, euh, des douleurs et qui s'engouffrent dans des brèches où ils y laissent pas mal de souffrances à mon sens… Moi ça me… [*silence]…* Maintenant je ne vais jamais dire à un patient : « Arrêtez avec vos conneries de naturopathe », le patient ça lui appartient, ça lui appartient… [*silence]*…. Le médecin, ce qui est intéressant à étudier aussi, je ne sais pas si ça fait partie de tes questions mais le rapport du médecin avec sa propre santé. Le médecin, est-ce que lui il utilise pour lui même parfois les médecines alternatives. Quelles croyances il a en telles ou telles solutions qui peuvent lui être proposées pour un problème plus ou moins grave. Je ne sais pas… »

I : « Et vous ? »

MSU*3* : « Moi je sais que j'accumule beaucoup de stress dans mon travail pour plein de raisons, je le sais, j'en prend acte, j'en ai pris acte il y a longtemps et je sais que j'ai régulièrement besoin de… je vais voir un masseur qui est diplômé de rien du tout, qui a des techniques indiennes et voilà. C'est pour moi un… Je ne vais pas parler de temps de soin mais de temps de bien être… *[silence]*… On peut aussi parler de temps de soin, pourquoi pas… »

I : « Les deux sont parfois... La frontière ente les deux est minime. »

MSU*3* : « Oui, mais voilà. Il y a plein de patient qui sont persuadés que leur médecin est contre les médecines alternatives parce que leur médecin, j'ai un cursus de médecin urgentiste, je continue à faire des urgences, je ne suis pas contre… Même ma femme, elle me dit « Tu n'en as rien à cirer… De ce que je peux faire avec mes produits. » Je lui dis « non », ce n'est pas la médecine que je peux prodiguer au patient, mais je lui interdis pas et même parfois je lui conseille. »

I : *« Rester ouvert… »*

MSU*3* : « Oui, les patients sont demandeurs que l'on reste ouvert ».

I : *« Les patients en parlent facilement ? »*

MSU*3* : « Non, très souvent, il faut les… Ils ne vont pas spontanément dire qu'ils sont allés voir l'ostéopathe ou encore moins le naturopathe ou certaines techniques de thérapie manuelles, ils ne pourront spontanément le dire… Clairement… Certainement quelque part quand ils le disent ou qu'on leur fait dire et qu'on a un regard approbateur ou en tout cas pas désapprobateur de leurs pratiques, ça les conforte dans l'idée, ça peut leur faire que du bien. »

I : « Du coup c'est important de savoir s'ils consultent ? »

MSU*3* : « Ouais je trouve ça important et je le trace dans le dossier. C'est un élément que je trace comme je trace des difficultés dans le couple, dans le boulot, comme je trace un deuil récent, moi c'est quelque chose qui est tracé dans le dossier. Parce que quelque part s'il est allé voir dans le domaine des médecines alternatives c'est que quelque part on a pas répondu complètement à on problème de santé ou on l'a pas suffisamment rassuré. »

I : « *Par rapport à l'interne, quand ils sont en phase d'autonomie comment gérer s'il prescrit de l'homéopathie, adresse à un ostéopathe, comment se passe le débrief ? »*

MSU*3* : « J'ai eu aucun interne qui…. Moi sur l'homéopathie clairement quand les patients me demandent, il m'arrive que les patients me demandent : « Vous avez pas

un truc homéopathique ?» je dis « Non, je ne connais pas, je ne suis pas formé », je leur recommande souvent d'aller voir le pharmacien parce que dans les pharmacies avec qui je bosse, il y a toujours quelqu'un qui s'y intéresse et je leur dis : « Faites confiance au pharmacien et voyez avec lui », voilà pour ce qui est de l'homéopathie. Je leur dis clairement que je n'y connais rien. Après je n'ai jamais eu d'interne qui était intéressé par tout ça, peut être que ça arrivera. Est-ce que si un interne me prescrit de l'homéopathie à un patient dont je suis médecin traitant, comment je vais réagir ? »

I : « Oui, quoi, homéopathie ou une autre médecine complémentaire et alternative. Comment vous allez… Est ce que vous en discutez avec l'interne ? »

MSU*3* : « Ouais, c'est quelque chose, notamment sur la phyto clairement, moi je pense que la phyto a une place dans l'arsenal thérapeutique du médecin généraliste. J'ai beau avoir une formation très scientifique et pragmatique, je l'utilise et je préfère utiliser la phyto qu'une thérapeutique conventionnelle mal maîtrisée. Je pense notamment aux problèmes d'anxio-dépression, voilà. Après il faut dire aux internes et aux patients que la phytothérapie à des effets secondaires, des interactions. Je pense au millepertuis qui a prouvé son efficacité scientifiquement pour le coup. Moi je l'utilise, le millepertuis. »

I « Les internes, vis à vis des MAC, comment vous les trouvez ? Intéressés ? »

MSU*3* : « Souvent pas très intéressés, souvent goguenards… Comme j'ai pu l'être à leur âge. Mais voilà. Je pense qu'on y vient de par l'exercice… Quand on est interne ou quand on est médecin à l'hôpital, on est pas confronté à l'échec thérapeutique. En médecine générale on est confronté à l'échec thérapeutique et les patients demandent des solutions. Parfois la science ne peut amener des solutions, mais c'est pas pour ça qu'il n'y a pas de solution… *[Silence]*… Je pense notamment à une patiente, que je vois à peu près tous les mois, qui décrit depuis 20 ans, elle a eu plusieurs médecins généralistes, on a des outils informatiques, on peut tracer les choses, elle a dû consulter 5 ou 6 rhumatologues, plusieurs neurologues, il y a eu plusieurs médecins généralistes qui la suivent et depuis 20 ans elle décrit une même douleur qui part des omoplates, qui irradie dans l'épaule, qui remonte dans l'occiput.

Il y a eu des hypothèses de faites sur l'origine de ses douleurs, toute cause grave a été écartée sinon elle serait déjà morte, euh, il y a eu différents types de traitements envisagés, il y a eu des traitements de la douleur neuropathique, des traitements antidouleurs, des traitements antidépresseurs… Euh, voilà, et tout les mois ou les 3 mois elle revient et re-décrit à l'envie cette même douleur depuis 20 ans. Je lui réponds quoi ? « C'est la même douleur depuis 20 ans madame, on sait qu'on peut rien y faire », je lui réponds ça ou j'essaye de la réorienter vers des solutions qui pourraient l'améliorer… C'est compliqué… C'est compliqué… Il y a des jours où je me sens presque le droit de me foutre de sa gueule mais non… *[rire]*… Mais non, elle a mal, elle souffre, elle souffre….

I : « Pour vous, quel sont les freins que vous identifiez à l'enseignement des MAC ».

MSU*3* : « Le frein c'est la somme des choses à connaître pour savoir faire de la médecine… générale en tout cas. »

I : « C'est à dire ? »

MSU*3* : « C'est colossal…C'est colossal la somme de choses à savoir…. Il y a des choses qui ne s'apprennent pas, je pense…Je pense que l'empathie ça ne s'apprend pas. Pour le retourner dans ma tête dans tous les sens je pense que l'empathie ne s'apprend à la fac… [*Silence]*… Mais le champ de la médecine est tellement vaste qu'en général, et je pense qu'on peut s'en rendre compte qu'une fois installé, et c'est encore la même chose, avoir des patients qui viennent et qui reviennent. Le frein il est là, sur quoi… On fait de l'addictologie, on fait de la gynéco, de la pédiatrie, du soin palliatif, on est médecin correspondant SAMU, de la pathologie chronique, des soins terminaux, du rhume… On enseigne mal le rhume… [*rire]*… Pourtant c'est fréquent, la gastro c'est pareil… Pour moi c'est plus une question d'ouverture d'esprit et de culture générale que d'enseignement. Ça passerait plus pour moi par des cours, pas d'enseignement de telle ou telle technique mais plus par… Je viens de la fac de Tours qui a été une des premières facs qui a mis en première année une épreuve de philo et ce n'est pas anodin quand même. Je pense que plutôt que d'enseigner des techniques de médecine parallèle, euh, de faire un enseignement renforcé en éthique, en philosophie et en histoire de la médecine, ça permettrait de

détendre un peu certains… Faire vraiment… Mouais faire vraiment… Ce qui manque souvent au médecin, y compris médecine générale, c'est la notion de prise en charge globale et justement je parlais de médecine holistique tout à l'heure… »

I : « Ça c'est justement quelque chose que revendiquent les MAC »

MSU*3* : « Je pense qu'un bon médecin généraliste en fait, de la médecine holistique, il a beau avoir une pratique conventionnée, il en fait de la médecine holistique. Euh… Si on voit quelqu'un arriver pour juste, je ne sais pas, un trauma de poignet survenu au travail, enfin le trauma de poignet à radiographie normale avec un examen clinique assez rassurant, euh, avec une impotence fonctionnelle pas si marquée. Qu'est-ce qui pousse le patient à consulter dans le cadre d'un accident de travail pour un trauma de poignet a priori bénin ? Derrière, il y a sûrement des problèmes au travail, peut-être un problème avec sa femme, peut-être une dépression masquée, je ne sais pas… En médecine générale on prend en charge le patient globalement, c'est de la médecine holistique. Il ne faut pas opposer les deux. Enfin, ouais… L'histoire du patient elle est importante même quelqu'un qu'on voit… Enfin nous ici on voit beaucoup de patients qui sont de passage, des touristes, et moi très souvent il m'arrive de leur demander ce qu'ils font comme métier…. Parce que si on prend par exemple la souffrance au travail… Ça non plus ce n'est pas enseigné à la fac et il y a un bon chapitre dessus… En médecine générale c'est un chapitre majeur… »

I *: « Oui, énorme… »*

MSU*3* : « La souffrance au travail, au sens où... Il n'y a pas que le burnout, c'est aussi les conflits au travail, les conditions de travail difficiles… Là aussi il y a un chapitre… Là je pense que l'on est hors cadre mais je travaille beaucoup avec des psychologues, des psychologues diplômés d'État mais là je pense qu'on sort du cadre des médecines alternatives et complémentaires, c'est de la médecine conventionnelle. Mais ce qui est important à mon sens c'est qu'on ne soit pas seul dans des prises en charge complexes, oui il y a des problématiques qui s'intriquent pour un patient donné, c'est de ne pas rester seul dans la boucle de soins. Quand il y a une problématique complexe, d'ordre dépressif psychiatrique, l'accès aux soins de

psychiatrie spécialisé est très complexe dans la vallée, donc moi je m'appuie sur des psychologues si les patients ont les moyens financiers de se payer un psychologue, ce qui n'est pas toujours le cas. On peut aussi, notamment pour toutes les pathologies de stress, névrotique, ça m'arrive souvent de dire aux patients : « Il y a sûrement une voie c'est à vous de la trouver… Faire du yoga, aller voir tel manipulateur, allez-y ! ». Après il y a une autre de nos responsabilités en dehors de celle de garde-fou pour ne pas passer à côté de pathologies graves qui relèveraient de la médecine conventionnelle ou de thérapeutiques spécialisés, c'est le garde-fou financier parce que les médecines alternatives peuvent coûter très cher en France, et on voit parfois des patients avec des moyens limités qui s'engouffrent dans des thérapeutiques alternatives et ça leur coûte très très cher… Oui je pense qu'on a aussi un rôle de garde-fou social plus que médical. Je prends un exemple, ça ne concerne pas le pharmacien du coin mais l'autre jour je vois quelqu'un qui venait pour un traumatisme bénin, c'était le pouce, je ne sais plus, qui avait consulté en premier recours un pharmacien et qui s'en est sorti pour 25 € de produits non remboursés. Sur les 25 €, il n'y avait aucun antalgique, c'est quand même la base, le patient il va chez le pharmacien parce qu'il a mal ou il va chez le médecin parce qu'il a mal et la réponse c'est ne plus avoir mal, la réponse secondaire c'est : « Qu'est-ce qui se passe dans mon poignet docteur c'est grave ou pas ? »… Hum… 25 € et quelques, après très bien je n'interdis pas le pharmacien de faire du commerce mais il y a quand même une responsabilité, un pharmacien c'est un soignant quand même. Après tout ce qui est médecine manuelle, clairement, je n'ai aucune formation et voilà…Il m'arrive pourtant de l'utiliser chez des patients que je vois pour des… Une douleur rachidienne par exemple, eh bien je vais les examiner, calculer la distance doigt sol, rechercher les points douloureux et en examinant le patient il va y avoir un contact corporel qui est essentiel en médecine générale. Par exemple, si je fais le choix de prendre la tension manuellement et de ne pas utiliser mon tensiomètre automatique c'est parce que j'ai envie d'avoir un contact, on ne va pas dire charnel, un contact physique avec le patient. Euh, ça passe par l'érotisation de la relation enfin tout ça, tout un tas de processus…Euh et dans les patients qui ont, je ne vais pas aller manipuler, mais je vais aller faire du pincé roulé, je vais aller masser et rechercher les points douloureux musculaires, encore une fois sans aucune base de formation mais des fois les patients ils disent : « Ah oui, docteur ça fait du bien, n'arrêtez-pas », et voilà. Idem je sors de l'enterrement d'un patient qui

est mort vendredi dans la nuit et que j'ai accompagné à domicile jusqu'à la fin en soins palliatifs à domicile avec médecins et infirmières du cabinet médical, on a pas eu recours à une HAD, parce que on s'en sort bien comme ça, et ce patient à la fin, il avait des morphiniques à forte dose au pousse seringue sur les 48 dernières heures, et la dernière journée, je suis passé le voir quatre fois et qu'est-ce que je pouvais lui apporter en soin dans les derniers instants ? Je suis suis passé une fois le midi il y avait l'infirmière qui était là en train de masser les talons en prévention d'escarre… On sait que le massage en prévention d'escarre ça ne sert strictement à rien, c'est démontré, éventuellement scientifiquement on peut faire de l'affleurage doux, éventuellement ça peut être préconisé. Mais voilà, elle avait un contact thérapeutique avec le patient, un contact physique, eh bien moi qu'est-ce que j'ai fait avec ce patient?Il était semi-conscient et ben je lui ai palpé le ventre pour voir s'il n'était pas algique au niveau du ventre, j'ai touché sa main et puis voilà, pour moi il y avait de la thérapeutique. Donc on fait plein de choses sans se rencontrer...

I : « C'est des choses que vous essayez de partager avec vos internes ? »

MSU*3* : « Oui oui, pourquoi je n'utilise pas de tensiomètre électronique et je prends la tension manuellement oui, oui ça j'explique pourquoi, il m'arrive parfois de l'expliquer aux patients aussi… parce qu'on l'a, le tensiomètre électronique. « Pourquoi vous ne prenez pas la tension ?» « Parce que j'avais envie de vous toucher »… [*rire]* … Après avec les internes on a un rôle dans les deux sens clairement, de dire : « Il y a des techniques alternatives mais d'un autre côté méfiance avec certaines pratiques qui relèvent plus du gourou que du soin », mais il y a un équilibre à trouver car souvent ils sont, comme je l'étais, très dubitatif... C'est vraiment – ça j'en suis persuadé – par l'exercice qu'on apprend à s'y intéresser et à y avoir recours. »

I : « Du coup pensez-vous qu'il y aurait une place dans le… je ne sais pas, en début d'internat, à faire des cours sur les MAC ? »

MSU*3* : « J'en reviens, je redonne la même réponse tout à l'heure je pense qu'il y a qu'à faire pas euh… Tout au long de la formation, à faire un gros pavé d'éthique, d'histoire de la médecine, de porter un intérêt aux médecines à travers le monde

entier. Je prends exemple, il y a 10 jours une patiente arrive, britannique d'origine chinoise, elle venait de tomber en surf, fracture déplacée de deux poignets et je ne savais pas qu'elle avait vécu en Chine avant de venir s'installer en Grande-Bretagne et je lui demande si elle veut des antalgiques. Elle me répond : « Non je n'en veux pas ». On commence à faire les radios Elle souffre, elle crie, je lui repose la question. Elle me répond : « Non je ne veux pas d'antalgiques ». On réduit les fractures, on lui fait accepter le fait d'avoir de l'Antonin sur le nez, je lui fait une anesthésie à la Xylo intra-focale, ça se passe plutôt bien au niveau antalgie lors de la réduction, on se lance dans l'immobilisation de 2 poignets et à nouveau elle avait mal et je lui redemande une troisième fois: «Est-ce que vous voulez des médicaments contre la douleur ? Je ne propose pas forcément une injection, ça peut être en comprimés aussi… », « Non je n'en veux pas, vous savez, en Chine on ne prend pas de médicaments » et j'ai dit « OK ». C'est déstabilisant pour moi, je n'ai pas envie de voir les gens souffrir et je n'avais rien d'autre à proposer que des médicaments antalgiques à cette dame. L'acupuncture pour la fracture de ces deux poignets je ne peux pas, je ne sais pas faire… Voilà… Mais j'ai mis longtemps à comprendre, voilà, qu'il y a une autre culture derrière. Je lui ai quand même fait une ordonnance avec des antalgiques pour la nuit car la chirurgie était différée pour le lendemain, je me suis dit que… [*Rire]*… les poignets étaient réduits mais ça reste quand même douloureux, deux fractures du poignet. Mais après sur les thérapeutiques en prenant du recul, l'arsenal thérapeutique basé sur des études… Voilà… Si on reprend la thématique de la prévention cardio-vasculaire, on a des recommandations sur le diabète de type II, sur les dyslipidémies, l'hypertension artérielle, on essaie, on essaye de faire au mieux avec tout ça, après est-ce que l'essentiel est là ? Après 15 ans de médecine je suis pas sûre que l'essentiel soit dans les thérapeutiques médicamenteuses… [*Rire]*… Parce que le patient qui a une hygiène de vie déplorable et qui prend ses médicaments est sûrement plus à risque cardio-vasculaire que celui qui suit le « Manger Bouger », sans médicaments. Après ça aussi c'est des messages à faire passer aux internes. »

I *: « L'influence que vous avez sur vos internes ? »*

MSU*3* : « Énorme… [*Rire]*… Je pense que l'on a, moi, enfin je pense que c'est une chose qui me plaît énormément les départements de médecine générale ; j'avais fait

une formation SASPAS niveau cinq, il faut que j'en refasse, des formations, pour savoir parler aux internes. Ils nous avaient demandé de décrire sur un tableau la relation interne-maître de stage universitaire. Moi j'avais parlé de compagnonnage, ils ne voulaient pas en entendre parler, ce n'est pas compagnonnage. Moi je n'arrive toujours pas comprendre pourquoi ce n'en est pas un. Il y a des blocages comme ça. Je pense qu'on a une très grosse responsabilité, moi c'était le début des stages chez le médecin généraliste quand j'ai fait mon internat et j'ai eu certaines réponses de la part des médecins généralistes chez qui je suis passé, je pense qu'il y a des messages, je n'ai pas su les recevoir, mais pour moi dans mon activité médicale hôpital ou en médecine générale, c'est quelque chose de super important. Notamment de démonter certains dogmes facultaires de l'enseignement. Je n'ai rien contre la fac.

I : « C'est à dire ? »

MSU*3* : « C'est à dire, la médecine est souvent trop cloisonnée, on peut faire plein de choses en médecine générale. On fait beaucoup de psychiatrie au sens large et pour moi toute la psychiatrie ne peut pas être fait par les psychiatres, toute la diabétologie par les diabétologues, la rhumatologie par les rhumatologues, toute la population ne peut pas mourir en service de soins palliatifs, tous les patients ne peuvent pas avoir une consultation antidouleur dans des délais acceptables, il y a du boulot quoi… Et Il y a beaucoup de choses à décloisonner… Moi c'est ce qui m'attirait dans la médecine générale quand j'ai commencé à faire médecine. Après je suis allé faire des urgences, mais je suis revenu en médecine générale par la gériatrie essentiellement : on faisait beaucoup de gériatrie aux urgences et on la faisait mal. J'ai décidé de passer une capacité de gériatrie, on en fait beaucoup de la gériatrie en médecine. Au final il y a peu de géronto dans le cursus de médecine générale. Mais ce n'est pas parce qu'on fait de la gériatrie qu'on ne peut pas faire un ongle incarné derrière où faire une consultation de pédiatrie. Voilà, c'est un exercice très polyvalent et très très noble et parfois j'entends des trucs à l'hôpital qui me font bondir. Un collègue urgentiste qui va me dire : « Un patient en globe, il faut absolument qu'il soit hospitalisé et qu'il soit sondé aux urgences, qu'il soit vu par l'urologue tout de suite ». Et bien non, un patient en globe sur une hypertrophie bénigne de prostate, il peut être géré entièrement en médecine générale jusqu'à

l'avis spécialisé qui aura lieu le 10e jour. Et ce genre de dogme, il y en a plein en médecine et c'est profondément usant… Il y a aussi des dogmes sur les médecines alternatives. Des choses à construire et déconstruire, à penser… »

I : « Il y a une étude, qualitative aussi, qui avait interrogé les médecins sur leur représentation des MAC et en conclusion ils retrouvaient 3 grandes catégorie de vision sur les MAC : l'indécis, le septique et le convaincu. Dans laquelle vous placez-vous ? »

*MSU3 : « E*h bien je pense qu'on peut être les trois à la fois. Ben moi je me mettrai dans les trois cas à la fois et je refuserais d'être dans une case plus qu'une autre. Clairement, le mec qui arrive en steppant à cause de sa sciatique, oui ça me met dans la case sceptique. Clairement la patiente qui a mal depuis 20 ans que j'adresse à un collègue manipulateur physique, je suis dans les convaincus. Clairement des fois je suis dans les indécis. Mais je ne veux pas être dans une case plus qu'une autre. Pourquoi les patients sont-ils attachés à leur médecin généraliste ? Il y a une étude qui remonte à 2-3 ans qui a démontré que les patients sont très attachés à leur médecin. Ça a beau être une grosse grosse brèle d'un point de vue médical, ils restent très attachés à leur médecin généraliste. Pourquoi ? Parce que le médecin répond à leur demande de soins, c'est pour ça qu'ils sont attachés. La réponse est pas uniforme, la même selon les patients, selon l'histoire que l'on a avec le patient aussi. Il y a des patients qui parfois… Il peut nous arriver de faire des erreurs thérapeutiques, erreurs diagnostiques, c'est important de savoir les repérer, mais derrière, le patient il vous aime quand même. On a beau faire des conneries mais il continue à vous aimer… Et ben il faut continuer à lui apporter des réponses. Et plutôt que de donner des réponses en donnant des thérapeutiques pas appropriées ou qui donnent des effets secondaires graves ou voilà. Eh ben il y a une place pour tout ton machin… [*Rire]…* Non mais voilà… »

I : « Vous avez répondu à peu près toute mes questions, merci. »

Entretien n°IV

I : « Depuis combien de temps es-tu MSU ? »

MSU : « C'est le quatrième interne donc presque 2 ans. »

I : « Tu as des internes en UPL-SAPAS ? »

MSU : SAPAS, c'était d'abord un projet personnel, Alix et c'était un projet personnel d'une demi-journée par semaine et puis après du coup c'est passé directement en SASPAS. Donc là c'est mon troisième interne de SASPAS du coup. Ça fait depuis un an et demi quoi »

/ : « Par rapport aux MAC, les utilises-tu dans ta pratique ? »

MSU : « Oui »

I : « Lesquelles ? »

MSU : « Donc l'homéopathie que je prescris moi, parfois ça m'arrive d'adresser à des confrères que je juge le meilleur que moi en terme homéopathique ils utilisent l'unicisme que je ne connais pas bien, euh, et puis et j'adresse sinon régulièrement à des ostéopathes, acupuncteurs et il m'est arrivé récemment de conseiller les cycles MBSR le cycle de méditation que j'ai fait pour moi récemment. Mais je n'utilise pas la méditation dans la pratique pour mes patients. Mais ça m'est arrivé du coup, après avoir fait le cycle, d'adapter pour des gens dont j'ai jugé qu'ils avaient besoin. »

I : « Dans quel contexte utilises-tu les MAC ? »

MSU : « Euh, j'utilise beaucoup en pédiatrie en particulier l'homéopathie, j'utilise beaucoup dans les troubles du sommeil dans l'anxiété je. Euh, j'utilise beaucoup quand je suis… Pour les enfants en général et pour les adultes quand je ne veux pas

passer à l'allopathie quand je juge que c'est trop fort et qu'entre ne rien donner et juste expliquer et donner des médicaments qui en mon sens ne sont pas adaptés parce que trop forts, très souvent homéo on trouve des choses, ça c'est plutôt dans l'aigüe je dirais… et puis après dans la récurrence des symptômes et les gens ont souvent les mêmes types de maladies etc.… en homéo on a souvent des traitements de fond que l'on trouve pas en allopathie… et puis qui n'ont pas d'effet indésirable et puis après il y a des gens qui viennent me voir pour ça mais c'est pas… c'est loin d'être la majorité… il y en a quelques uns qui viennent parce qu'ils savent que je fait de l'homéo mais je ne fais pas uniquement de l'homéo, ça fait partie de mon panel thérapeutique… Je ne sais pas si c'était ça ta question… »

I : « Au final une utilisation plus en alternative à l'allopathie ? »

MSU : « Oui mais en complément parfois aussi. C'est à dire par exemple, euh, ça me paraît pas…. Dans ce que j'ai appris en homéo en tous cas… on pouvait associer les deux, ce n'est pas antinomique de prescrire des antibiotiques si on juge qu'il y a une infection et pour, en aigue, donner des granules, vraiment pour le traitement symptomatique. »

I : « Par rapport à ta formation sur les MAC ? »

MSU : « J'ai fait les 3 ans de formation… j'ai fait la formation, euh, de la FFSH, qui est la fédération française de … je ne sais plus… »

I « Soins homéopathique ? »

MSU : « Oui, peut être, c'est possible…. Qui est une école qui dépend de Boiron… qui est une formation sur 3 ans, qui est une formation d'homéo plurisciste, donc beaucoup dans le symptôme et le traitement de fond, ce n'est pas la même formation que l'uniciste. L'uniciste, la formation est plus dure, elle se fait à Grenoble. Moi ma formation c'était un samedi par moi durant l'année, ce qui me permettait d'allier travail au cabinet et la formation…voilà… Et j'ai eu le diplôme du coup… »

I : « Par rapport aux MAC et l'interne, abordes-tu le sujet avec l'interne ? »

MSU : « Ben, euh, dans la partie où on est ensemble, c'est vrai que du coup, surtout quand, euh, enfin quand on est…. La première partie… la supervision directe ben du coup je suis amenée à proposer, à en parler mais c'est vrai que comme durant les formations, la formation de MSU que j'avais eu on est pas sensé proposer de l'homéopathie justement, il y a un un petit coté, euh… interdit…J'avais ressenti ça comme ça moi, le coté l'homéopathie comme c'est pas reconnu, pas vraiment reconnu entre guillemet, c'est un espèce de truc où il ne fallait pas vraiment axer la formation là dessus. Ben du coup, j'ai envie de donner les recettes et l'envie de, de, aux internes de s'intéresser à ça parce que je pense que c'est hyper-intéressant mais en même temps j'étais un peu bridé par ce que j'avais compris, peut-être implicitement, au cours de la formation de maître de stage. C'est à dire ce que j'ai aussi entendu dire si j'avais un peu trop insisté sur le fait que je fasse de allô homéopathie c'était pas gagné que je sois maître de stage. Je pense que c'est les homéopathes purs et pas quand on l'utilise comme moi en complément et puis je me trompe peut-être…. Quand je me suis formée pour être maître de stage pour Alix j'avais, parallèlement le jour où il m'imposait de me former, une formation d'homéopathie et je l'avais clairement dit. Ce n'est pas interdit mais c'est un peu comme si… Bon voilà… il ne fallait pas trop valoriser ça… après c'est peut-être aussi c'est chronophage et un peu complexe d'expliquer comme ça, peut être alors… »

I : « Sur la phase passive qu'est ce que tu vas dire à l'interne ? Qu'est ce que tu as envie de transmettre ? »

MSU : « j'ai plus envie de donner l'envie, la curiosité parce que pour moi, pas tous loin de là, les internes qui sortent de la fac il y a une impression de formatage, que l'homéopathie ce n'est que du sucre et de l'eau. Je comprends qu'on puisse dire ça mais en même temps si l'interne n'a pas la curiosité d'emblée, parce que il y en a qu'ils l'ont d'emblée, mais les internes n'ont pas forcément cette curiosité là, la curiosité de découvrir… Après ça leur plaît pas, ça ne correspond pas à leur envie de pratiquer ça c'est chacun… mais j'ai plutôt envie de donner l'envie de la curiosité d'essayer, de voir soit ça soit autre chose mais c'est plus ça que je connais après effectivement il y a tellement de choses à voir ensemble sur le cabinet… que je n'axe pas là dessus je pense… pas assez d'ailleurs. Ce n'est pas ma priorité est-ce que

j'avais l'impression qu'il ne fallait pas trop axer là-dessus, euh, je ne suis pas…. Il y a une histoire de temps et euh… quel est la place du maitre de stage de transmettre ce genre de chose… je ne sais pas. Je veux transmettre l'envie… »

I : « L'envie de gratter un peux plus… »

MSU : « Oui, de s'ouvrir. Dire OK il y a de la médecine conventionnelle et pourquoi pas les médecines alternatives et complémentaires et on peut dire en ce qui concerne l'homéopathie en tout cas il n'y a pas de risque et les gens sont en demande aussi. Ça c'est quelque chose auquel les internes vont, quand ils vont s'installer, être confronté à des demandes et je pense que l'ouverture même si on n'y connait rien, la curiosité, l'ouverture aux MAC c'est intéressant parce que les gens, je pense, sont vachement en demande. Je pense qu'il faut que les… enfin je pense… soit on a d'emblée l'homéopathie dans son panel personnel parce qu'on a eu ça dans sa vie avant et puis ça peut donner l'intérêt soit si on ne l'a eu de ne pas rester braqué parce qu'à la fac on apprend que c'est de l'eau et du sucre. »

I : « Par rapport à ça, les internes tu les sens comment ? »

MSU : « je pense que l'ostéo est plus rentrée dans les mœurs que l'homéo, même si l'homéo est très ancienne si on regarde. Euh… puis par rapport à l'acupuncture je ne sais pas je ne saurais pas dire, euh, je pense que ça dépend vraiment des internes. Il y a des internes qui ont des idées très arrêtées et puis d'autres qui sont très ouverts et donc je m'adapte en fonction. Je ne vais pas non plus… je vais parler de l'homéo, si c'est quelqu'un qui est assez fermé d'emblé, je vais en parler mais je ne vais pas insister, je ne vais pas mettre martèle en-tête pour convaincre…je propose que cette ouverture d'esprit d'une certaine façon mais je n'ai jamais trop insisté non plus…ne sachant pas… »

I : « Dans ce que tu transmets, c'est plutôt théorique/pratique ? »

MSU : « Euh, pour la théorie le problème pour l'homéo c'est le problème comment ça marche, moi j'avais appris qu'on ne savait pas comment ça marchait, c'est un peu… ça se réduit…. Moi déjà j'ai commencé en homéo avec des recettes, c'est a dire on

me disait dans telle type de pathologie, mais ça ne concernait que l'aigue, l'anxiété tu donnes ça, j'aurais tendance à… parce que quand les internes ils sont là ils ont tendance à avoir des retours éventuellement des patients et voir l'effet ou pas de l'homéo et c'est vrai que ce que j'aurais envie de transmettre c'est plutôt le coté pratique et de donner des recettes même si ce n'est pas le fondement de l'homéopathie mais déjà essayé de donner des choses en aigüe avec des recettes c'est intéressant par exemple avec les molluscums, sur les verrues, l'anxiété, les troubles du sommeil, on peut faire des choses assez facilement, c'est ce qu'on apprend au début, ça peut être assez intéressant mais je peux pas dire forcement que je l'ai beaucoup fait car je ne peux pas dire que je me sentais légitime dans cette place. »

I : « Dans les notions à transmettre tu vois d'autres choses ? Tu parlais de l'ouverture, de faire découvrir, d'autres choses auxquelles tu pense ? »

MSU : « Euh, non, comme ça je ne vois pas… »

I : « Du coup par rapport au frein à l'enseignement des MAC ? On a un peu parlé de la Fac qui t'as peut-être un peu refroidi sur la transmission… »

MSU : « Les freins c'est aussi le temps, après peut être le temps que je veux bien accorder aussi, c'est peut-être…. C'est que, je pense, que la priorité de mon travail c'est de, entre guillemet ma place de MSU, c'est de voir le fonctionnement du cabinet, au relationnel avec les patients avec les internes, ça y en a qui n'ont pas besoin de comprendre qu'il y a des choses qui…. Euh les freins pour moi c'est la fac et le temps et puis l'envie éventuelle de l'interne. Je pense que l'ouverture aux médecines alternatives et complémentaires c'est quelque chose qu'on ne peut pas imposer à quelqu'un… On peut lui témoigner mais malgré tout il faut que la personne, l'interne, elle fasse son expérience et puis c'est quelque chose selon l'individu de très variable. Ça rejoint un peu toute les discussions qu'on peut avoir par rapport aux vaccins et aux obligations et ce qui passe actuellement… c'est plus pour moi, en tant que maitre de stage d'ouvrir, d'ouvrir les horizons de possibilité même si j'en connais pas du tout… le frein ça peut être parfois le formatage un peu… »

I : « C'est à dire ? »

MSU : « C'est à dire le formatage à la fac, j'ai l'impression, vraiment, que beaucoup d'interne sortent avec des idées très arrêtés sur : « il faut faire ça, il faut pas faire faire ça, là il n'y a pas de solution donc il ne faut rein faire » … Mais ça c'est très très individuel, je n'ai pas beaucoup d'expérience parce que du coup j'en suis à 4 internes, euh, mais les internes sont tellement différents mais par contre mais j'ai eu des impressions de formatage chez certains, chez 2 en particulier mais avec, euh, le frein ça peut être la personne aussi, l'interne aussi. »

I : « Tu ne les sens pas réceptifs ? »

MSU : « Oui, après ce n'est pas qu'une histoire de formatage c'est peut-être la personnalité aussi. Parce que clairement les 2 premiers internes que j'ai eu étaient des gens extrêmement ouvert et pas formatés, et euh, les 2 derniers sont plus formatés, voilà. Le dernier est formaté mais il accepte complètement un autre point de vue parce que moi je n'ai pas envie de dire il faut faire comme ça… moi je fais comme ça, je montre ma… enfin j'ai plus envie de transmettre ma façon de faire qui est une façon de faire…après euh, il y a des fois où l'on va se contenter d'un…. Il y a des gens où on a envie de …. On a beau essayer d'approcher différentes manières, de façon de s'ouvrir et ça ne marche pas forcement…c'est ça qui intéressant aussi, justement d'avoir des gens qui sont diffèrent pour…puis ça dépend aussi de nous, notre niveau de forme, d'envie, de temps, de disponibilité pour ça. Parce que c'est assez chronophage je pense, parce que c'est plus une façon de voir les choses qu'une… parce que je n'ai pas envie de dire aux internes l'homéopathie ça marche point barre, pour moi c'est pas comme ça que, que… pour moi ça ne marche pas comme ça. »

I : *« D'ailleurs par rapport aux internes, on avait parlé de la phase passive tout à l'heure, sur la phase active quand c'est l'interne qui décide de son propre chef ce qu'il va mettre comment tu… ? »*

MSU : « En autonomie complète ? Ben après l'interne fait ce qu'il veut, je ne vais pas lui dire t'aurais pu prescrire ça, c'est arriver une fois, récemment qu'une dame m'appelle en me disant que son père venait en consultation, qu'il avait des troubles

du sommeil, un monsieur âgé, qu'elle ne voulait pas de médicament fort et que qu'est ce qu'on pourrait donner et que comme c'était l'interne qui allait voir le monsieur, on a eu une discussion sur ça et le fait que, j'ai dit ce qui était possible de ce que j'avais compris et puis avec ces fameuses recettes en homéo où on peut donner des choses, euh, en expliquant, ça a été très bien perçus par l'interne à mon sens, qui a prescris ce que j'avais proposé en disant c'est une possibilité. Après le travail était plutôt sur le pourquoi des troubles du sommeil etc. parce qu'en homéo c'est beaucoup ça qu'on fait, c'est faire parler les gens et faire des adaptations de traitement, c'était je crois et ce sera l'occasion que je redemande à l'interne très bien perçus… C'était une possibilité et comme il n'y avait pas d'effet indésirable… après beaucoup communiqué autour de ça… après comme je n'ai pas revu le patient je ne sais pas si ça a marché ou pas mais je l'aurais bientôt. Donc voilà, je ne vais dire… Après si l'interne me pose la question « ben tiens en homéo qu'est ce qu'on aurait pu mettre » je vais le faire mais je ne vais pas d'emblé dire « ben tiens tu crois pas parce que… » l'homéo c'est un peu particulier, on ne peut pas demander aux internes à mon sens de se former, après si l'interne est curieux et a envie d'avoir des recettes je vais les donner parce que c'est intéressant. Si je en consultation avec l'interne oui mais s'il est tout seul en consult je ne vais pas dire tiens tu aurais pu mettre ça ou ça, je n'ai pas envie que l'homéo, que se soit… je n'ai pas envie de l'imposer…Après si ça permet une question, je vais le dire… Je pense que ce que j'ai le plus envie de transmettre aux internes c'est d'avoir l'envie d'en faire, de se former mais moi les forme… non… Après si on me dit « Vas y go, tu as l'aval pour ça » dans ce cas je vois la supervision différemment. Mais je me suis un peu freinée.

I : « Par rapport aux MAC dans l'enseignement, comme je te l'ai montré ce n'est pas quasiment pas enseigné ou présenté en France, qu'est ce que tu en pense ? La place des MAC dans le cursus des études médicales »

MSU : « Je pense que c'est hyper important, que c'est, ça fait partie…Après peut être que ma patientèle en sélectionnée en partie en fonction de mon orientation mais moi je trouve que l'on a beaucoup l'utilité… sur l'homéo, après on ne fait pas que ça, mais je trouve que les gens en sont très demandeurs, surtout en pédiatrie, euh, et je trouve gênant, tu vois, de toujours dire « On ne donne rien » ... Après on peut dire que c'est de blouser les gens de… Les gens qui ne croient pas l'homéo vont dire que

c'est de blouser les gens que de dire « je vous donne des granules » au lieu de dire « Je ne vais rien vous donner » parce qu'on assume pas de rien donner. Ce n'est pas que je n'assume pas de rien donner mais que, que c'est souvent mal vécu et je pense qu'en homéo, si on est convaincu de l'homéo, on va pas le prescrire en disant juste je bouche un trou… Je prescris en espérant fort que cela va marcher, que ce n'est pas un placebo. Pour moi il y a une vraie demande, quand on forme des médecins généralistes en particulier, selon moi on ne peut pas faire sans et du coup et j'orienterais vers l'ostéopathie en particulier, j'en fait pas mais par contre je suis très très osteo et des ostéopathe, je vais peut être faire hurler certain, des ostéopathe qui ont fait l'école d'ostéopathie et donc a priori plutôt des entre guillemets vrai, ceux qui ont fais l'école cinq ou six ans et pas juste des formations complémentaires, je pense que c'est une vrai spécialité. Je travail beaucoup avec eux et il y a énormément de… je travail beaucoup avec des ostéos notamment en pédiatrie, et après est ce qu'il faut euh, favoriser la formation des médecins à l'ostéopathie pas forcement mais l'ouverture pour la comprendre et orienté ça j'aurais tendance à faire ça. Moi j'adresse souvent aux acupuncteurs mais je n'y connais rien, euh, je pense qu'il faudrait d'abord à la Fac qu'on arrête de dire que c'est du pipi de chat, que c'est pour les allumés, que la méditation c'est que des sectes etc... Je pense que l'on a envie de s'orienter vers ça ou pas ça c'est chacun qui décide mais qu'il n'y ait pas de formatage en disant c'est de l'eau et du sucre et c'est tout… Voilà… pour moi je pense que c'est essentiel dans la pratique si on veut avoir une pratique, euh, qui balayera un maximum de gens, on ne peut pas l'imposer aux gens parce qu'il y a des gens qui n'en veulent pas mais je pense qu'il y a vraiment beaucoup de gens qui en veulent et qu'on peut apporter, proposer des choses surtout quand la plupart du temps, il y a quand même pas d'effet indésirables, qu'il n'y pas de risque quoi, je pense que l'on peut dire ça… et ça pour moi c'est essentiel surtout à l'heure actuelle et puis les gens ils sont vraiment demandeur, c'est dommage qu'il n'y ait pas une ouverture… qu'on l'enseigne c'est une choses… tu vois l'ostéopathie je suis partagée car j'aurais tendance à dire non, on adresse aux spécia… à des gens qui sont spécialisés mais qu'on enseigne l'ouverture quoi »

I : « Qu'est ce que tu verrais comme enseignement, je dis enseignement mais ce n'est peut-être pas le bon terme, comme cours, séminaire ? Comment t'imaginerais les choses ? »

MSU : « Plutôt dans un module qui pourrait regrouper plusieurs médecines alternatives mais avec des gens qui viennent plutôt témoigner que vraiment… puis qu'après les gens fassent leurs formations vers les choses vers lesquelles ils ont envie d'aller… Je viens de faire le cycle MBSR, tu vois ce que c'est… Au Canada, si je ne me trompe pas, c'est obligatoire en première année de médecine. La méditation en pleine conscience pour gérer le stress c'est obligatoire au Canada. Je trouve ça extraordinaire, c'est génial, c'est obligatoire d'aller à un cours pour, voilà, avoir la connaissance que ça existe, après que les gens aillent vers ça c'est leur choix car je pense qu'il ne faut pas non plus imposer ça. Si on se sent mal avec ça, parce qu'on n'y croit pas entre guillemets, parce qu'il ne faut pas forcer les gens. Mais d'avoir un module de formation, un module obligatoire avec différents thèmes et par exemple, récemment on ma demander de faire une conférence sur les effets de la médication sur le cerveau, j'ai repris ma formation parce que j'ai fais une formation pour les médecins dans le cadre du DPC sur la méditation pleine conscience et leur effet sur le cerveau et c'est vraiment passionnant. En France on a vraiment pas mal de retard sur les canadiens et les américains qui eux il y a plus vraiment besoin de les convaincre car c'est obligatoire en première année de médecine, en France avant d'imaginer ça… ça sera dans longtemps ou ça viendra plus tôt que ce que l'on imagine… tu vois c'est avec des IRM fonctionnelles, c'est pas un truc de gens dans des sectes… après ça a été fait au départ avec des bouddhistes donc forcement… c'est pas toujours très bien vue mais quand tu vois tous les effets sur le cerveau que ça fait c'est hyper-intéressant. Après il faudrait une formation entre guillemets obligatoire ou les gens seraient forcés d'assister, comme ça ils seraient obligés, même s'ils n'ont pas envie, qu'ils s'interrogent dessus et qu'après ça leur donne la curiosité, s'ils sont curieux, que ça leur donne éventuellement l'envie de se former et puis d'après d'orienter vers des formations. Il y a de plus en plus de formation MBSR, ça fait boule de neige je pense que ça va venir… L'homéo il y a quand même des diplômes à la fac, donc, à Grenoble il y a un diplôme qui est très reconnus car c'est un diplôme uniciste, il est super dur, fin je pense que c'est possible.

I : « Ce qu'il existe actuellement c'est des formations post-cursus, de faire la démarche un DU, il y en a, des DU d'homéo, d'acupuncture, de naturopathie même, c'est assez large mais tous est plutôt en post internat. »

MSU : « Le truc c'est que je verrais, il faudrait, je verrais un sup… sur une ou plusieurs années, peut être pas au début, mais tu vois un turc où on leur montre des bribes de chaque MAC et puis après il savent qu'ils peuvent le faire. Après ne pas faire qu'un DU, que déjà les gens puissent se former avant, même si c'est complémentaire à la formation. Ça peut être intéressant. Je ne pense pas qu'il Il faille que ce soit obligatoire pour… de se former à ça mais obligatoire d'être… de savoir que ça existe… et puis si c'est instauré par une Fac ça donne tout de suite du poids car ce n'est pas une formation que tu va faire de ton propre chef à droite à gauche. »

I : « Un des reproches que l'on fait au fait aux MAC c'est que ce n'est pas EBM. Qu'est ce que tu en pense ? »

MSU : « Je pense que l'on ne peut pas tout réduire à l'EBM, la pratique je ne la réduirais pas à… même si évidemment c'est hyper-important et je pense qu'il faut une structure qui, euh… l'EBM c'est hyper-important pour pas que les gens partent dans tous les sens… mais effectivement… la médecine générale pour moi ça ne se limitent pas à l'EBM… je pense en France on a un peu trop des œillères et je pense que ça empêche l'ouverture aux MAC. Pour moi on devrait pouvoir entre guillemets bosser tous ensemble, c'est à dire telle partie de ta pratique, enfin les choses importante… l'EBM c'est essentiel dans ta pratique de tous les jours mais après je pense qu'il ne faut pas que ça empêche l'ouverture à autre chose. Après les patients vont vers ce qui leurs parlent, on va les forcer à prendre de l'homéopathie. Quand j'ai commencé à faire un peu plus d'homéo j'ai testé les gens en leur disant « l'homéo ça… » et on voit tout de suite les gens qui sont radicaux qui ne veulent pas en entendre parler et d'autre qui disent pourquoi pas et puis d'autre ah oui carrément. Après je ne pense pas qu'il faille qu'on parte dans tous les sens au niveau de la formation, parce que de dire que tu vas être formé qu'en acupuncture ou trop orienté… je pense que ce que j'utilisais le mot formatage, c'est plutôt négatif comme terme, c'est important aussi, d'avoir des structures et puis d'avoir un cadre. Mais le cadre ne doit pas empêcher l'ouverture. Je pense qu'on peut être des supers médecins, justement si on à une ouverture et si on peut proposer au patient un panel de soins. »

I : « L'avantage de l'ouverture ça va être ? »

MSU : « D'essayer de trouver la bonne réponse à chaque patient car chaque patient a sa propre problématique. C'est vrai que c'est peut-être plus d'ordre…ça c'est plus le cas dans le stress, dans l'anxiété, de thérapies plutôt orienté sur le coté psycho, psychiatrique… enfin psychique et psychosomatique. Après ce n'est pas du tout pour dire… euh, enfin pour moi l'homéo ce n'est pas dire… ne pas devenir anti-vaccins, ce n'est pas du tout ça… C'est aussi apporter des réponses pour laquelle l'allopathie n'a pas forcement de réponse aussi. Souvent, on ne peut pas… pour c'est vraiment complémentaire, je trouve que le terme alternatif et complémentaire c'est vraiment ça parce que l'allopathie à des limites dans par exemple les récurrences, l'anxiété c'est soit trop fort soit on ne donne rien. C'est vraiment pour moi complémentaire dans le sens où on peut traiter un maximum de personnes si on a un panel de thérapies à adapter à chaque patient, chaque évolution de la maladie d'un patient. A un moment donné le patient aura juste besoins homéopathie ou d'un accompagnement psychologique pour gérer un problème de leur vie et après ils auront besoins d'autres choses. C'est bien si on est polyvalents ou orienté si on ne sait pas faire…

Silence…

I : « Tu as répondu à toute mes questions, je te remercie. »

Entretien n° V

I : « Pour commencer parlez-moi de votre activité, depuis combien de temps êtes-vous maître de stage ? »

MSU : « Depuis une douzaine d'années, ça va faire douze ans cette année ».

I : « Depuis combien de temps exercez-vous ? »

MSU : « Depuis une trentaine d'année, au mois de mars ça fera 33 ans. »

I : « Les internes que vous avez sont en stage UPL ou SASPAS ? »

MSU : « UPL, j'ai toujours eu des internes en UPL, je n'ai pas changé »

I : « Au niveau de votre activité, c'est une activité urbaine et vous n'êtes pas en groupe »

MSU : « Pleinement urbaine, ce n'est pas un groupe, je suis seul… un dinosaure… »

I : « Par rapport aux médecines alternatives et complémentaires, dans votre pratique quotidienne est-ce que vous les utilisez ? »

MSU : « Un je les utilise c'est-à-dire je ne les pratique pas au sens strict car je n'ai pas eu d'enseignement dessus mais j'y ai recours on va dire. Dans quel cas ? Quand notre médecine à nous est un peu dépassée, je pense à l'ostéopathie quand quelqu'un a fait beaucoup de séances de kiné pour pas grand chose c'est bien fréquent que j'envoie chez des ostéopathes, pour éviter de donner un certain nombre de médicaments que j'estime dangereux comme les somnifères ou autre, faire de la phytothérapie voire de l'homéopathie. Avec le temps j'ai acquis quelques petites bribes de notion d'homéopathie je m'en sers chez les petits enfants en particulier, euh, pour les parents qui veulent les faire dormir à tout prix, pour prendre un peu de temps, les calmer. Je m'en sers… je me sers aussi des techniques complémentaires

pour tout ce qui est sevrage tabagique, alcoolique, cannabis etc.…. enfin il y a des indications réservées comme ça dans ma clientèle et d'une façon générale il y a des gens qui viennent et qui ont pratiqué eux et chaque fois je ne fais pas… comme j'ai connu certains de mes confrères, je ne me mets pas en colère en disant « vous êtes tous des cons » y avait un collègue qui disait ça il y a trente ans et j'essaie d'écouter ce qui s'est fait, ce qui a été dit, quels ont été les résultats, comment ils y sont allés, est-ce que ça leur a fait du bien… voilà le truc global que je peux dire là-dessus. Acupuncture j'envoie pas mal, ostéopathe beaucoup, homéopathe peu, kinésiologue j'envoie chez des kinésiologues. C'est à peu près tout. Médecine chinoise pas trop. »

I : « Au niveau de la formation sur les MAC ? »

MSU : « Ma formation je n'en ai aucune, je vous dis euh, une formation sur le tas, alors manuelle bien sûr rien car ça s'apprend par la pratique et j'ai jamais pris le temps ou trouvé le temps, on peut discuter sur cette histoire de temps, mais ça s'est pas fait en tous cas et pour l'homéopathie ce que je sais c'est à travers des trucs familiaux car dans les familles on l'utilise pas mal et puis à travers ce que disent les patients, ce qu'ils disent : « Ça m'a fait du bien », j'essaye et puis voilà. Je crois que l'homéopathie c'est pas mal comme ça, échange d'expériences concret. »

I : « D'accord… et par rapport aux MAC et l'interne, abordez vous le sujet ? »

MSU : « C'est rare, si on l'aborde c'est d'une façon, pas d'une façon, je ne vais pas le dire inconsciemment mais on le fait parce qu'il y a une pratique comme ça, on adresse quelqu'un ou on met une phytothérapie à ce moment-là on parle de ce qu'on a fait, pourquoi on l'a fait, mais on ne parle pas du cadre général de la médecine complémentaire, on ne parle pas des règles, de la théorie de l'homéopathie par exemple…. Non »

I : « Plutôt pratique ? »

MSU : « oui c'est ça c'est uniquement sur des bases très concrètes. »

I : « Généralement qui va aborder le sujet ? »

MSU : « c'est les deux, on reparle quand on fait notre petit brainstorming de fin de demi-journée donc c'est soit l'un soit l'autre. Bon pour moi il n'y a pas de… comment je dirais ça… euh, il n'y a pas de priorités cela se fait sans qu'on y réfléchisse. »

I : « De façon spontanée… plutôt à la phase passive quand l'interne est avec vous. »

MSU : « Oui »

I : « Et après à la phase active, quand l'interne va faire les prescriptions ? »

MSU : « Là je suis partisan de lui laisser une place, de lui laisser sa façon de faire. Bien sûr il apprend… en UPL vous avez trois maîtres de stage, trois façons de faire parfois subtilement mais quand même toutes différentes et puis vous avez quand même votre voie à trouver donc dans cette phase là, j'avoue que je ne fais que contrôler au sens qu'il n'y ait pas de bêtises dans une prescription, de contre-indication, une incompatibilité de médicaments mais pour le reste ils font comme ils l'entendent et si dans les deux phases précédentes ils ont vu des choses intéressantes ça ressortira, qui les ont intéressés, intéressantes pas forcément restons modeste… mais qui les ont intéressés oui. Je ne vais pas dire « Tiens l'ostéopathie là c'est bizarre » on va se poser au contraire je lui dis « Qu'est-ce qui t'a poussé a… ». Pour moi ce n'est pas une trahison de notre grande médecine occidentale ce n'est pas un aveu de faiblesse du tout, heureusement que l'on sait guérir. »

I : « D'après votre expérience, sur les internes que vous avez eus, quel est leur ressenti, leur positionnement par rapport aux MAC ? »

MSU : « Moi j'ai le sentiment qu'ils sont plus ouverts qu'on l'était à mon époque au même âge, ouf... À mon époque d'abord l'ostéopathie n'existait pas on n'en parlait pas du tout, on parlait un peu d'acupuncture et d'homéopathie pas mal déjà. J'ai quand même vu un anesthésiste dans une maternité qui faisait des interventions sous acupuncture et euh…. Mais il était traité de cinglé… oui…. Ouvertement on lui disait qu'il était fou… et moi j'ai l'impression qu'il y a quand même beaucoup plus d'esprit d'ouverture… peut-être qu'aussi notre médecine, il y a quarante ans quand je

faisais mes études, moi, elle était dans une sorte d'euphorie de croissance, on avait l'impression que… bon on avait eu les antibiotiques récemment, on avait les premiers antimitotiques qui fonctionnaient bien, on traitait les tensions, l'espérance de vie augmentait, on avait l'impression que l'on allait tous casser et puis que maintenant on est dans une phase où l'on s'aperçoit que tout cela ça a un prix et que l'on laisse des gens sur le coté et que parfois on fait plus de mal que de bien etc. Donc ça aide aussi à concevoir des méthodes de soins, comment je dirais, un peu plus bénignes. »

I : « Pour vous quelles sont les notions que vous voulez transmettre à l'interne au sujet des MAC ? »

MSU : « D'abord chercher à faire du bien au patient, c'est un peu évident, ensuite qu'il trouve quand même une MAC pour laquelle le patient est d'accord, ne pas l'obliger à aller dans telle ou telle direction mais lui proposer et voir comment il va réagir et voir s'il va être volontaire pour le faire. Comme ça je pense que ça marche bien. Et puis après il faut le faire aussi en fonction de ce qu'il sait déjà de toute ces MAC et qu'il oriente vers là où il pense que ce sera le plus efficace. Là c'est quelque chose qui passe en lui pendant qu'il prend sa décision mentale, enfin qu'il fait son parcours mental mais en tout cas oui, qu'il s'assure que ce sera fait. Ça c'est le truc pour moi principal. Le jour où les gens sont volontaires ça marche quarante fois mieux. »

I : « Pour vous, est-ce important de savoir si vos patients utilisent des MAC ? Vous le demandez dans les consultations ? »

MSU : « Non, je n'ai jamais pensé. En général les gens se renseignent avant, ils savent plus de choses que nous d'ailleurs, ils ont pris du temps pour regarder sur internet et soit ils connaissent des thérapeutes que nous on ne connaît pas, et donc non… En espagnol on dit « Cada uno el suyo » Chacun va là où ça l'intéresse et finalement par rapport à ce que j'ai dit avant c'est bien parce que du coup si ça l'intéresse il va y avoir une curiosité et s'il y a curiosité il va peut-être mieux observer les choses, les ressentir et du coup ça va mieux fonctionner aussi. »

I : « Pensez-vous que c'est la place du MSU dans le stage ambulatoire d'aborder les MAC ? »

MSU : « Dans la mesure où les facs, d'après la présentation que vous m'avez montrée, ne sont pas du fait très vaillantes dans l'enseignement, en particulier qu'elle n'oblige à rien où qu'elles sont finalement assez peu nombreuses à proposer des choses, oui je pense… c'est présent dans la population… si on estime qu'un médecin il doit être proche des gens dont il a la charge de la santé, il faut bien que l'on en tienne compte, on ne peut pas tirer un trait là-dessus et dire que ça existe pas. Donc dans cette mesure-là, oui je pense… on est en premier recours…. C'est intéressant d'en parler. Je pense que c'est une façon d'aller vers des soins qui sont moins agressifs et bon… en milieu de base… je me considère comme quelqu'un… comme médecine de base… le niveau primaire quoi… et là parler de tout c'est bien pour moi… »

I : « Par rapport aux freins sur l'enseignement des médecines alternatives, de votre côté quelles sont les choses qui vous freinent ? »

MSU : « Alors qu'est ce qui me freine ? Déjà que je n'ai pas beaucoup de connaissances… ça c'est certain… je pense que je serais plus efficace si j'avais plus de connaissances. Par forcement pour prescrire moi-même toujours mais pour adresser… ensuite il y a certaines techniques qui se présentent comme médecines alternatives qui sont parfois, je trouve assez fumeuses et donc là je me méfie un peu, en particulier tout ce qui est diététique et ce genre de truc… ça me paraît un peu léger… »

I : « Et ça vous en parlez avec l'interne ? »

MSU : « Oui, plus sous forme de… là aussi ce n'est pas si fréquent… sous forme de « là il va faire ça, un régime de… » je ne sais pas moi… les gens qui mangent cru ou ceux qui font un jeûne total et tout ça, moi je dis que dans la mesure où c'est des durées qui sont pas… on en parle en disant que ça va pas leur faire de mal et au moins ils vont faire leur expérience mais moi j'y cr… je pense ça va pas leur faire grand chose… Moi j'ai une forme de jugement envers certaines MAC parce qu'en

général je n'ai jamais vu après des effets intéressants ni sur l'état de santé physique ni même morale, parce que des fois elles marchent en psychothérapie au moins… même l'ostéopathie… quand les gens n'ont plus mal ils vont bien dans leur tête… »

I : « D'autre freins ? »

MSU : « Euh, ça et ça… Si l'autre frein c'est que l'on ne connaît pas les thérapeutes… alors que les acupuncteurs et homéopathes ils sont dans l'annuaire, les ostéopathes ça commence mais ils n'y sont pas tous loin delà, si je veux envoyer quelqu'un qui est intéressé par de la médecine chinoise, je sais qu'il y a ici à *[Ville B]* des thérapeutes de médecine chinoise mais je ne les connais pas. Euh… kinésiologie c'est pareil il y en pas, quoi, il y en a mais je ne les connais pas… je suis obligé de me fier à du bouche-à-oreille et ça m'embête un peu parce que mon kinésiologue, il y en avait un qui habitait près de chez moi, il y avait la queue, un monde fou chez lui, et puis il est parti du jour au lendemain, il y a des gens qui on dit « il a fait si il a fait ça » … il y avait du monde, il a donc bien dû rendre service à des gens. Quand quelqu'un nous dit « Tiens celui-là il est formidable » ce n'est pas sûr que ce soit un très bon thérapeute, il faut qu'on ait beaucoup d'avis. Donc ce serait bien d'avoir une liste des gens et de pouvoir leur parler au téléphone, que l'on se rende compte par nous même comment ils envisagent le soin etc. »

I : « Améliorer le lien entre médecins et praticiens de MAC ? »

MSU : « Oui ça m'arrive avec des homéopathes ou des acupuncteurs, ça m'est arrivé plusieurs fois que je reprécise oralement ma demande quand je leur envoie des patients et puis eux qu'ils me fassent un petit compte rendu, c'est arrivé. Ça c'est plus encourageant, on n'a pas l'impression d'être dans une compétition vraiment, mais on est complémentaires, on n'est pas en rivalité »

I : « Par rapport au frein, d'en parler avec l'interne ? »

MSU : « Non, il n'y a rien qui me gène, on est entre collègues, pour moi l'interne c'est un collègue, il faut que l'on ait la parole libre, totale… »

I : « Tout à l'heure vous me parliez du temps… »

MSU : « Le temps on le prend, souvent ici on limite un peu l'entrée, on essaye de se ménager une demi-heure voire trois-quart d'heure avant midi, je sais qu'il n'y a pas beaucoup d'endroits où ça se passe comme ça, pour pouvoir faire notre brainstorming, faire les tâches administratives et parler, forcément, on arrivera à parler de médecines alternatives. »

I : « On oppose souvent les médecines alternatives et complémentaires avec l'EBM »

MSU : « Je ne suis pas un fanatique de l'EBM personnellement, même pas du tout… Je ne veux pas dire que je suis un ennemi de l'EBM mais quand on voit ce qu'il se passe sur le traitement du cholestérol, sur le traitement du diabète et de la tension… euh, l'EBM est plombé à mon avis par les conflits d'intérêt, gravement… Donc l'EBM m'empêche pas de dormir… J'ai la seule prétention de m'occuper de personnes et pas de chiffres… les gens on s'en occupe un par un, on les voit un par un, on s'en occupe du mieux qu'on peut pour chacun et si untel vous dit que… je raconte toujours la même histoire mais ma mère a vécu toute sa vie avec 3 grammes de cholestérol, non traité et ça ne l'a pas empêché de vivre jusqu'à 95 ans, elle n'est pas morte d'un accident cardio-vasculaire… Elle avait plus de 3 grammes, c'était un scandale à l'époque, il y 30 ans, c'était un scandale sanitaire… bon c'est un exemple évidemment, ce n'est pas une série, mais pour dire que, euh, si les gens refusent des soins on s'arrange évidement et puis malheureusement certaines de nos recommandations ne sont pas bien fiables. De temps dans la revue Prescrire ils font des revues des trucs de l'HAS et ce n'est pas toujours en leur faveur. »

I : « Vous êtes abonné à Prescrire ? »

MSU : « Oui et puis à une autre revue qui s'appelle « Médecine » qui est l'équivalent de la revue prescrire sauf que ça traite de toute la médecine. On voit des trucs… c'est là que j'ai appris que l'on traitait les hypertendus à partir de 16/10, que dans le diabète les médicaments ne servent à rien dans le sens où s'ils améliorent l'HbA1C ils n'améliorent pas la morbi-mortalité… même pas l'insuline. Le cholestérol en

prévention primaire c'est zéro… enfin plein de choses qui remettent la médecine sur d'autres bases et que l'hygiène des gens est plus importante que de leur balancer des produits c'est pas toujours anodin. »

I : « Par rapport aux perspectives sur l'enseignement des médecines alternatives, vous pensez que c'est quelque chose qu'il est important d'aborder ? »

MSU : « Oui, moi, enfin je suis trop âgé maintenant mais j'aurais bien aimé apprendre l'ostéopathie… Pour pouvoir faire tout de suite quelque chose pour certaines personnes. Je trouve que ce serait bien, on a un métier extrêmement intellectuel, si on avait en plus, c'est un exemple que je prends, mais dans ma psychologie j'aimerais bien avoir cette possibilité d'un abord physique, la c'est le toucher, ouais avoir une compétence comme ça de soulagement rapide. Je trouve que c'est très complémentaire mais maintenant je ne vais pas me lancer là-dedans. Ça aurait été présent à la Fac, cet enseignement j'y serais allé. »

I : « Justement, ce que je vous disais, il n'y a pas ou peu d'enseignement à la Fac, euh, si on mettait quelque chose en place, comment verriez-vous les choses ? »

MSU : « Moi, je verrais déjà, on a parlé d'un enseignement optionnel, de le proposer là c'est sûr et il serait fondamental d'avoir au moins quelques heures de cours sur les principales MAC, au moins savoir de quoi il s'agit, connaître leur histoire, comment ça fonctionne etc... Au moins ça. Après on ne peut pas se lancer à enseigner l'homéopathie car c'est des cycles longs, beaucoup d'heures, mais au moins donner l'intérêt à des jeunes pour savoir si ça les intéresse, et puis en ostéopathie, il y a un peu de théorie mais c'est surtout manuel et là organiser 2 ou 3 séances de travail ; Au moins les bases théoriques, l'historique, l'état actuel des choses et si vous êtes intéressés approfondir les choses en optionnel. Moi je vois mieux les choses comme ça. »

I : « C'est-à-dire, donner une sorte de base aux étudiant ? »

MSU : « Oui donner une base, comme on fait dans le premier cycle des études où on nous donne toutes les bases pour apprendre ensuite tout la sémiologie et la

pathologie. Là ce serait là même chose et essayer d'ensuite de susciter l'intérêt parmi les jeunes et leur faire comprendre qu'il n'y a pas de compétition entre toutes ces pratiques. Pour le coup le mot complémentaire est bien choisi car pour moi il n'y pas de compétition, il n'y a pas de défaite d'une médecine. On essaye de faire en sorte que la médecine occidentale, un peu comme l'idéologie dominante, à vouloir tout englober mais il n'y a pas de raison. Les chinois ils se traitent comme ils se traitent depuis 5000 ans et ils ne sont pas pire que nous en santé… voir mieux peut-être… Moins stressés, mais bon il doit y en avoir aussi des stressés… »

I : « Il y a eu une étude sur les représentations des médecins envers les médecines complémentaires et en conclusion ils avaient défini trois attitudes des médecins par rapport aux MAC : l'indécis, le septique et le convaincu. Et vous ? »

MSU : « J'ai l'impression que je ne suis dans aucun des trois. Convaincu… je ne suis pas plus proche du convaincu. Je serais dans le curieux, plutôt dans un système comme ça. Quand je me sens bloqué avec quelqu'un dans mon savoir, j'aime bien proposer ce problème a d'autre collègues avec leurs techniques différentes et voir ce qu'ils peuvent faire. Ce n'est pas un piège que je leur tends mais savoir ce que l'on pourrait faire avec des techniques complémentaires. Je me place dans cette curiosité positive mais effectivement versus convaincu… septique on a tous eu des gens qui ont super bien marché avec de l'homéopathie, des cas tout le monde en a eu ; même dans notre famille on a tous des gens qui ont vu un ostéopathe et qui ont été soulagés, moi-même j'y suis allé. »

I : « Vous même, à titre personnel ? »

MSU : « Oui, oui à titre personnel et ça m'a évité pas mal de tracas, en deux séances d'ostéo se débarrasser d'un mal de dos c'est toujours mieux que d'aller 20 fois chez le kiné et avoir toujours un peu mal. Donc voilà je me classerais dans cette mouvance-là. »

I : je vous ai posé toute mes questions, merci. »

Entretien n° VI

I : « Pour commencer j'aimerais bien reprendre votre activité, depuis combien de temps êtes-vous maître de stage ? »

MSU : « J'ai 56 ans, je suis MSU à la faculté de Grenoble depuis 2003, ça fait 12 ans. J'accueille des internes en SASPAS, un par semestre. A part deux fois il y en a toujours eu. Je suis dans un groupe de maîtres de stage où nous sommes quatre. Voilà. »

I : « Au niveau de l'activité ? »

MSU : « J'exerce une médecine… je suis médecin de montagne mais j'aime bien dire que je suis médecin de campagne à la montagne puisque je travaille dans un petit village, il y a plusieurs petits villages autour et des stations de ski, ce qui fait qu'en hiver il y a beaucoup de traumatologie liée aux accidents de ski, il y a beaucoup de touristes qui viennent pour tout et n'importe quoi mais il y a aussi une population permanente rurale toute l'année. Je travaille toute l'année, je suis dans un cabinet de groupe, nous sommes 3 médecins et on travaille toute l'année. Nous sommes une maison de santé pluri-professionnelle, il y a aussi 3 infirmières. Nous sommes équipés avec des appareils de radio, on peut faire des radios et on en fait tout au long de l'année mais surtout en période hivernale où on est amenés à accueillir des blessés qui sont directement amenés en ambulance des pistes de ski, casqués, bottés et immobilisés dans des matelas coquilles ou des grandes attelles et ça implique une organisation un peu particulière. Sinon on soigne les blessés de la vie courante je dirais, les accidents de foot, de rugby, domestiques, de la ferme, des bûcherons, des ouvriers du bâtiment, enfin bon, ça c'est toute l'année, ce n'est pas très fréquent mais on en a bien un par semaine et puis une activité de médecine générale très classique avec une population vieillissante et beaucoup de maintien à domicile avec une population très âgée et une ehpad à proximité. Voilà. »

I : « D'accord… Par rapport à votre pratique, utilisez-vous les médecines alternatives et complémentaires ? »

MSU : « Les médecines alternatives et complémentaires, je… il y a plusieurs choses… Moi personnellement je me suis formé il y a 2-3 ans à l'hypnose et j'utilise l'hypnose, on reparlera peut-être un peu plus en détails. Sinon je ne suis pas homéopathe, j'ai un avis assez, euh, je ne connais pas tellement l'homéopathie, je pense que ça ne fait pas de mal et ça m'arrive de temps en temps de prescrire l'arnica, belladona ou rhus-tox enfin mais c'est vraiment exceptionnel quoi et c'est plutôt à la demande expresse des patients, ça ne coûte pas cher, ça ne fait pas de mal et ça ne fait peut-être rien mais voilà donc je… En même temps je ne suis pas fermé, je suis très ouvert, je suis plutôt pragmatique, donc voilà. S'il y a des trucs qui peuvent marcher, ben autant les utiliser surtout si ça ne fait pas de mal, maintenant s'il y a un doute quant au bénéfice et eu égard au coût aussi… euh… j'ai plutôt tendance à penser que l'homéopathie c'est plutôt un vecteur de l'attention que l'on porte à sois-même ou aux autres. Ça permet à la maman de soigner son enfant, de manifester le fait qu'elle le soigne et de pouvoir faire quelque chose pour le soigner même si moi le produit en lui même moi j'ai tendance à penser qu'il est totalement neutre, voilà… C'est mon opinion là dessus. L'acupuncture je n'en sais rien, je ne suis pas contre, je ne connais pas d'acupuncteur, je n'envoie pas les gens chez l'acupuncteur, je ne sais pas où il y en a. Il y en a sûrement à *[Ville A]* où à *[Ville B]*. Il y avait un gars qui en faisait à *[Ville C]* mais il a arrêté, enfin bon voilà, je n'en sais pas assez. J'ai lu qu'il y avait en Chine, des interventions chirurgicales sous acupuncture pour l'anesthésie, j'ai évidemment entendu des témoignages de gens qui avaient été guéris de diverses choses par l'acupuncture mais bon il y a tellement de gens qui ont été guéris par des moyens différents que bon… Qu'est ce qu'il y a d'autre… Alors l'ostéopathie, je travaille très souvent avec des ostéopathes, il y a des ostéopathes dans mon village, et pour moi ce n'est pas une médecine c'est une technique. J'ai l'impression que l'acupuncture et l'homéopathie c'est plutôt des systèmes de pensées assez exclusifs qui ont un peu de peine à interagir avec la médecine européenne scientifique, bon, l'ostéopathie c'est une technique et pour tout ce qui est entre parenthèses euh entre guillemets de dérangement articulaires, les lombalgies, certaines tendinites etc. ça me paraît… enfin c'est évident que les gens sont soulagés en une à deux séances. Pour moi ça ne s'oppose absolument pas à la rééducation, à la kinésithérapie, c'est deux approches tout a fait complémentaires et ça a un gros avantage c'est que ça fait moins de médicaments,

quoi, en particulier moins d'anti-inflammatoires, moins d'antalgiques. Pour moi c'est une technique, je pense en particulier à toutes les lombalgies sacro-iliaques, euh, qui ne sont jamais enseignées en faculté, euh, on ne sait pas ce que c'est, les cours de rhumato on n'en parle pas alors que 30% des lombalgies, elles sont d'origine sacro-iliaques alors que ça se résout par quelques manipulations éventuellement complétées par des séances de rééducations, enfin c'est , je parle de mon expérience personnelle, j'ai 25 ans de pratique, je commence à avoir un peu de recul. Euh, donc il m'arrive régulièrement, très souvent, pas une fois par mois, mais très souvent de conseiller aux gens d'aller voir l'ostéopathe, voire même de faire une ordonnance pour faire une à deux séances d'ostéopathie. Euh, concernant la chiropraxie, il y a un chiropracteur pas très loin… Alors la chiropraxie par contre ça je connais mal et ce que j'en connais ça ne m'intéresse pas du tout. J'ai l'impression que c'est des gens qui veulent travailler dans leur coin et qui ont un système de pensée particulier, ça s'apparenterait plutôt à une conception de la médecine et pour moi c'est plus des charlatans. C'est peut-être simplement parce que je ne les connaît pas, c'est tout à fait possible, peut être qu'il y a une partie de leur travail c'est en fait de l'ostéopathie, je ne sais pas mais les ostéopathes ce que je sais en tout cas c'est qu'on se téléphone, on peut discuter avec eux c'est pas… et il y a beaucoup d'enseignement d'ostéopathie dans un bon nombre de fac de médecine française, il y a beaucoup de médecins qui sont formés aussi à l'ostéopathie. Pour moi c'est une technique l'ostéopathie et ça a le gros avantage d'être une thérapeutique non médicamenteuse. Euh, qu'est ce qu'il y a d'autre… La phytothérapie, je ne suis pas du tout formé à ça mais comme la plupart des médicaments modernes qu'on utilise sont issus des plantes et qu'on explique en long en large et en travers que l'on a besoins de chercheurs dans la forêt amazonienne et auprès des tradi-praticiens auprès de tous les peuples primitifs pour identifier de nouvelles substances chimiques efficaces, donc euh… la vincristine, l'artéminisine pour en citer deux… l'arnica… l'arnica a de réelles vertus sur les contusions , la consoude pour hâter la consolidations des fractures. Il y a une étude qui était parue dans le BMJ il y a quelques années là dessus, elle était bien faite, elle avait trouvé une différence significative, une consolidation osseuse plus rapide chez les gens qui avait pris de la racine de consoude par rapport à ceux qui n'en avaient pas pris. Donc la phytothérapie ça me paraît quelque chose d'intellectuellement pas du tout choquant , tout à fait évident. Après ça je ne suis pas formé à ça. Tiens je prends

l'arpagophytum, la griffe du diable, c'est un anti-inflammatoire un vrai, la levure de riz rouge c'est de la phytothérapie d'une certaine manière mais c'est une statine, il y a une substance chimique, euh, dans les antidépresseurs le, euh, le millepertuis et chaque fois pour moi il y a des indications, des contre-indications, des interactions, c'est des produits chimiques quoi. Ça m'intéresserait moi de me former plus à ça mais bon c'est une question de temps aussi donc j'ai pas décidé de me former à ça, je ne le ferais peut être pas… »

I : « Par rapport à l'hypnose ? »

MSU : « L'hypnose, moi j'ai découvert ça par le biais de l'antalgie, comme technique pour calmer les douleurs et euh, c'est ça qui m'intéressait car en hiver j'ai souvent des blessés douloureux et je me disais que ça allait… on nous dit, on apprend… on a des tas de formations de médecine d'urgence, de traumatologie, etc…. Il faut soulager la douleur et chaques fois c'est « pose de voie veineuse, morphine et kétamine et en avant »… Et j'ai des collègues qui, je trouve, au travers de leurs récits, d'anecdotes, qui, il me semble, utilisent énormément la morphine et moi j'utilise très peu. Ça ne veut pas dire que je n'utilise pas… les douleurs intenses, la fracture du fémur j'hésite pas mais voilà, poser une voie veineuse et administrer une substance chimique ça me dérange. Donc je suis allé me former dans cet esprit là et en réalité j'ai trouvé autre chose. La formation que j'ai suivie n'était pas du tout axée sur la prise en charge de la douleur donc j'étais très deçu, mais bon, par contre j'ai découvert quelque chose qui m'a intéressé pour prendre en charge tout un tas de problèmes, de plaintes psychiques ou psychologiques. Il y a un tas de gens qui sont anxieux, qui se rendent malades à force d'anxiété, que ce soit agoraphobie, insomnie, anxio-dépression, je ne parle pas de dépression sévère, il y a des gens qui veulent arrêter de fumer, des gens qui veulent maigrir qui sont obèses et qui ne peuvent pas s'empêcher de manger qui ont des compulsions alimentaires, enfin voilà, pour donner quelques exemples, des gens qui ont peur des chiens, qui sont paralysés de terreur quand ils aperçoivent un chien… c'est une peur qui dépasse… Je ne suis pas formé aux TCC, je pense que j'irai suivre une formation dans ce sens là mais l'hypnose m'a paru quelque chose de très intéressant de ce côté-là et je me suis mis à la pratiquer et j'ai trouvé que c'est une approche tout à fait nouvelle, cette façon d'aborder les choses et les personnes, euh , qui venait compléter ma façon de

faire en médecine traditionnelle et surtout ça me permet de proposer quelque chose qui ne soit pas du tout médicamenteux. Je sais que l'OMS promeut depuis longtemps les thérapeutiques non médicamenteuses et puis on est dans une société où l'on voit bien que l'on utilise trop de chimie, on a eu la révolution des antibiotiques, on a eu mais c'est vieux maintenant la révolution des antihypertenseurs, des médicaments fantastiques mais ça fait des années qu'on a l'impression qu'à n'importe quel problème la solution c'est un comprimé etc. Je pense que pour pas mal de problèmes, la solution ça ne passe pas par un médicament. Voilà. De ce coté là l'hypnose me paraît être une technique, ce n'est pas une philosophie spéciale, ce n'est pas une conception de la médecine comme la médecine chinoise par exemple, c'est une technique qui s'appuie pour s'argumenter, se justifier, sur des découvertes des neurosciences avec des IRM fonctionnelles où l'on voit qu'il y a différentes zones du cerveau qui s'allument et qui s'éteignent sur l'écran et qui fait penser qu'il y a des circuits et que…. Ben oui ce n'est pas du tout non scientifique, ce n'est pas de la magie… Je n'aime pas la pensé magique. Quand même j'ai une formation scientifique et j'aime ce qui est des faits. Les faits prouvés, ce n'est pas forcément des études randomisées en double aveugle, c'est des constatations. Quand on finit par avoir des constatations qui vont toutes dans le même sens, euh… c'est comme ça que ça s'est construit la médecine moderne, avant que l'on invente les études randomisées en double aveugles on a trouvé des tas de choses qui marchaient et les médicaments qu'on trouve, qu'ils soient nouveaux ou anciens, c'est parce que l'on a bien constaté que ça fonctionnait et qu'on s'est dit au bout d'un moment on va essayer à une plus large échelle, on va essayer de le prouver d'une façon irréfutable mais ça a quand même un véritable effet. Puis l'autre avantage de l'hypnose c'est que ça ne fait pas de mal. On est sûr de ne pas faire de mal. On ne se lance pas dans la psychanalyse, on ne cherche pas des causes cachées, les gens font bien ce qu'ils veulent avec ça , on reste finalement très humble et ça c'est ce qui m'intéresse. Voilà. »

I : « Par rapport aux médecines alternatives et complémentaires et l'interne, comment abordez-vous le sujet avec l'interne ? »

MSU : « Euh, je leur parle de l'hypnose, je leur permets d'assister aux séances d'hypnose que je fais à condition que les patients soient d'accord, la plupart du

temps ils sont tout à fait d'accord, de temps en temps non… l'hypnose ce n'est pas pour moi une activité principale, je l'ai affichée nulle part, c'est quelque chose qui rend service, que je dois en faire 2 fois par semaines… »

I : « Et pour les autres MAC ? »

MSU : « C'est comme le reste, c'est au moment où ça se présente, donc si on a des problèmes de lombalgie, de trouble articulaire et si ça me paraît pouvoir relever de l'ostéopathie ben j'en parle : « Tiens, ça ne serait pas mal de voir l'ostéopathe pour ça ». Voilà, la phytothérapie, ben oui c'est pareil, de temps en temps je dis « ben tiens ça pourrait être intéressant d'utiliser ça ». Souvent les médicaments plantes sont moins dosés que les médicaments médicaments. C'est toujours préparé en gélule, en comprimé ou en gouttes, c'est bien des médicaments, ça a l'intérêt d'apporter une substance réellement active mais à des doses plus faible. »

I : « Là c'est à la phase passive, en observation, et lors de la phase active ? »

MSU : « On fait un débriefing chaque jour, c'est l'occasion d'évoquer ça, en groupe de pairs aussi. La supervision est un des moments pour évoquer ça, et puis on l'invite régulièrement à déjeuner donc on discute aussi à ce moment-là. Après ça ils montrent plus ou moins d'intérêt pour telle ou telle chose, actuellement j'ai un interne qui est très intéressé par l'hypnose, le précèdent était moyennement intéressé, il a assisté à une ou deux séances et puis après voilà. »

I : « Globalement, votre sensation sur l'intérêt des internes ? »

MSU : « Je pense, il y a 2 choses : ils sont surpris mais intéressés positivement de voir qu'un maître de stage à une attitude ouverte intellectuelle et n'est pas opposé à ces médecines alternatives.

I : « Pourquoi seraient-ils surpris ? »

MSU : « Parce que ça ne fait pas partie des enseignements de la faculté, parce que dans les services hospitaliers on n'utilise pas les médecines alternatives, sauf peut

être dans les services des grand brûlés où l'on appelle des coupeurs de feu, ça je sais que ça se fait, mais il y en a pas beaucoup des services des grands brûlés, voilà, et qu'en général le discours dominant des médecins en France, je connais, mes collègues que je croisent, c'est : « Je ne veux pas entendre parler de ça », c'est des blagues, voilà, et le discours dominant c'est « en dehors de la science pur et dur et des médicaments médicaments il n'y a rien de vrai » et moi je ne suis pas comme ça. Donc je pense que c'est intéressant pour eux d'avoir un maître de stage qui manifeste une attitude ouverte. Après ça on en discute et on en discute plus où moins selon l'intérêt qu'ils vont manifester. Je ne suis pas un promoteur, pas un prosélyte des MAC.

I : « Dans ce que vous allez leur dire, c'est des connaissances théoriques, pratiques ? »

MSU : « En gros je vais leur dire ce que j'ai raconté là… Ça dépend, ça… Si c'est la phytothérapie c'est des substances actives, réellement actives avec indication, interaction et contre-indication et voilà, si c'est l'ostéopathie ben c'est que c'est une technique et puis c'est tout donc c'est une technique limitée, ça ne vise pas à tout soigner, c'est vrai que manipuler les os du crâne chez les p'tits, les nourrissons ou enfin je ne sais pas quoi ça me paraît un peu bizarre, vraiment ça me paraît bizarre mais bon… à part ça… L'acupuncture, ben je n'en parle pas, s'il me pose une question je dis que j'y connais rien, je suis ni pour ni contre je n'y connais rien. Si la médecine chinoise utilise ça, si c'est reconnu par le conseil de l'ordre, ça doit avoir une certaine valeur mais je n'en dirais pas plus et l'hypnose, ben, je peux parler de ce que je pratique quoi. »

I : « Vous abordez la théorie de l'hypnose ? »

MSU : « Oui, euh ben oui, j'aborde la théorie mais c'est toujours un peu difficile, parce que ça ne correspond pas… la théorie ne fonctionne pas comme ce qu'on a appris, quoi. On a appris la physiologie, des fonctionnements, des enzymes, des machins, voilà, des médicaments qui agissent comme-ci comme ça et l'hypnose ça ne fonctionne pas pareil et la théorie ne fonctionne pas… enfin il y a une théorie mais le substrat physiologique n'est pas encore vraiment élucidé. Par contre on sait que

dans tout un tas de… de situations, l'hypnose, ça fonctionne. Bon il y a en particulier… ça a été promu en anesthésie, euh, je ne sais plus quel centre hospitalier en Belgique qui en est à 6000 ou 8000 interventions de la thyroïde avec anesthésie uniquement sous hypnose, donc bon c'est pas des blagues ça… Ce n'est pas deux ou dix, c'est des milliers et des milliers. Rien que ça, ça oblige à faire réfléchir. Il y a de plus en plus de services d'urgences où il y a une partie du personnel infirmier ou médecin qui se sont formés à l'hypnose pour calmer l'angoisse et l'anxiété des patients, en particulier des enfants avant de faire des gestes comme des points de suture, prise de sang et ils utilisent peut-être ça en plus, en association avec des patchs d'emla ou du doliprane, je ne sais pas quoi mais n'empêche… C'est une approche différente du patient et du coup ce n'est pas des questions super orientées avec des réponses techniques toute prête, c'est une façon globale de prendre des gens et les rendre acteurs de leur prise en charge, ils ne sont plus passif ou ils ne sont moins passif… quand on subi une prise de sang on subi une prise de sang.

I : « Dans les notions que vous voulez transmettre, il y a ce que vous m'avez dit, voyez-vous d'autres choses, des messages que vous voulez passer à l'interne par rapport aux MAC ? »

MSU : « Moi les messages que je veux faire passer c'est qu'on soigne des personnes et pas des problèmes. »

I : « C'est-à-dire ? »

MSU : « On soigne des personnes qui souffrent de quelque chose et il faut prendre en compte la globalité de la personne. Que l'on soit généraliste ou spécialiste, moi je suis généraliste mais bon. Un diabétique qui n'arrive pas à manger moins, il y a… ça ne suffit pas de dire il faut manger moins, ça ne marche pas. Si on veut l'aider à contrôler son diabète et l'aider à éviter l'escalade thérapeutique et les complications, l'hypnose peut peut-être aider, selon les gens, aider cette personne à manger moins. Diminuer ses rations caloriques, éviter de se ruer sur le chocolat ou sur le sucre. Il n'y a pas que l'hypnose, il y a sûrement d'autres façons de faire, il y a l'éducation thérapeutique, la TCC, bon. Je prends l'exemple du diabète typiquement parce que

c'est une maladie, il y a une épidémie mondiale, donc il y a des choses à faire… Clairement on soigne une personne, pas des chiffres. On ne soigne pas un résultat de prise de sang. Voilà… s'il y a un message à faire passer, on soigne des personnes et… et pas des chiffres.

I : « Est ce que vous voyez des freins à parler des médecines alternatives avec votre interne ? »

MSU : « Moi j'ai aucun frein, alors là… »

I : « Aucun frein… Et venant de l'interne ? »

MSU : « Des freins chez les internes ? Non je ressens plus où moins d'intérêt, voilà. Il y en a que ça intéresse pas du tout et y en a que ça intéresse beaucoup. Moi j'en parle tout-à-fait librement. »

I : « Qu'est ce que vous pensez de la place du maître de stage dans l'abord des MAC ? Par rapport à son rôle de MSU ? »

MSU : « je pense que c'est vraiment l'occasion. Le maître de stage c'est un modèle à suivre, ne pas suivre, à imiter en partie. Euh, donc euh… je pense donc que quand un interne a comme maître de stage quelqu'un qui est très humain, très relationnel, et qui est euh… pas du tout EBM, scientifique, étude etc., enfin j'en discute avec les internes je vois bien, ils vont apprécier les qualités humaines tout en critiquant la façon de prescrire. Moi j'avais entendu ça souvent, le médecin qui prescrit des tas de trucs qui servent à rien ou redondants, mais en même temps qui sont des supers médecins parce qu'ils sont très humains. D'autres qui…c'est une caricature que je vais faire, bien sûr, ça permet de camper des personnages, mais bon… ou d'autres très basés sur les études « je fais ça parce que »…mais à qui il manque vraiment la fibre communication et relation. Bon donc, je pense que c'est intéressant pour un interne de rencontrer un maître de stage qui est ouvert sur les médecines alternatives, après ça il y a celles qu'on connaît, celles qu'on connaît pas, bon.

I : « Que pensez-vous d'un enseignement à la fac sur les médecines alternatives et complémentaires ? »

MSU : « Moi je pense que ça serait très bien, ça serait très bien, après ça, ça serait… dès le début quoi. Parce qu'après ça on est formatés par l'état d'esprit CHU où tout problème se doit d'avoir toute une batterie d'examens, euh, on commence par les prises de sang et on fait des scanner et…. C'est la dérive de notre système qui a énormément d'avantages… moi je ne rejette pas notre système médical mais il y a une dérive. Donc euh… pas réservé au troisième cycle et optionnel, mais un enseignement sur les médecines alternatives, permettre leur découverte… attention il faut que ce soit bien fait. Puis encore une fois il faut que ce soit bien présenté, mais encore une fois j'aime bien l'esprit scientifique, c'est-à-dire que les choses soient basées sur des constatations. Alors on peut ne pas avoir toutes les explications mais bon…

I : « Sur le contenu de cet enseignement, comment le voyez-vous ? »

MSU : « Je pense qu'il faudrait ouvrir l'esprit des étudiants en médecine, il faudrait parler d'histoire de la médecine, il faudrait… moi je ne suis pas du tout capable de faire ça, si vous me demandez de bâtir un programme d'enseignement j'en suis bien incapable… mais il faudrait parler d'histoire de la médecine, des différentes conceptions et ce que ça a donné comme résultats et les différentes façons de soigner dans les différentes parties du monde, euh, mais avec une critique, avec une critique c'est comment ça a fonctionné, est-ce qu'il y a des bases scientifiquement étudiées, l'esprit scientifique pour moi c'est l'esprit, c'est Descartes, euh, on étudie et on note ce qu'on voit, voilà, et après on essaye de faire des déductions pour trouver des explications mais on part de ce qu'on a constaté et on ne part pas par imaginer un système théorique pour le replaquer sur les choses après. Il y a toujours eu des gens qui ont soigné, on voit des reportages à la télé, comment ils font dans des pays…on voit des chamans, tous ces peuples primitifs ils se soignaient bien donc euh, ils utilisaient des techniques, on peut trouver ça bizarre, complètement débile, magique mais ça a été étudié par les anthropologues, les ethnologues, les botanistes. Il y a des bases qui sont des faits, voilà. Si les indigènes d'Amazonie ou de je ne sais pas où ont été capables d'identifier le curare et de l'utiliser pour

chasser, tuer des animaux et les manger sans s'empoisonner eux même… ils étaient pas con quoi…donc il n'y a pas de raison qu'ils aient trouvé d'autre choses qui marchent pour soigner… Voilà… Et puis on a une conception en Europe et aux Etats-Unis, quoi en Amérique du nord, depuis Pasteur on va dire puis ça c'est accentué dans la deuxième moitié du 20ème siècle une conception extrêmement mécaniste du fonctionnement du corps humain et de la santé. Sur l'histoire de l'humanité ce n'est pas long 150 ans, ce n'est pas long et il n'y a pas que ça, il y a d'autres façons de concevoir la santé. Qu'est-ce que c'est que d'être en bonne santé ? Ce n'est pas juste avoir une tension, des bons chiffres de cholestérol, de transaminases, c'est autre choses… Voilà… donc si on avait un enseignement à faire ça serait d'ouvrir l'esprit des étudiants en médecine sur c'est quoi les autres conceptions de la santé, quelles critiques on peut faire, sur quoi ça se base…

I : « D'accord, vous avez répondu à mes questions, merci. »

Entretien n° VII

L'entretien est réalisé au cabinet du médecin, dans le bureau de sa secrétaire qui est présente et qui répond plusieurs fois au téléphone pendant l'entretien.
Lors de la présentation power-point, MSU7 semble intéressé et motivé à participer à l'entretien, il me montre un article sur l'effet placebo et la Naloxone.

I : « Pour commencer pouvez-vous me décrire votre activité, depuis combien de temps êtes-vous maître de stage ? »

MSU : « Je suis maître de stage depuis peu de temps parce que justement on m'a interdit de recevoir des internes alors que… ça a été compliqué… au départ j'étais en maîtrise de stage à Grenoble et on m'a toujours refusé parce que je faisais de l'ostéopathie et des médecines parallèles non reconnues par la faculté alors que j'étais très demandeur de stagiaire car j'aime bien enseigner, transmettre mon savoir et du fait que j'avais ce problème là, Grenoble m'a toujours refusé, euh, jusqu'à il y a quelques années… c'est tout récent qu'il y ait un changement de… Alors je me suis retourné vers Lyon qui a accepté. Donc pendant quelque temps j'ai pu recevoir un interne mais c'est pareil, l'expérience fut courte parce qu'en fait j'ai eu un problème avec un interne qui était particulièrement brillant et qui avait l'air d'être assez anti, euh, assez rigoriste… enfin c'est l'interne, c'est lui, qui n'a pas accepté d'avoir été enseigné pour des choses qui ne sont pas reconnues, que la faculté tolérait mais l'interne, lui, ne tolérait pas. Du coup il m'a descendu vis-à-vis de la Fac ce qui fait que la Fac m'a de nouveau interdit de recevoir des internes pendant… Du coup je me suis retourné sur Grenoble en ayant vu l'interne qui faisait sa thèse sur l'échographie qui m'a dit qu'il connaissait bien le nouveau directeur du DMG et qui lui était plus ouvert sur les médecines parallèles ce qui fait que j'ai pu de nouveau recevoir des internes de la fac de Grenoble et donc depuis 1 an maintenant je reçois des internes alors que moi-même je suis ancien interne du CHU de Grenoble et que donc j'ai fait pas mal d'enseignement quand j'étais interne et pendant 25-30 ans comme je faisais de l'ostéopathie je n'ai pas pu recevoir d'interne. Voilà. »

I : « Vos internes sont en UPL ou en SASPAS ? »

MSU : « Pour l'instant j'ai un interne en SASPAS mais je suis favorable pour recevoir aussi des internes en UPL mais, bon, pour l'instant, j'attends, normalement si tout se passe bien, s'il n'y a pas de rupture, je ne sais pas, si les gens changent au niveau de la direction de la médecine Générale… selon les personnalités, il y a des gens qui acceptent d'autre pas, je ne sais pas, j'attends de voir. Ça dépend aussi comment on reçoit l'interne, comment il accepte l'idée de faire autre chose que de la médecine générale classique. »

I : « Dans votre activité, quelles types de MAC utilisez-vous ? »

MSU : « Alors, moi j'ai fait presque toutes les médecines parallèles, j'ai commencé au départ par l'homéopathie et j'étais tellement déçu des résultats que j'ai arrêté. Alors pourquoi j'étais déçu, parce que peut-être je ne pratiquais pas comme il aurait fallu, c'est-à-dire, normalement l'homéopathie on a un répertoire, ça s'appelle le répertoire de Kent, on est obligé d'analyser les symptômes, les répertorier et c'est vrai au départ quand j'ai commencé l'homéo j'avais pas d'informatique, pas de logiciel de recherche, alors il fallait rechercher à la main sur les tableaux les symptômes et ce travail je le faisais pendant la consult ce qui faisait qu'au niveau de la… Même si mon raisonnement tenait la route… vis-à-vis du patient j'avais l'impression de pas connaître mon métier, d'être obligé de chercher dans les bouquins et là pour le coup au niveau de l'effet placebo je perdais tout car je n'étais pas sûr de moi et que moi-même j'y croyais à moitié. Je n'étais pas comme certains médecins qui disent : « Vous allez prendre ça, vous allez voir, ça va bien marcher » ou quelqu'un qui fait plein de simagrées, « voilà c'est votre remède ». Je n'avais pas ce coté assurance qui faisait que l'effet placebo était à son maximum. Je ne dis pas que l'homéo c'est uniquement du placebo mais vu comme je l'ai perçu moi même, j'ai quand même l'impression qu'il y a une très forte composante placebo dans ces médicaments. Alors je ne veux pas dénigrer les gens qui peuvent… mais personnellement je ne crois pas beaucoup à l'homéopathie en tant que… euh…action scientifique si on peut le dire. Après c'est une opinion toute personnelle. En tout cas ce qui est sûr c'est que maintenant je ne propose l'homéopathie uniquement à ceux qui y tiennent en leur affirmant mon incompétence et que s'ils veulent voir quelqu'un je peux leur donner des adresses de praticiens qui en font

vraiment de façon plus scientifique si on peut le dire, car moi, bien que j'ai le diplôme et ai suivi des études, j'ai été tellement déçus… J'ai une honnêteté dans la façon de concevoir les choses que je ne peux pas proposer quelque chose auquel je ne crois pas. Ça c'est pour l'homéopathie… La deuxième thérapeutique, je me suis inscrit après, dans des séminaires d'ostéopathie. Je suis tombé dans des équipes, enfin avec un professeur assez brillant qui s'appelle Bourdiol, qui m'a donné vraiment le goût à…. Il faisait de l'ostéopathie et de l'acupuncture, c'était quelqu'un qui était très… il était professeur de neurochirurgie et s'est fait luxer de sa chaire car il avait une forte personnalité et qu'il a dû choquer certaines personnes, ce qui fait qu'il s'est fait un petit peu mettre dehors mais c'est quelqu'un qui avait une vision assez intéressante de la vision de la médecine manuelle et de la réflexothérapie, il a écrit plusieurs bouquins que j'ai lus avec passion et il m'a donné vraiment envie d'en savoir plus sur l'ostéopathie et l'acupuncture. Partant de là, comme il n'était pas reconnu, j'ai fait les formations à Bobigny en ostéopathie et en acupuncture. La formation que j'ai eu était assez complexe, elle faisait beaucoup appel à la médecine traditionnelle chinoise et que je n'ai pas trouvé très adaptée à l'exercice de tous les jours et en particulier à la transmission parce que quand on doit expliquer tous les raisonnements de méridiens, de cycle chinois… euh… c'est assez compliqué quand on doit rentrer dans vraiment tout le fond des mécanismes de l'acupuncture, c'est très difficile de tout mettre en œuvre et le seul qui m'avait donné vraiment envie d'aller au fond de cette pensé c'est le docteur Kespi qui a fait 2 ouvrages qui sont vraiment intéressants comme le livre clinique et son grand livre d'acupuncture où là il détaille vraiment à fond la pensé chinoise mais avec une réflexion occidentale. Il y avait un deuxième médecin qui a fait beaucoup de choses intéressantes en acupuncture c'est le Dr Bossi, c'est un neurophysiologiste aussi, qui avait étudié l'acupuncture sur le plan neurologique, un peu comme Mr Bourdiol, qui a travaillé sur une vision occidentale de l'acupuncture qui fait appel à la neurologie. C'est ça qui m'intéresse, le côté neurologique et reflexothérapique et qui apporte des résultats plus facilement car on n'est pas obligé de rentrer dans le cycle du raisonnement chinois. Et enfin il y a l'ostéopathie que j'ai appris à Bobigny qui m'a permis d'approfondir un peu les différentes choses que j'avais pu apprendre avec Mr Bourdiol, mais finalement ça ne m'a pas apporté beaucoup plus que ce que m'avait apporté Mr Bourdiol au départ. J'ai mieux compris ce que faisait l'ostéopathe, il y avait beaucoup de crânien, de viscéral et euh… disons que ça ne m'a pas apporté

grand choses par contre ce que m'a apporté Mr Bourdiol c'est de comprendre la physiologie, comment une manipulation peut marcher et je me suis un petit peu approprié cette façon de raisonner, de travailler et j'essaie de l'appliquer à mon cabinet avec des résultats là spectaculaires et qui m'ont beaucoup apporté de satisfaction à la fois de moi-même et aussi des patients. Moi j'utilise beaucoup l'association des deux c'est-à-dire manipulation pour commencer et acupuncture pour terminer. »

I « D'accord. Dans quels contextes les utilisez-vous ? »

MSU : « Presque toutes les pathologies, bien sûr, avant tout dans les pathologies douloureuses où c'est un vrai miracle, et un peu dans d'autres pathologies comme dans la pathologie infectieuse… pathologie digestive à la limite… neurologique bien sûr, c'est-à-dire dysesthésie ou syndrome du canal carpien... bon pour les pathologies cardio-vasculaires c'est sûr c'est très limité, dans les pathologies uro-génitales mise à part la douleur c'est assez limité... mais bon… avant tout c'est la pathologie ostéo-articulaire et puis aussi les pathologies ORL où je trouve qu'il y a pas mal d'indications qui sont intéressantes à utiliser. »

I : « Par rapport aux MAC et l'interne, dans quel contexte allez-vous aborder le sujet ? »

MSU : « Et bien comme on a un premier mois de formation de l'interne, la phase passive, donc on travaille ensemble, donc c'est là que je lui montre s'il en a envie, y en a certains qui n'en n'ont pas envie... S'ils ont envie d'apprendre ces thérapeutiques moi j'essaie de leur expliquer à ma façon et je pense que très vite ils se sentent parfaitement autonomes. Par exemple au bout d'un mois de formation mon interne arrive à manipuler et faire de l'acupuncture comme moi. Il n'a pas eu besoin de faire six ans d'ostéopathie ou d'acupuncture pour arriver aux mêmes résultats que j'ai. Moi ce que j'adore c'est que le coté acupuncture marche immédiatement, c'est quelque chose où l'on n'a pas besoin de faire dix séances, on a un résultat dans la consultation-même voire même dans la seconde où l'aiguille est posée ce qui est assez intéressant et c'est une technique qui est simple, qui pour moi ne pose aucun problème d'apprentissage et celui qui veut apprendre peut être

vite formé. Il n'a pas besoin de faire toute ces études pour avoir des résultats qui me paraissent intéressants dans la pratique de tous les jours. »

I : « Du coup dans la phase passive, qu'est-ce que vous allez lui transmettre ? Des connaissances pratiques et théoriques ? »

MSU : « Oui, j'utilise un diaporama que j'ai fait sur la technique montrant les points pratiques importants à savoir, il y a la technique mais aussi les indications, les limites ; où il faut faire attention, savoir demander des radios quand c'est nécessaire pour les traumatismes, les personnes âgées, les ostéoporotiques… Il y a tout une mise en garde qui est importante. Une fois qu'il a bien compris les indications et les limites après la technique elle-même est assez simple. On peut vite apprendre à s'en servir correctement. »

I : « Et pendant la phase active ? »

MSU : « Je le regarde faire au début, je regarde comment il pose ses aiguilles, comment il fait ses manipulations et quand j'estime qu'il est apte il le fait lui-même. Après ça pose le problème de la responsabilité mais après je pense qu'il est tout-à-fait concevable d'apprendre, de pratiquer ces techniques pendant le stage. Après s'il veut pratiquer dans son exercice ultérieur c'est différent.

I : « Quand vous dites le problème de la responsabilité ? »

MSU : « Alors ça c'est le gros souci, quand on fait un thérapeutique qui n'a pas été apprise officiellement, pas validée par un diplôme, après quand il sera tout seul, est-ce qu'il peut prendre la responsabilité de faire un acte ? Le problème c'est quand il y a une complication, s'il a mal manipulé ou s'il y a des douleurs est-ce qu'il va pouvoir se défendre sur le coté médico-légal du fait qu'il n'a pas fait de formation officielle même s'il sait le faire mais ce n'est pas quelque chose qui est attestée. On pourra lui dire est ce que… »

I : « Vous parlez durant le stage ou dans sa pratique ultérieure ? »

MSU : « Dans sa pratique ultérieure, parce que pendant le stage c'est moi qui suis responsable mais s'il veut le pratiquer avec d'autres personnes dans d'autres endroits ou quand il sera installé, se pose la question de la responsabilité. Je prends un autre exemple on peut être généraliste et poser des stérilets, on nous a jamais appris à le faire, c'est un geste technique qui demande peut-être aussi une formation de gynécologie. La personne qui fera une perforation de l'utérus après la pose d'un stérilet on pourra toujours lui dire qu'il n'a pas fait la formation etc. Là c'est le même problème, il y a un geste technique avec un petit risque et comment ça se passe en cas de soucis ? Voilà c'est ça le problème de la responsabilité : on a geste technique qui n'est pas forcement validé par une formation théorique ou une pratique officielle qui est pas validée par la faculté. »

I : « Pour vous quel est l'intérêt d'aborder les MAC avec l'interne ? »

MSU : « C'est de lui donner une vision plus complète de ce que l'on peut faire avec un minimum d'investissement, c'est à dire que, euh… ça lui permet de trouver des choses qui sont… qui pourront être utiles à son exercice. Euh pour un cas…on va prendre le cas d'un diabétique qui a des IEC, qui a mal au dos, on va tenter de lui prescrire des anti-inflammatoires qui risquent d'aggraver son insuffisance rénale parce qu'il avait déjà un IEC et qu'il est déjà insuffisant rénal et ben là, le fait d'avoir une autre thérapeutique donne une arme de plus pour éviter d'utiliser des produits dangereux tout en soulageant le patient. Entre une manipulation qui ne présente pas, à mon avis, de réel danger et un anti-inflammatoire qui lui représente un vrai danger, il vaut mieux qu'il ait cette arme pour éviter d'être trop dangereux, euh, au niveau médical, surtout si on peut utiliser d'autres thérapies qui ne sont pas toxiques. »

I : « Dans les notions que vous voulez transmettre sur les médecines parallèles, euh… dans le message...euh…ça va être… On en a déjà un peu parlé tout à l'heure, vous faites un topo mais c'est quoi les grandes notions que voulez transmettre à l'interne ? »

MSU : « Je pense qu'euh… ce qui est important comme message c'est de bien connaitre l'anatomie, c'est un point important. Que le mode d'action est un mécanisme neurologique c'est à dire physiologique donc ça regroupe l'anatomie et la

physiologie. Et que quand ils ont acquis c'est 2 disciplines on arrive à faire des choses qui sont… euh…enfin que l'apprentissage technique se déduit de l'anatomie et de la physiologie que l'on n'a pas besoin de dire euh… « il faut tant de degrés, tant de ci, tant de ça ». Et puis autre chose il faut être très rigoureux dans son examen clinique, savoir distinguer là où l'indication est bonne et le cas où l'indication est mauvaise, savoir utiliser des choses objectives comme la scoliométrie, je ne sais pas si vous savez ce que c'est… ça permet de visualiser l'angulation d'une vertèbre par rapport à une autre donc on peut arriver à faire un diagnostic topographique, à avoir une idée précise de l'étage concerné, d'avoir la bonne technique à utiliser pour avoir telle ou telle pathologie… Et cette notion de globalité aussi »

Nous sommes interrompus quelques secondes par la secrétaire

MSU : « Euh, oui donc, le coté aussi donc… de la globalité, voilà, ne pas dire : « Il a mal aux cervicales, je vais lui manipuler les cervicales » Ça c'est l'exemple type de ce qu'il faut voir, 80% des gens qui ont des problèmes cervicaux sont en fait lié à des problèmes dorsaux, c'est à dire que si on ne travaille pas sur le dos, euh… si vous travaillez uniquement sur les cervicales on risque de provoquer des dégâts dangereux pour les artères alors que si l'on travaille le dos on va pouvoir libérer les cervicales sans y toucher. C'est des petites choses comme ça qu'on peut enseigner et comprendre cette notion de globalité. Pareil en acupuncture, on travaille beaucoup sur la globalité. Alors c'est vrai avec l'homéopathie mais avec la réserve que j'ai émise tout à l'heure. Ben ce qui est intéressant c'est que c'est des thérapies holistiques et que le message important à faire passer c'est cette notion de globalité, de thérapie holistique. »

I : « Et, euh… la place du maître de stage dans l'enseignement des MAC ? »

MSU : « Pour moi elle est la même que pour le reste c'est à dire qu'il y a une phase d'observation où l'interne regarde ce que je fais et je lui explique le pourquoi du comment, après il y a une période où il fait en observation, euh…. non on appelle ça supervision donc en supervision direct c'est à dire qu'il fait les gestes sous mon contrôle et puis quand il a bien compris le message et qu'il se sent apte, et bien ça peut être des fois au bout d'un mois, deux mois, c'est variable, ça dépend de la

réactivité de l'interne, il y a des internes qui percutent tout de suite d'autres qui mettent un peu plus de temps, donc je prends le temps qu'il faut, mais en général entre 1 et 2 mois ils sont capable d'être opérationnels sauf si vraiment ils se crispent et qu'ils ne veulent pas en entendre parler. Parce qu'il y en a qui ont peur et leur peur est telle qu'ils ne veulent pas savoir, bon j'insiste pas. S'ils ne veulent pas savoir, quand il y a un problème ils m'appellent et je fais à leur place. Mais pour moi quelqu'un qui est ouvert, qui n'a pas cette angoisse de faire quelque chose d'interdit, pour moi, il est tout à fait apte à apprendre pendant la période d'observation et de supervision directe. »

I : « Globalement sur les internes que vous avez eus, quelle est leur attitude vis à vis des MAC ? »

MSU : « Souvent frileux, là avec [Interne M] il n'y a aucun problème parce qu'il est vraiment, super ouvert, il est très à l'écoute, il n'est pas du tout dans le combat. Il y a beaucoup de gens qui sont dans le combat, qui ont une idée préconçue qui est telle qu'ils ne veulent pas en entendre parler. On les a tellement formatés à dire que c'est dangereux que c'est du charlatanisme que…

I : « Qui les a formatés ? »

MSU : « Je ne sais pas, la faculté, on leur apprend beaucoup à se méfier de ces thérapies qui fait que, bon déjà, ils sont formatés, leur idée préconçue c'est que c'est mauvais. Alors là pour les faire changer d'avis il faut qu'ils observent et puis là ils voient que ça marche et à force, en fin de stage, ils reconnaissent que ça peut être pas mal mais il y a beaucoup de blocages qui viennent de l'interne lui-même. »

I : « Vous identifiez d'autres blocages, par rapport à l'interne… ou d'autres choses, vous, vous avez des blocages ? »

MSU : « Moi, il n'y en a pas, s'il veut apprendre je lui transmets. Il faut simplement qu'il ait envie, qu'il ait le désir et il faut qu'il ait aussi pas d'appréhension, qu'il le vive de façon détendue, qu'il n'ait pas d'appréhension, qu'il se rassure. Il faut le rassurer, rassurer la faculté. Un moment j'avais eu des problèmes avec d'autres maîtres de

stages qui ne voulaient pas qu'il travaille que… je ne sais pas… ils ne voulaient pas que je passe trop de temps avec l'interne pour ne pas l'ensorceler, je ne sais pas comment dire, que je le contamine. On a l'impression que c'est comme un virus… c'est assez spécial la vision que certains confrères peuvent avoir de ce type de thérapies mais bon, on essaie de faire avec. »

I : « Pour l'instant il n'y a pas ou peu d'enseignement sur ce type de médecines, pensez-vous qu'il faut qu'il y en ait un ? »

MSU : « Oui, oui, moi je serais le premier à vouloir participer, j'accepterais volontiers de faire de l'enseignement, même ne fusse que deux heures dans le cadre des études médicales pour apprendre ce type de thérapies. »

I : « Vous le verriez sous quelle forme cette enseignement ? »

MSU : « Déjà on peut faire une sorte de présentation… ça peut être à différents niveaux, après ça dépend des désirs de la Fac. On peut faire dans un premier temps, déjà, une présentation… moi je pense que mettre deux heures de formation théorique pour présenter un peu ce que l'on peut faire avec l'ostéopathie et l'acupuncture ne me paraitrait pas du luxe, il y a suffisamment d'heures en médecine pour que l'on puisse consacrer deux heures, je ne dis pas six ans, pour savoir ce que l'on peut faire. Après on pourrait introduire effectivement des stages… moi ce que je ne trouverais pas mal, ça serait de pouvoir proposer aux internes que ça intéressent, de faire des, des… alors enfin il y a plusieurs façons de le voir, mais dans le cadre d'une UPL, de faire par exemple une journée par semaine ou une journée par mois ou une fois tous les trois mois, de pouvoir, même ne fusse qu'une présentation simplement, assister à une journée de stage chez un praticien qui fait des MAC dans le cadre de… comme on peut le faire pour les PMI ou les spécialistes. Quelque chose de ponctuel pour que les internes puissent voir comment ça se passe. Après pour celui qui veut aller plus loin en plus de l'UPL il pourrait il y avoir 3 ou 4 médecins dont un qui fait ces MAC et pour celui qui veut approfondir faire plus de jours. Tout est adaptable, il pourrait il y avoir plusieurs sortes de palettes différentes. Je trouve que c'est dommage de ne pas pourvoir, enfin de fermer complètement la formation

sur toutes ces choses qui méritent d'être connues. Après c'est l'interne qui choisi d'aller plus loin ou pas. »

I : « D'accord… Vous avez répondu à toute mes questions, je vous remercie. »

Entretien n° VIII

Entretien réalisé dans la salle de pause du cabinet.
Présentation du PowerPoint, discussion sur la notion d'évolutivité des MAC et discussion sur les pratiques médicales culturelles différentes et sur la signification du mot médecin venant étymologiquement du mot connaissance.

I : « Pour commencer, j'aimerais reprendre votre activité. Depuis combien de temps êtes-vous maître de stage ? »

MSU : « Alors, je suis maître de stage depuis… Euh… 7 ou 8 ans à peu près. »

I : « Avec des internes qui sont ? »

MSU : « Avec des internes qui sont en SASPAS et en UPL depuis 3 ans. C'est à dire qu'on a un SASPAS dans le cabinet et puis, euh, on a une unité de 3 médecins qui étaient en UPL, dont 1 est parti à la retraite il y a 3 ans et du coup j'ai pris son relais et j'ai, au cabinet, un interne en UPL une fois par semaine qui tourne sur les 3 cabinets. »

I : « Vous avez une activité de groupe, au niveau de votre activité, elle est urbaine, rurale, semi-rurale ? »

MSU : « Elle est…. C'est toujours un peu bâtard de dire semi-rurale mais c'est vrai, c'est un endroit de plus en plus dortoir et l'activité purement rurale c'est surtout la pêche et il y a 2 exploitants agricoles sur la commune donc voilà, c'est une population mixte, qui est proche des gros centres urbains, mais on est à la campagne quand même. »

I : « Par rapport aux médecines alternatives et complémentaires dans votre pratique... »

MSU : « Alors je n'ai pas d'activité de médecines alternatives, j'essaye de ne pas… mais comme on disait tout à l'heure, il y a des situations qui sont des prises en charges où l'évaluation est encore fragile, voire absente. On parlait tout à l'heure de la mésothérapie, donc ça m'arrive… Par contre j'ai un CES de médecine du sport, c'est un certificat, et du coup en médecine du sport il y a des techniques qui ne sont pas véritablement évaluées dont la mésothérapie fait partie et donc ça arrive peut-être une dizaine de fois dans l'année donc ce n'est pas une grosse activité mais c'est vrai que j'ai de quoi le faire et que je l'utilise de temps en temps. Y a d'autres techniques qui pourraient être… Tout à l'heure tu parlais de l'hypnose etc.…. C'est pareil je me suis formé en TCC et ben ces thérapies-là elles utilisent de la relaxation, des techniques respiratoires, de l'autosuggestion, qui sont très proches de l'hypnose ou de la sophrologie, alors qui sont validées quand même, mais qui pourraient être… Quand tu parlais de l'hypnose comme étant une médecine alternative, et ben oui, mais il y a aussi dans le cadre de certaines pathologies des choses qui sont de plus en plus évaluées et c'était rigolo le petit clin d'œil que tu avais fait en disant, ben y a des situations de médecines alternatives qui vont peut-être devenir un jour conventionnelles et c'est peut être le cas de ce genre de situation, donc c'est intéressant, voilà. Mais moi je ne pratique pas une médecine alternative, enfin, ma pratique est plutôt très proche de l'EBM, j'essaye d'être en situation scientifique. »

I : « Et par rapport à l'ostéopathie ou l'homéopathie par exemple ? »

MSU : « Alors je ne fais pas du tout, pas du tout. Je discerne bien les 2 choses, parce que l'homéopathie par exemple, à mon sens, ça vient vraiment dans l'antithèse de ce que je te disais tout à l'heure, c'est à dire que l'origine du mot médecin c'est cette étymologie grecque muid, le savoir, et là on est dans quelque chose, pour moi, un concept, euh, mystique pratiquement et, euh, je pense que ça a un intérêt et cet intérêt je pense que c'est la médecine de la maison, je pense que ça permet d'attendre, de rassurer, d'avoir une prescription différée avec éventuellement le conseil du pharmacien. Par contre ça me choque que ce soit un médecin qui pratique ça parce que justement ça provoque un peu une ambiguïté chez le patient mais je sais que ça a un intérêt. Quand je me suis installé, sur le dictaphone on ne

voit pas que j'ai des cheveux blancs, mais ça fait un petit peu de temps, et ben il y avait un guérisseur dans le village et ce guérisseur c'était un paysan qui est décédé et ben d'un autre côté j'ai l'impression qu'il a été remplacé par ces trucs-là, il avait une vraie fonction. Il barrait le feu, ça c'est des pratiques ici, c'est à dire quand tu te brûles tu l'appelles, il y a des incantations et du coup tu as un effet antalgique inexplicable, placebo, tout ce que tu veux ou naturel et ça, toute cette pratique-là, c'est véritablement le soin familial, le soin à la portée de la population et pour lequel nous, on a pas d'avis scientifique à poser en tant que médecin mais en tant que citoyen ça a un vrai sens je pense, comme les médecines culturelles de… De… Africaines ou autres. Donc l'homéopathie, vraiment, je la range dans cette situation là parce que c'est une… C'est organisé dans un rituel intellectuel, une façon de penser qui est, à mon sens, qui doit appartenir à une croyance, tu vois… L'ostéopathie, ce qui est un peu compliqué, c'est une… On le voit là parce que c'est une région qui est assez riche et c'est une mode, il y a beaucoup d'ostéopathes qui se sont installés, il y a beaucoup de patients qui ont leur ostéopathe et du coup ce qui est gênant dans cette histoire-là, c'est qu'on ne connaît pas leur formation, c'est à dire qu'il y a des écoles différentes alors qu'il y a des thérapies manuelles, il y a des techniques qui soulagent et… Et les kinés, euh, localement, euh, alors nous on a des kinés qui ne sont pas ostéopathes mais qui pratiquent des thérapies manuelles qu'ils intègrent dans leurs rééducations. Pour le coup on travail en binômes, il sont juste au dessus et je te disais là, le cabinet secondaire qu'on a à [Ville X], ils le partagent avec nous, c'est des discussions qu'on a très souvent avec eux et ils utilisent des techniques de thérapies manuelles mais l'ostéo… Le kiné je sais à peu près quelle forme de formation il a, ma fille est kiné donc je connais bien… Mais l'ostéo… Bah je ne sais pas trop comment il a été formé, je ne sais pas de quelles mouvances, de quelle école, si c'est un chiropracteur, un magnétiseur, enfin c'est toujours un peu curieux et du coup ça met en situation un peu de porte-à-faux mais il a… C'est ce que faisait le vieux guérisseur du village quand je me suis installé, il faisait des manipulations et il faisait de la thérapie manuelle c'est certain. Voilà, le souci c'est qu'est-ce qu'ils font et puis le deuxième volet, c'est un volet financier où il y a quand même des situations qui sont proches du charlatanisme, où il y a un clientélisme un peu magique avec des gens que nous on sait peu argentés et qui dépensent des sommes importantes et ça c'est carrément embêtant. Donc la thérapie manuelle les kinés la pratiquent et je trouve que ça a un vrai sens, je ne

veux pas du tout… Parce que la technique elle est apprise, je ne veux pas du tout… Il y a aussi la proximité de [Pays Z] qui, euh, nous interroge beaucoup car ils ont une école d'ostéopathie qui, euh, est très formelle, par contre, là-bas en [Pays Z], mais ils ont aussi une quantité incroyable de sectes , ils ont… Tu sais le temple du soleil et tout ces machins-là, ils sont à une trentaine, enfin cinquante kilomètres de chez nous là… Du coup il y a aussi cette observation à la fois de techniques qui sont enseignées dans des écoles d'ostéopathies, qui sont très orthodoxes, et puis des pratiques complètement sectaires avec des médecines anthroposophiques et des lectures qui modifient la relation du corps à l'univers, à la pensée, enfin, c'est très très particulier… Donc moi j'ai, je suis plutôt prudent sur mes indications et je vais plutôt me rabattre sur une prescription de kiné en sachant que, voilà, certains l'utilisent à bon escient je pense. Donc pour l'homéopathie et l'ostéopathie, dans ma pratique, c'est un peu ça et du coup les internes qui peuvent être au cabinet ils sont tout le temps en questionnement par les patients là-dessus et au début c'est vrai, quand on fait les débriefings avec les SASPAS, il y a toujours une complexité à répondre à ça parce que ça fait vraiment appel à ta représentation de ton rôle de médecin quand les gens te posent ces questions sur les médecines parallèles, je pense que c'est au fil du temps que tu te… En t'interrogeant, en discutant avec tes pairs que tu, petit a petit, trouves ta place vis-à-vis de ces pratiques… Je pense qu'il ne faut… Enfin, elles ont une place ça c'est sûr. »

I : « Et vous justement avec les internes, vous parliez des débriefings, comment vous faites, comment vous gérez ? »

MSU : « Tu veux dire dans la pratique au quotidien ? »

I : « Non, quand ils vous posent des questions au sujet de ces médecines alternatives ? »

MSU : « La première chose c'est de savoir déjà lui quelle approche il a. Car beaucoup de gens ont eu des prescriptions ou ils ont des parents qui les ont peut-être déjà utilisées, ils ont une idée personnelle en tant que citoyens de ces médecines alternatives. Ils ont peut-être déjà fait de l'acupuncture ou des trucs comme ça et donc la première chose c'est de savoir comment, en tant que personne,

tu te places par rapport à ça. Si tu as, si tu as été éduqué avec des parents qui avaient un recours à l'homéopathie tu va avoir probablement une perception de ça qui va être différente de celui qui n'en a jamais utilisé, une famille où tu as été élevé, euh, avec une méfiance totale des médicaments où pas, tout ça je pense que ça influe vachement ta perception et ta pratique et justement une fois que l'on a pu parler de ça, ce n'est plus en tant que citoyen mais plutôt en tant que médecin, comment tu te places en tant que médecin, c'est du coup ton savoir et ce que tu peux, euh comment… Ce que tu peux indiquer à tes patients, ce que tu peux conseiller à tes patients et euh, c'est à eux, moi je leur donne ma position, mais c'est à eux de trouver, euh, cette place et cette argumentaire vis-à-vis du patient et euh, toujours en gardant l'idée qu'il ne faut pas choquer, il faut accompagner, c'est-à-dire que, si tu dis à quelqu'un que ce qu'il pense c'est complètement débile, pas du tout scientifique, il y a de grandes chances que tu perdes le contact avec lui et pour que tout ce qui est de l'éducation à la santé tu ne puisses plus être crédible. Dans mes études j'ai eu une expérience assez rigolote, j'ai pu faire des consultations avec [Professeur Z] qui était un cardiologue à [Ville A], qui était d'origine antillaise et du coup il avait toute la population antillaise du nord de [Ville A] qui venait le consulter et puis donc moi j'étais externe et il prescrivait des anti-arythmiques toujours avec une tisane avec de la badiane, avec des épices que je ne connaissais même pas et ça a été tout de suite une question que je lui ai posée, je lui dis : « Mais quand même ! » et il m'a dit « Si tu prescris pas ça ils ne vont pas prendre l'anti-arythmique, il faut que tu associes les deux, sinon tu n'es pas crédible », donc la représentation de la population, sa perception de ton rôle et de ta prescription, c'est fondamental si tu veux accompagner et aider. Donc les internes c'est surtout, pour moi, c'est conserver l'idée que tu dois être le détenteur du savoir, dire quand tu sais pas, par exemple dire : « Ça c'est une médecine, l'homéopathie, écoutez, moi je n'y connais rien » donc si tu connais, ben tu dis que tu connais en tant que personne mais qu'en tant que médecin, voilà on ne peut pas dire ça… Par contre il y a de grandes chances que ça vous aide, à la maison vous pouvez le faire et moi j'oriente pas vers un homéopathe médecin par contre. Par exemple si quelqu'un me dit qu'il voudrait un bon homéopathe ben je vais lui dire que mon kiné j'ai confiance en lui, je sais comment il est formé, qu'il connaît des techniques de thérapies manuelles, que c'est remboursé, je vais lui faire une ordonnance de rééducation avec un diagnostic précis, je ne vais lui inventer des trucs comme quoi son foie est machin… Comme on

a de temps en temps justement chez les chiropracteurs et les étiopathes aussi et du coup j'essaye de rester toujours en tant que médecin sur le côté scientifique, enfin j'espère l'être le plus possible, et c'est ça que j'essaye de transmettre à un interne qui s'interroge, et après je pense que ce que je te dis là c'est presque trente ans de pratique et qu'au début de ma pratique peut être que je ne t'aurais pas dis ça comme ça, peut être que j'aurais… Il y a des périodes où j'étais très remonté contre les pratiques qui n'étaient pas scientifique parce que moi j'avais besoin je pense de me sécuriser avec le savoir et puis petit à petit aussi, je me suis détendu, j'ai compris que c'était intéressant et que les gens du coup ils pouvaient traiter et… Avoir une maîtrise de ce qu'ils faisaient, prendre en charge leur santé sans… Sans risque en sachant qu'ils pouvaient venir me voir en disant « Vous savez j'ai pris de l'homéopathie » « et ben c'est très bien », du coup ils pouvaient m'en parler, ce n'était plus quelque chose de dissimulé tu vois et c'est un climat de confiance qu'il faut arriver à avoir car pour l'instant ils sont confronté à cette histoire, mais tu peux avoir une pratique dans ta vie professionnelle qui peut se passer en Indonésie où euh, je ne sais pas, ou avec les habitants du Bush en Australie où là il va être confronté à des pratiques radicalement différentes et peut-être qu'il sera en charge d'un programme anti-SIDA et comment va-t-il prescrire de la trithérapie a des Bushmen qui sont avec des pratiques de médecine qui sont basées sur les astres, sur les saisons, sur le vent et tout ça, il va bien falloir trouver un moyen de s'intégrer dans cette pratique tu vois. Je pense que c'est la même chose ici, les gens que tu reçois ils ont des représentations culturelles de leur santé et du soin et toi il faut que tu t'y adapte avec un conseil très scientifique. Pour ça il faut perdre un peu tes idées de citoyen quand t'est médecin mais pas trop parce que c'est comme ça que tu es proche d'eux quoi. Donc voilà si j'ai répondu à ta question, c'est un peu ça. »

I : « En restant sur les internes SASPAS, si sur la journée il va prescrire, je ne sais pas, euh, de l'homéopathie ou de l'ostéopathie comment vous allez gérez sur le debrief ? »

MSU : « Je vais l'interroger sur ce qu'il pense de ça, c'est à dire est-ce qu'il a une formation et qu'est-ce que ça peut engendrer comme impact sur le patient. Peut-être que ça va être… Il y a deux choses, est-ce qu'il est convaincu de faire un acte scientifique ou pas. C'est aussi ça le trouble. Le fait qu'il y ait des facs qui enseignent

des pratiques alternatives, ça rend un peu flou l'aspect scientifique des choses, tu te situes du coup dans le soin purement, tu n'est plus du tout dans la science et donc en tant que médecin je vais plutôt lui conseiller d'être un référentiel scientifique, car le jour où il va avoir à prendre en charge des choses lourdes, il va peut-être culturellement comme le [Professeur Z] trouver la place de ce qui va être de la médecine alternative et de la médecine scientifique, s'il a la connaissance il va peut-être s'aider de ça pour que la personne puisse avoir un accès à des soins de qualité en accompagnement avec des médecines alternative, ça c'est pour ne pas perdre le fil des choses, mais je pense qu'en tant que médecin il ne faut pas perdre l'EBM et la détention du savoir car c'est comme ça que, à la fin, quand il y aura des situations critiques, c'est là-dessus que tu vas t'appuyer. Le jour où tu as des nodules de perméations chez ta patiente qui a été soignée par homéopathie pour son cancer du sein… Si c'est toi qui a prescrit, ça va être compliqué… Donc tu vois euh, l'important c'est ça , mais ça dépend aussi de la stratégie de la prise en charge, il peut vraiment y avoir une stratégie de prise en charge, moi j'essaye de ne pas mélanger parce que ça m'arrange, je dis « l'homéopathie vous voyer avec le pharmacien, il y des gens qui savent, c'est pas très compliqué, vous ne risquez pas grand chose, si c'est quelque chose qui vous passionne vous pouvez même vous former à la maison, vous regardez tout ça et puis par contre s'il y a des choses importantes vous pouvez venir quand vous voulez, il n'y a pas de souci et je comprend parfaitement que vous puissiez avoir, euh, une façon de vous soigner personnelle, moi ça ne me pose aucun souci. » Donc je vais plutôt les orienter dans ce sens-là, donc les interrogez sur quelle stratégie ils ont pour ce patient et leurs propres croyances vis-à-vis de ça. C'est… Et … Tu cites l'homéopathie qui est vraiment un truc difficile, je pense pour un médecin, de prescrire comme les…. Euh… Tu sais il y a une médecine alternative qui est, je sais plus, de l'immuno quelque chose, des dilutions de choses de peau, d'excrément de trucs, euh, tu es dans le magique et si tu es médecin c'est difficile d'aller dans le magique, et l'homéopathie est un peu dans ce registre-là quand même, t'as un dogme, des explications de croyances… Et quand ils sont en difficulté j'essaye, je leur explique comment je fait chez un patient qui te questionne, car tu es souvent questionné sur les médecines alternatives, euh, « l'acupuncture vous en pensez quoi docteur ? » et c'est à partir de ce moment-là où la population elle va te tester car le contrat, t'en prend pour 30 ans quand tu t'installes dans un village, même 35-40 ans, les gens ils ont besoin de savoir à qui ils ont affaire et ils vont te

tester sur ces questions-là et, euh, la question qui va invariablement se poser c'est la question de la croyance, et les gens, euh, à un moment donné, si tu les laisse un peu parler, ils vont de poser la question « Est ce que vous y croyez ? », et à partir du moment où le patient a dit ça, ça permet de positionner la place du médecin, c'est à dire tu peux leur dire « En effet vous posez bien les choses, on est dans une situation de croyance, en fait les fait ne sont pas vraiment établis, moi mon rôle c'est de vous dire ce qui est établi c'est ça et après on est dans un registre de croyance. Donc si je me place comme citoyen… ». Ça un interne il peut parfaitement dire ça, un médecin aussi, il m'arrive de dire « Dans ma vie de tous les jours je fais comme ça, quand je pratique le ski je fais comme ça, quand j'ai un rhume je fais comme ça mais ça c'est en tant que citoyen, en tant que personne, monsieur tout le monde. Mais là si vous me posez la question en tant que médecin, la croyance n'a pas de place. Ce truc-là je vous dis je ne sais pas. » Et j'ai l'impression que ça satisfait complètement, même les gens qui sont très opposés à la médecine conventionnelle, que tu puisses leur dire ça. Tu peux leur dire « Je ne sais pas et moi je ne le fais pas en tant que médecin » et des fois c'est rigolo avec les UPL si par exemple on fait une relaxation, j'en fais un petit peu, ben l'interne je lui dis « Là tu vas assister à ce truc-là, l'évaluation elle est pas formelle, on est dans du grade bas », tu… »

L'entretien est interrompu quelques minutes par un collègue.

I : « On parlait des internes en UPL lors de la phase d'observation »

MSU : « Oui, en phase d'observation, c'est je pense, important pour moi de montrer comment je fais par rapport à… Comment je me place de façon scientifique en disant « Voilà, ça c'est une pratique que j'ai apprise, les psychothérapies sont aussi un domaine où il n'y a pas beaucoup d'évaluations parce que… Le mieux évalué se sont ces techniques-là. Après il y a une codification qui est tellement fluctuante que l'on ne peut pas être certain de valider des choses, tu vois. » Les UPL du coup, euh, tu vois je le dis déjà devant le patient donc le patient il comprend que voilà on va faire une pratique comme ça et ça permet de discuter aussi de comment on se place devant une pratique qui est non évaluée comme la mésothérapie.

I : « Qu'est ce que vous leurs dites ? »

MSU : « A l'UPL ? Je leur dis en général de toujours être… Être certains de ce qu'ils font, si c'est tu vois… Hum, euh… D'être certain de la… De la validité de ce qu'ils font. C'est à dire que là ce n'est pas validé, ça c'est évalué, ça je sais que je suis dans un référentiel fort et que là je ne suis pas dans un référentiel fort, c'est une pratique professionnelle. Du coup les questions de la pratique, de la prescription de médecine alternative, chez les internes, elle va se passer de la même manière. Ben ça l'homéopathie c'est une croyance, ce n'est pas évalué, est-ce que je le fais en tant que médecin, est-ce que je le laisse faire par quelqu'un d'autre, est-ce que je le laisse faire au patient. Tu sais la phase d'UPL où il y a observation de la pratique, ça c'est des questions qui arrivent tout le temps. La prescription, même sur la prescription médicamenteuse, c'est exactement pareil, la prescription d'antibiotiques, toute la médecine de prévalence, ben tu te dis « Là il y a tant de chances que ce soit ça, là je ne vais pas pousser les examens, cette patiente je peux la revoir, en pratique pour le moment je ne vais pas faire de bilan » par exemple. Ça c'est une attitude qui n'est pas scientifique mais de pratique professionnelle dans un corps de métier où tu as un peu de temps, où tu juges du fait qu'il n'y ait pas d'urgence, que tu peux revoir, tu peux observer ce que la nature a fait toute seule ou ce que le patient a fait avec ses pratiques personnelles. Donc l'UPL, l'interne observateur, il va apprendre à avoir cette position entre ce qui est scientifique et ce qui est de la pratique un peu en attente de conventionnement… Euh…

I : « Empirique ? »

MSU : « Oui, empirique. L'empirisme c'est une pratique quotidienne même en chirurgie, orthopédie. Pendant des années on a immobilisé les luxations de l'épaule comme ça [Le MSU colle son bras au corps] et maintenant on s'aperçoit avec les IRM que la congruence du bourrelet est mieux en rotation externe, les japonais ils ont sorti des études qui montrent que ce qu'on faisait de façon habituelle ben ça ne l'est plus maintenant parce que ça a été évalué. En médecine générale c'est tout le temps… »

I : « Et les internes, par rapport aux médecines alternatives et complémentaires, comment vous les trouvez ? »

MSU : « Ben je les trouve plutôt critiques, euh, assez, euh… Sur l'ostéopathie ils sont en questionnement important parce qu'il y a beaucoup de gens qui posent des questions autour de ça, qui reviennent après des…. Parce que l'ostéopathie c'est probablement une des pratiques non conventionnelles qui est faite de façon régulière et c'est presque un soin primaire. Les gens vont d'abord voir leur ostéo puis quand ça ne marche pas ils viennent te voir. Donc du coup ils reviennent en consultation, c'est plutôt les internes en SASPAS qui ont, avec un truc qui n'est pas passé. Donc là ils sont confrontés à cette pratique-là et c'est quelque chose qu'ils ne connaissent pas. Ceux qui en ont eu dans l'activité sportive ils savent à peu près ce que leur ostéo leur a fait comment il s'y est pris mais il n'ont pas de connaissance de cette pratique et euh, par exemple les UPL on leur fait faire une ou deux ou trois journées d'observation avec le réseau de paramédicaux qui travaille avec nous donc on les envoie chez le kiné, chez l'infirmière, chez l'orthophoniste faire des bilans et du coup il voient des pratiques comme ça mais par exemple un UPL je ne l'ai jamais envoyé chez un ostéopathe, tu vois, et ça te montre bien… Je serais empoisonné de faire ça. Si un UPL me disait « Tiens j'aimerais quand même bien voir ce que fait un ostéopathe » je serais enquiquiné, ça me poserait question, je me dirais « Je vais l'envoyer chez lequel ? C'est quelle école ? ». Il y en a une dizaine sur le secteur et je suis incapable de lui recommander quelqu'un tellement la façon de faire est très diverse. Quand tu interroges tes patients, t'en a qui ne touchent pas, d'autres qui affleurent, d'autres qui massent, du coup le plus simple pour moi dans cette approche de thérapie manuelle c'est de les mettre dans les mains du kiné car lui je sais sa formation, je… Je connais, il va me raconter des choses anatomiquement qui me semblent logiques. Voilà. Finalement je trouve les internes assez scientifiques. »

I : « Et entre UPL et SASPAS »

MSU : « Alors, euh, ben en fait ça dépend, si tu as un SASPAS de dernier semestre, euh, franchement il y a une vraie différence, là en ce moment j'ai une interne en UPL de 1er semestre, il y a un monde de différence. Je trouve que la pratique, le toucher du patient, la consultation, la relation et puis aussi ton vieillissement parce que quand tu as 25 ans et 30 ans tu as une pratique différente. Des fois tu as eu des enfants, tu t'es posé des questions métaphysiques en grand nombre quand tu es confronté à la pratique du patient, il va te poser des questions de vie, de mort, de douleur, de

souffrance, d'alternative, tu ne vas rien comprendre parce que ce qu'il te dira ne va pas rentrer dans tes schémas de tiroirs d'internat etc.…. Et donc tout ça ça te questionne en permanence et je pense que ça te fabrique. Tu n'es pas médecin à la sortie de la Fac, tout le monde le sais, je ne sais si… Moi j'ai encore plein de trucs à apprendre, comme beaucoup, au contact de nos patients. Un interne d'UPL, il a peu de pratique au contact des patients, il est gauche, tu vois, même s'il a un bon savoir-être, euh, la pratique, le savoir-faire, c'est au fil du temps que tu l'apprend et c'est vrai qu'un interne en dernier semestre en SASPAS comme [prénom A] qui est là c'est… Il a une très bonne réflexion, il a une distanciation, il se confronte pas au patient s'il n'est pas d'accord avec lui, il les accompagne et toute cette astuce de travail relationnel tu l'a au fil du temps tu vois, même sur des questions ambiguës. Ça me fait penser à une de nos internes qui était, c'était une super médecin, vraiment avec une formation universitaire qui est indiscutable et donc la première semaine on fait la consultation ensemble, on était en SASPAS puis très vite je la laisse consulter et la première consultation, c'est toujours des consultations très longues, il ont 40 minutes de consultations pour justement travailler le relationnel et le premier patient que je lui mets sur sa liste, je lui pose la question : « C'est un jeune de ton âge qui a une sclérose en plaques de diagnostic récent, est ce que pour toi ça va ? » et elle me dit pas de souci. Donc je la laisse consulter et je la vois arriver 10 minutes tout de suite après complètement déstabilisée en me disant « Il faut que tu viennes, je ne sais pas comment faire, il a été voir sur internet une étude qui a été faite dans un hôpital en Italie et il me dit qu'il faut absolument que je lui prescrive un doppler des artères cervicales parce que dans les scléroses en plaque il y a des altérations des artères et du coup il veut absolument que je lui fasse cet examen mais c'est pas du tout conventionnel. Qu'est ce que je fais ? ». Tu vois donc même sans parler de médecines alternatives et complémentaires tu es confronté à la représentation et aux lectures, aux modes et dans la pratique au quotidien tu es tout de suite confronté à ça et c'est cette pratique qui fait que quand tu es en fin d'internat de médecine générale tu es plus serein, tu sais comment répondre, tu sais faire avec la représentation des patients et tu gardes toujours ton savoir de médecin. Mais après il faut que tu accompagnes les patients avec, euh, leur demande et du coup ça s'est très très bien passé avec ce jeune homme, mais ça l'a complètement déstabilisée, en UPL t'est pas encore confronté à quelque chose de fin, comme quand tu apprend un instrument de musique, ben au début même si tu sors de

l'école de musique tu sais juste jouer de l'instrument mais tu fais pas encore de la vraie musique, ben là c'est pareil, les patients c'est un art. »

I : « Pour vous quelle est la place du maître de stage dans l'abord des médecines alternatives ? »

MSU : « Je pense justement qu'il y a une place importante, un petit peu comme je te l'ai dit au départ, à 2 niveaux. C'est d'abord, on est tous des médecins aguerris qui ont une pratique de quelques années, donc on a été confrontés, on s'est posé ces questions-là et on a pas tous les mêmes réponses et du coup c'est intéressant que le médecin puisse dire comment lui il voit les choses, ce que je te dis là c'est ma vision, tous les internes participent au groupe de pairs chez nous, on a un groupe de pair mensuel et ces question-là comme c'est des cas tirés au hasard ça arrive sur la table de temps en temps, ils vont assister aussi à des discussions entre médecins qui ont des pratiques différentes, on est tous généraliste il n'y en a pas qui ont un exercice à mode particulier mais par contre les patients oui, ils abordent ces problèmes là, et du coup l'interne il peut, d'abord il va participer au débat avec sa propre expérience et puis il va avoir des avis diffèrents de médecins et puis il va comprendre aussi des prises en charges, des méthodes, des stratégies qui vont être différentes ente les uns et les autres, et puis il va former sa propre place. Il ne s'agit pas de dire à un interne « C'est comme ça qu'il faut que tu penses, la règle c'est ça ». Par contre il va se construire avec les discussions qu'il va entendre et auxquelles il va participer entre des pairs qui ont été confrontés à des situations, notamment en ce moment ce qui revient assez souvent dans les groupes de pair c'est des questions contre les vaccins, t'as pas mal de patientes qui sont vent debout contre la vaccination et ben ça c'est des questionnements qui sont extrêmement proche de la question de la médecine alternative. Du coup, euh, je pense que la place du maître de stage, c'est faire réfléchir et que l'interne se confronte à sa propre expérience et qu'il entende d'autres collègues discuter des différentes positions, qu'il se fasse son avis. Après je ne pense pas que ce soit complètement inintéressant qu'un interne puisse discuter avec des médecins, tu vois, qui ont… Dans le groupe de pairs y en a pas qui ont une pratique vraiment alternative… Mais pourquoi pas ce serait intéressant qu'il puisse discuter de leur positionnement, de savoir pourquoi ils ont choisi ça. Il n'y a pas que

des gens malhonnêtes, il n'y a pas qu'une pratique lucrative même si c'est souvent en dépassement d'honoraire. Il y a des gens qui croient beaucoup à leur pratique. »

I : « Dans le fait de parler avec l'interne sur les médecines alternatives, est-ce que vous identifiez des freins pour vous ? »

MSU : « Si on est dans une pratique qui… Si on a un maître de stage qui pratiquait par exemple l'acupuncture, je pense qu'il faut, je ne pense qu'il y ait de frein… Non l'important c'est qu'il sache expliquer pourquoi, comment il le fait, dans quel but et par exemple une pratique, on parlait de la mésothérapie mais il y a d'autres pratiques en médecine du sport, c'est là où, euh…Il y a pas mal de choses peu évaluées. Moi j'utile les kinésiotape, tu vois ce que c'est, donc moi j'ai une formation dans ce truc-là, moi je l'utilise de temps en temps quand je suis une situation où… Le sportif c'est difficile de leur prescrire des médicaments, surtout quand ils sont dans des pôles France ou des compétitions importantes, ils peuvent être en situation de contrôle donc il faut faire des prescriptions temporaires d'utilisation, donc ça c'est un outil que l'on utilise. Si je le fais avec l'interne je lui explique comment je le fais, pourquoi je le fais et j'ai toujours une raison validée pour prescrire ça. Je pense que le frein ça serait de ne pas expliquer la stratégie, pourquoi je le fais, toujours avec l'idée que le médecin c'est le détenteur du savoir ou du non-savoir. Ça je le fais mais je ne sais vraiment pas ce que je fais alors autant le dire, ben il faut absolument le dire. Il ne faut pas lui dire : « Voilà, c'est une pratique mystique qui vient du fond des âges et moi comme je suis médecin... ». Il y a même une responsabilité vis-à-vis de la société. »

I : « C'est à dire ? »

MSU : « C'est-à-dire qu'en France on a la chance d'avoir des études qui sont largement subventionnées par l'argent public, par l'impôt des gens et je pense qu'à ce titre aussi, on attend, la faculté ou la société elle attend que la prise en charge elle soit faite par les kinés de cette manière-là, par les infirmiers de cette manière-là, par les médecins de cette manière-là, et du coup la société elle ne paye pas les études de médecine anthroposophique ou d'ostéo, c'est des trucs privés, en mon sens, en tout cas à ma connaissance il n'y a pas de médecine publique et c'est un indice je

pense pour se positionner. On ne t'a pas enseigné ça à la Fac. Alors à la Fac de Bobigny ils enseignent de l'homéopathie et d'autre médecines non conventionnelles et c'est… Ce serait intéressant de savoir ce que la société attend de ces praticiens qui sont du coup formés à la Fac, c'est un peu…

I *: « Par rapport à la Fac, qu'est-ce que vous pensez d'un enseignement sur les médecines complémentaires et alternative lors du cursus ? »*

MSU : « Je pense que ce serait presque comme de l'ethnomédecine, c'est intéressant de savoir ce que les bretons font, ce que les africains font, on a une population migrante qui va augmenter dans les années à venir et qui ne va pas toucher que des quartiers de la banlieue nord de Paris. On a des prises en charge qui sont absolument nécessaire à connaître et je pense que ces pratiques-là ça doit faire partie d'une connaissance et c'est important de savoir ce que c'est. Après ça doit être qu'une… Une…Un aspect de connaissance pour que des prises en charge soient au meilleur, au plus près des gens ou que ce soit pour que tu fasses cette pratique -à. Ça c'est une question en tous cas, c'est une réponse individuelle mais c'est, je pense que c'est important que l'on puisse connaître, comme je te le disais tout à l'heure, je ne sais pas du tout ce que fait un étiopathe, un iridologue, mais par contre les gens ils m'en parlent, je sais que ce sont des croyances qui sont, sur lesquelles il n'y a pas de faits scientifiques établis, bon, mais en dehors de ça c'est intéressant de savoir ce qu'il se passe dans ces cabinets-là pour pouvoir en discuter, pour pouvoir éventuellement rattraper des anomalies de diagnostic ou… Ou aussi dans le domaine de la psychiatrie, tu as… Tu as quand même… On voit beaucoup de psychiatrie en médecine générale et du coup des pratiques mystiques ça peut vite être des déviances qui vont troubler ou altérer une prise en charge psychiatrique. Il n'y a pas… Le… Le… Les croyances, ça… Ça stigmatise ou cristallise aussi une population parfois qui est très déstabilisée psychiatriquement, c'est des gens que tu vois dans ton cabinet, donc c'est intéressant de savoir ce qui est pratiqué à l'extérieur. Donc je ne pense pas que c'est un enseignement qui est débile, après là où ça pose à mon sens problème, c'est lorsque cette pratique elle est faite…Euh, pour que le médecin, euh, la pratique en dehors du champ scientifique… Ça c'est compliqué. On commence à être dans la confusion. Je pense que c'est ça qui gêne le plus. Je ne sais plus comment il s'appelle, c'est Tobie Nathan, c'est un

psychologue ou un psychanalyste qui a beaucoup écrit sur l'ethnomédecine ou même l'ethnopsychiatrie d'ailleurs et tu vois c'est aussi de… Ça fait aussi partie de ce que l'on devrait avoir comme enseignement à la fac. Une famille de l'Afrique de l'Ouest, tout ce qui est de la naissance, de l'alimentation, il y a des choses que tu ne peux pas comprendre si tu n'as pas eu un minimum d'approche de ces cultures, sur l'alimentation et aussi les troubles psychiatriques, leur organisation de la famille, de l'élevage des enfants…

Conversation interrompue par un collègue qui entre dans la pièce.

I : « Une dernière question, finalement par rapport aux médecines alternatives et complémentaires, la notion qui vous semble être la plus importante à transmettre à l'interne ? »

MSU : « Je crois le plus important, sur lequel à chaque fois que ça se pose on discute beaucoup, c'est sur le…. Ça oblige à penser en respect de la représentation de la médecine… De la représentation que le patient a de la médecine et ce qu'il attend du soin. Les médecines alternatives comme l'homéopathie c'est assez rigolo parce que c'est une demande de soin de quelque chose qui va les soigner mais surtout il ne faut pas qu'il y ait d'effets secondaires, faut pas que ça fasse du mal, donc il faut qu'il y ait rien quoi. C'est assez rigolo comme concept. Du coup il n'y a rien mais il y a des noms, des pratiques, une croyance et donc on est bien dans la situation du… De répondre à une demande dans un accompagnement qui est ben ésotérique dans cette pratique-là, donc nous, on ne doit pas se mettre en situation d'opposition, de confrontation entre des gens qui seraient détenteurs d'un savoir et les autres qui seraient détenteurs d'une pratique. Là on est certain de passer complètement à coté de la prise en charge. C'est fondamental pour un jeune médecin de comprendre qu'il n'y a pas un affrontement d'écoles, il ne faut surtout pas qu'il y en ait, il faut replacer ça dans un accompagnement et toi après tu as ta conception, des choses que tu sais ou pas. L'interne il va apprendre à ne rien faire et voir que les choses guérissent tout seuls, il va apprendre que sa parole résout le problème, qu'il n'y a pas besoin de médicaments, pas besoin de… Par exemple sur les troubles de relation à l'enfant dans les jeunes couples et les moins jeunes couples, on a souvent des questions comme ça où les enfants, des enfants qui

parlent juste, 3-4 ans, et qui ont des troubles du comportement à la maison, des troubles de l'endormissement ou des choses comme ça et ben dans des consultations avec un interne en UPL où il assiste à la consultation, il s'aperçoit des fois que simplement en discutant avec le bébé ben on a une action. Les gens ils reviennent 2 jours après, nous on a vu le p'tit loup là tout seul et ils t'appellent 3 jours après en te disant « Qu'est ce que vous lui avez fait, ça y est, il dort tout seul, il ne fait plus de cauchemar ». Ben ça, si tu assistes à ça, tu perçois que tu n'es pas détenteur d'un savoir, d'un… C'est des choses dans la relation humaine qui vont te surprendre au cours de ta carrière professionnelle. Une fois que tu as perçu ces choses-là t'es beaucoup plus serein vis-à-vis des croyances de tes patients, tu vas être beaucoup plus prudent dans ce que tu vas affirmer, dans ce que tu vas faire, et ça c'est la chose la plus importante, je pense qu'un interne doit comprendre lorsqu'il va être confronté à une prescription personnelle d'une médecine, d'une pratique non conventionnelle ou lorsque les patients vont lui poser cette question ou vont l'amener à faire une demande d'acupuncture, d'hypnose et de chose comme ça. Vraiment je pense que c'est ça, l'interne il doit respecter absolument les croyances des patients et lui il a un savoir et après dans sa stratégie d'accompagnement il va se servir de son savoir ce qu'il ne faut pas qu'il perde c'est son éthique de médecin, pour moi ça c'est le plus important, que s'il se fourvoie, à un moment donné, s'il y a quelque chose de grave qui doit se passer avec le patient, j'ai du mal à me représenter le crédit qu'il va avoir. Tu vois il y a un mélange à ne pas faire donc euh, s'il a une pratique il faut qu'il sache exactement pourquoi il l'a fait, comment et tu vois sur la mésothérapie ce n'est pas du tout évalué, il n'y a pas que ça, il y a des médicaments qui ne sont pas évalués, moi je les prescris peu mais y en a plein, tu vois le myorelaxant dans les contractures, ça c'est terrible, terrible, dans les pratiques on sait que ça fait rien, que c'est pas antalgique, que ça a plein d'effets secondaires… Tu récupères les ordonnances de l'hôpital, des urgences tu as souvent ça… C'est pareil, qu'est ce qu'on fait de ça tu vois… Et en plus je leur recommande d'être lecteur de Prescrire dès leur plus jeune âge jusqu'à la fin de leur carrière pour être certains qu'ils vont pourvoir avoir des arguments… En tout cas se placer sur ce que l'on sait et ce que l'on ne sait pas… Je pense que c'est ça le plus important vis-à-vis d'un interne. J'ai répondu à ta question ? Bon ben voilà.

I : « Merci, j'ai posé toutes mes questions.

Entretien n° IX

Entretien réalisé dans le bureau de MSU9. Elle semble ouverte à la discussion et intéressé de discuter des MAC.

I : « Dans un premier temps j'aimerais bien reprendre votre activité. Depuis combien de temps êtes-vous maître de stage ? »

MSU9 : « Depuis je pense 5 ans »

I : « Et avec des internes qui sont en... ? »

MSU9 : « Alors au début on avait des projets personnels, donc voilà, ils avaient 2 lieux de stage, il y avait ici et puis au départ c'était avec [Structure A], voilà c'était parti d'un étudiant et on a eu 3 ou 4 étudiants comme ça pendant 2 ans, et après ça a moins fonctionné et, euh, maintenant ce sont des, euh, en fait c'est leur dernier stage. »

I : « D'accord, des SASPAS donc »

MSU9 : « Oui, on n'a pas eu d'UPL pour le moment. »

I : « Et au niveau de l'activité, de groupe donc... »

MUS9 : « Oui, voilà, alors un peu particulier car on est salarié ici, d'une association de loi de 1901. On fait une médecine générale de ville effectivement en groupe car on est 4 médecins généraliste, on est tous maîtres de stage, donc on est les 4 à voir l'interne en fait en association avec… Maintenant un autre médecin généraliste qui est, euh, qui travaille à 15 km de [Ville B]»

I : « Dans votre activité de médecine générale, êtes-vous amenée à utiliser les médecines alternatives et complémentaires ? »

MSU9 : « Alors, personnellement, en fait je me suis tout récemment formée à l'hypnose, du coup voilà c'est récent et je le propose finalement assez peu, un peu compliqué de l'intégrer dans la… Voilà… Dans mon activité, mais je le propose quand même, mais c'est vrai que le fait de m'y être formée je suis sensible et du coup j'en parle quand même plus facilement que si je ne connaissais pas du tout, et puis j'avais voulu me former en ostéopathie mais je ne suis pas allée jusqu'au bout, euh, voilà, et du coup… »

I : « Pourquoi ? »

MSU9 : « Je n'avais pas choisi la bonne école je pense. En fait j'avais une amie généraliste urgentiste qui avait commencé, euh, choisi elle une école sur 3 ans, qui avait fait euh 1 an et moi lors de sa 2eme année je me suis inscrite en première année et je trouvais que, ben voilà, c'était les médecins forment les médecins et ils étaient vraiment contre la dimension ni-ni, moi je l'ai découvert, c'est les ostéopathes qui ne sont ni kinés ni médecins, et vraiment ils prônaient le médical, il n'y a que nous… Un peu cowboy… Ils étaient trop sûrs d'eux, ils… Les gens ils rentrent cassés, ils ressortent guéris de tout, enfin la dimension du pouvoir médical ça m'a impressionnée, ça m'a beaucoup gênée en fait. Je ne dis pas qu'il n'y avait pas des formateurs agréables et pas dans cette dimension mais quand même… Voilà je n'ai pas souhaité continuer et en plus, j'avais déjà réfléchis au début de mes études, enfin, j'ai passé ma thèse en 95, j'ai un ami médecin qui ne fait que de l'ostéopathie et en discutant avec lui… C'est compliqué de ne faire qu'un peu d'ostéopathie, pour être à l'aise, pour savoir examiner, répondre, il faut en faire beaucoup quand même. Enfin c 'est pas sûr mais c'est compliqué de ne faire qu'un peu de ces soins-là, peut-être qu'on est plus compétent quand on en fait beaucoup. »

I : « Et par rapport aux autres médecines complémentaires ? »

MSU9 : « Alors non, je ne prescris pas d'homéopathie, je ne conseille pas de phytothérapie ou d'huiles essentielles par exemple, enfin je peux l'évoquer mais en conseillant de se faire, voilà quoi, de se faire conseiller par le pharmacien, voilà, je suis ouverte mais je ne peux pas dire que… Je ne connais pas suffisamment pour prescrire aux patients. Je vais évoquer les choses mais euh… Je vais prescrire de

l'ostéopathie, il m'arrive de recopier des ordonnances d'homéopathie, euh, rarement, mais voilà ça ne me choque pas. »

I : « Si le patient arrive avec son ordonnance... »

MSU9 : « Voilà, j'ai une patiente qui est décédée récemment, qui prenait pour ses bouffées de chaleur depuis des lustres une formule homéopathique, ça ne me choquait pas de prescrire, après je ne pouvais pas faire plus parce que je ne connais pas. Ce n'est pas vraiment comme ça que je vois l'homéopathie non plus, mais voilà ça arrive, c'est exceptionnel. »

I : « Quand vous dites que vous ne voyez pas comme ça l'homéopathie c'est à dire ? »

MSU9 : « L'homéopathie ce n'est pas la médecine alternative et complémentaire à laquelle j'adhère le plus et je pense que c'est efficace lors d'une consultation. Enfin je pense qu'une consultation avec l'homéopathe qui est longue, qui est précise, qui permet au patient de poser des questions, euh…Orientée, qui analysent… C'est aussi important que les granules… Du coup recopier comme ça... Ce n'est pas du soin mais voilà, après je compose avec ce que je suis et puis ce que sont les gens… Enfin voilà… Hum… »

I : « Par rapport à l'interne allez-vous aborder ces notions avec l'interne dans le stage ? »

MSU9 : « Alors euh… Un peu mais pas tant que ça. Peut être qu'euh… Alors ça dépend des internes puisqu'il y a des internes qui de toute façon sont déjà ouverts, ils ne nous ont pas attendu pour être informés, pour avoir une idée, pour euh… En connaître plus que moi. Je me rends compte que… Voilà… C'est pour ça que je dis que peut-être après je serai peut-être plus vigilante à poser la question aux internes. Après je pense que l'interne, il se rend compte à travers ce qu'il voit de nos patients au centre de santé, lors du débriefing et comment il nous voit faire un peu qu'on est ouvert, enfin moi je me considère ouverte et sensible à ces soins et moi je vais transmettre ça à l'interne, enfin j'espère, il faudrait que je demande d'ailleurs… Mais

sans y apporter peut-être une attention assez importante. Et maintenant depuis quelques semaines, quelque mois, euh, dans, comment dire, je suis beaucoup plus ouverte pour poser la question aux patients. En fait avant je ne le faisais pas, c'était un peu le hasard qui faisait que je découvrais que le patient consultait un homéopathe ou faisais de l'acupuncture ou euh… Maintenant pour les bouffées de chaleur je connais des sages-femmes qui sont très efficaces en acupuncture, j'en parle plus facilement que si c'était dans le vide, je pensais pas que l'acupuncture pouvait soulager ça. Je connais peu en fait. Mais en posant la question aux patients on est surpris de voir leurs réponses. Et si on pose la question sans jugement, eux vont nous en parler plus facilement, on peut l'intégrer dans nos soins même si je ne suis pas homéopathe ou acupunctrice, on peut l'intégrer dans ce qui sont eux quoi. Et peut être que c'est cette vision-là que je peux faire passer à l'interne. »

I : « C'est-à-dire être ouvert et euh… Communiquer avec le patient ? »

MSU9 : « Oui, et euh, après je pense que quand on est médecin généraliste, au niveau douleur et orthopédie on se rend compte que l'on est vite limité dans les soins : les tendinites, les entorses, enfin non pas les entorses… Ouais mais les tendinites, l'arthrose, les tensions musculaires et du coup c'est ça aussi qui avait fait que j'avais voulu me former en ostéopathie parce qu'on constate, des fois on mesure, on fait des examens complémentaires, des fois il y a le rhumatologue mais qu'est ce qu'il fait le rhumatologue ? On sait d'avance ce qu'il fait… C'est rare qu'on ait besoin d'un avis, qu'il ait une solution qui fonctionne plus que ce que l'on imagine… Ouais ça m'a un peu passé cette frustration, mais ça m'a un peu passé. »

I : « La frustration sur entre guillemet l'échec de la médecine conventionnelle ? »

MSU9 : « Oui, voilà. Et ça m'a un peu passé, il y a eu un cycle. Est-ce que c'est depuis que je suis plus ouverte à ça, ou que les patients ils trouvent leur réponse, euh… Non… Est ce qu'ils vont mieux ? Non je pas sûre que mes patients aillent moins mal… C'est peut-être moi qui accepte plus leurs plaintes et leur douleur. Est-ce qu'ils sont mieux soulagés, je ne sais pas. Je ne sais pas… Euh... Hum…En médecine générale souvent, moi ça fait 20 ans que je suis installée, il y a des… Voilà il y a des centres d'intérêt qui bougent, pour pas s'ennuyer aussi, il faut, il faut que ça

bouge et du coup il y a des cycles, voilà et je pense que la période où je me suis intéressée aux médecines alternatives et complémentaires, enfin intéressée de loin mais quand même, euh, c'était pour peut-être répondre à une de mes attentes à moi aussi. Je ne sais pas si je m'exprime bien mais… »

I : « Et vous au niveau personnel, vous les utilisez ? »

MSU9 : « Un peu… Un peu oui, depuis longtemps. La dimension j'ai envie de dire aussi, comment dire aussi, spirituelle, voilà j'ai fait un peu de méditation, j'ai consulté un ostéopathe qui est ni-ni et quand je vais le voir il me parle pas comme un médecin généraliste parle à son patient, il me donne pas de recette mais effectivement il me parle en terme d'énergie, en terme de blocage, en terme d'histoire personnelle, en terme de projet, ce n'est pas un psychothérapeute mais… Et moi ça me parle, et à des périodes de ma vie il me fait du bien. Et je vais voir aussi de temps en temps un ostéopathe qui fait craquer comme on dit, qui est vraiment axé sur le corps physique. Après j'ai des amis voilà qui font de l'olfactothérapie, ça ne me parle pas beaucoup, euh voilà, les odeurs avec les émotions… Pourquoi pas… Mais pour moi c'est un peu gadget en fait. J'ai consulté une fois un homéopathe parce que j'allais très mal mais j'ai été très très frustrée qu'il ne m'examine pas, je suis ressortie fâchée… Il m'a écoutée mais il ne m'a pas pris la tension alors que c'est vrai j'allais mal, enfin voilà, je, je… Ça n'a pas collé… C'est surprenant enfin. L'acupuncture pour les bouffées de chaleur j'ai expérimenté et depuis j'en parle beaucoup aux patientes depuis, alors elles n'y vont pas toutes mais des fois même si elles… Il y a le problème du remboursement des frais de ces médecines et nous on est dans un endroit où la populations est… Ils sont surprenants parce que finalement il y en a qui ne nous ont pas attendu pour faire appel à ces techniques différentes et souvent il y a un investissement financier qui calme les ambitions sauf l'acupuncture avec les sages-femmes maintenant que je connais cette possibilité, ça fonctionne. »

I : « Et les internes, vous en parliez un peu tout à l'heure, comment vous les ressentez par rapport aux MAC ?»

MSU9 : « Globalement je pense qu'ils sont ouverts mais il faut se méfier parce que des fois on peut être ouvert et puis trouver que c'est dérisoire pour le patient, c'est-à-

dire qu'on est ouvert, on les laisse faire mais on a une opinion négative. J'ai bien aimé à la conférence où j'ai été il y a 2 mois, il disait que globalement ça favorise l'auto-guérison et je trouvais que c'était bien de permettre au patient de trouver sa manière sans se perdre, mais sa manière de trouver la solution à ses questionnements physique, psychique, voilà, des habitudes de vie, il y a plein de choses enfin… Moi là où… Des fois quand je parle au patient voilà je fais attention à la question financière, et puis à pas se laisser embarquer dans des choses un peu sectaires ou de multiples consultations et s'embarquer dans… Les patients ne vont pas s'en vanter… Et après les internes je pense avoir avoir rencontré une interne trop cartésienne pour pouvoir s'intéresser à ça et du coup le message ne passait pas tellement ou trop inquiète, trop jeunes pour être à l'aise avec tout ça, peut-être qu'elle avait, moi je la sentais…Oui certainement parce que quand j'en ai parlé avec… L'avantage c'est qu'on parle aussi entre collègues maîtres de stage de la sensation qu'on a…. Moi de par ma personnalité j'étais un peu gênée par la sienne et eux ils m'ont soulagée en me disant qu'elle était comme ça maintenant et que dans 5 ans elle serait plus détendue, voilà, elle avait surtout peur pour les patients, pour elle, le médico-légal, besoin de maîtriser et donc effectivement, euh, je pense qu'on a pas beaucoup échangé au sujet de choses différentes et qui n'ont pas beaucoup fait leur preuve. En fait c'est ça aussi, quelqu'un qui est très scientifique, il va trouver ça bizarre, voire dangereux même, je ne sais pas. Vous avez peut-être lu des articles dessus, plus que moi… »

I : « Oui, ça fait partie des points d'accrochage sur les MAC, entre les MAC et l'EBM quand on simplifie le débat »

MSU9 : « Oui, mais quand on lit ou quand on voit des émissions… Quand on lit Prescrire sur les antidépresseurs par exemple, quand ils fonctionnent ils fonctionnent mais souvent ils ne fonctionnement pas et on les prescrit quand même. On ne se dit pas au bout de 2 mois, ça fonctionne pas, on les arrête, alors que dans le DSM IV ou V, voilà, il y a la théorie et la pratique aussi… Du coup les laboratoires pharmaceutiques ils font peur… Je suis tout aussi inquiétée par le lobbying pharmaceutique et médicamenteux que par la manière par laquelle va marcher une séance d'acupuncture ou d'hypnose ou de phytothérapie. Après le danger c'est aussi, il y a des fois des patients… On peut être à une période de vie où on a peu de

recul sur ce que le thérapeute en face nous propose et c'est là où il y a peut-être danger, il ne faut pas se laisser dire n'importe quoi… Hum… »

I *: « Pour vous, quelle est la place du maître de stage dans l'enseignement, euh… enseignement ce n'est pas forcement le bon terme… dans l'abord des MAC ? »*

MSU9 : « Alors l'enseignement… c'est... »

I : « Approche plutôt, enseignement c'est peut-être trop fort »

MSU9 : « Oui, voilà, approche c'est mieux. Enseignement c'est trop fort par rapport à ce que je ressens, c'est compliqué d'être maître de stage, enfin voilà quand on fait les formations de maître de stage c'est très rigoureux, très cadré, il y a des références très intéressantes et puis quand on se retrouve dans le quotidien, la vraie vie, je parle pour moi mais je crois que c'est un peu pareil pour mes collègues, on lâche un peu ces normes d'enseignement, mais le rôle pour moi c'est l'ouverture, l'ouverture c'est un objectif important, alors plus sur l'écoute des patients que sur les techniques. C'est-à-dire que si les futurs médecins généralistes n'ont pas envie de se former ou d'adresser des gens aux autres praticiens de médecines alternatives, okay moi je n'ai pas d'arguments pour dire qu'il faut absolument, euh mais au moins recevoir le patient, être ouvert à ce qui fait du bien au patient, parce que les patient il ne faut pas leur fermer la porte et on a tout intérêt en médecine générale à savoir ce qu'ils font, ce qu'ils cherchent au delà de soulager la fièvre et la douleur et l'HTA. La santé c'est un tout, voilà, la vision de la santé, c'est ça qui pourrait… Peut être qu'ils le sentent les internes. Après, comme ils ont plusieurs maîtres de stage, ils vont dire : « Ben voilà, une telle, elle est comme ça, un tel, il est plus strict, il est plus cartésien », ils vont piocher et avec moi, enfin j'espère, ils vont pouvoir sentir cette ouverture et la faire passer dans l'intérêt du patient et du médecin aussi. Il ne faut pas que le médecin s'épuise aussi, enfin, la carrière professionnelle est longue quand même et les patients c'est toujours un peu les mêmes, enfin ça dépend on a le droit de changer d'exercice, de changer de lieux ou de collègues donc euh, il y a des choses qui bougent mais globalement le matin quand on arrive c'est assez reproductible les journées, même si elles ne se ressembles pas toutes, il ne faut pas que le professionnel se lasse, il ne faut pas se fatiguer, il faut quand même aller dans

le sens du courant, il faut… Euh moins on est accroché à des certitudes plus c'est facile aussi, je trouve, d'avancer. Et ça c'est le coté des internes, voilà, essayer de leur montrer qu'ils ont tout intérêt à encore être ouvert, leur formation elle est jamais finie, mais je trouve qu'ils sont super, ils sont déjà sur cette voie. Enfin nous ceux qu'on voit je trouve que… Chapeau, ils sont bien plus mature que moi je ne l'étais quand j'ai débuté. Voilà quand même, même si on sent la différence entre la ville et l'hôpital… »

I : « C'est à dire ? »

MSU9 : « Ben quand même à l'hôpital… Le carré de Wight vous vous souvenez »

I : « Oui très bien »

MSU9 : « C'est quand même parlant, à l'hôpital je pense, il y a des professeurs, des enseignants, des gens qui sont confrontés… Qui écrivent des articles, on voit les situations difficiles, des patients qui sont certainement passés par un voir deux médecin généralistes ou au moins une à deux consultations de médecines générales et on y arrive pas ou il y a besoin de… C'est plus compliqué… En médecine générale il y a un flot, il n'y a pas beaucoup de malades graves, il y a beaucoup de chroniques ou de gens… Je perds peut-être le fil de la…. Oui la différence, à l'hôpital euh comment dire… Les internes, ils souffrent de l'hôpital, quelquefois, ils sont fatigués de l'hôpital, de ce coté hiérarchique, du nombre d'heures peut-être aussi, la charge de travail… Enfin je ne sais pas si vous… »

I *: « Oui, ben... »*

MSU9 : « Je ne sais plus ce que je voulais dire mais peut-être qu'entre le coté précis et grave de l'hôpital et en médecine générale, le coté un peu plus sur la durée, qui peut être un atout, quelqu'un qui ne va pas bien aujourd'hui on peut le revoir demain et s'il va pas mieux ou si notre traitement… S'il faut changer le fusil d'épaule… Aux urgences on peut pas, c'est très différent, c'est tout de suite… Mais la contre-partie c'est de se lasser, de se fatiguer, le coté reproductible… »

I : « Pour revenir sur l'abord des médecines alternatives, qu'est-ce qui freine pour en parler avec l'interne, quoi, est-ce que vous voyez des choses qui vous... »

MSU9 : « Peut-être que je ne l'ai pas suffisamment à l'esprit, c'est-à-dire que moi je peux l'avoir à l'esprit avec mes patients lors de mes consultations, mais comme l'interne il est autonome dans ses consultations et qu'on fait le débriefing le soir peut-être que je n'y pense pas assez. Et puis, euh, c'est rarement un sujet de discorde ou de conflit, c'est rare que l'interne va dire : « Voilà j'étais choqué, le patient m'a dit qu'il était allé voir un homéopathe ou il m'a parlé des huiles essentielles qu'il utilise et du coup je ne savais pas quoi lui dire… », ça vient rarement de l'interne, si moi je ne prends pas l'initiative.

I : « C'est plutôt vous qui allez… Et par exemple quand l'interne est en phase d'autonomie, si dans ses consultations il a recours a, euh, je ne sais pas, de l'homéopathie par exemple, comment vous allez gérer ? »

MSU9 : « Je n'ai jamais été confrontée en fait, euh… J'ai jamais été confrontée à un interne formé en homéopathie, après j'imagine la situation la pire ce serait un interne qui ne jure que par les MAC ou qui soit trop ésotérique et qui oublie d'examiner le patient, qui oublie de prescrire une bio s'il y en a besoin, enfin je ne sais pas. Si je devais… Devoir recadrer un interne qui se perde dans ces sphères-là je serais embêtée mais jusqu'à maintenant ils nous ont… Voilà c'est plutôt l'inverse, les internes ils sont plutôt très soucieux, voilà, de la pathologie grave et urgente parce qu'il sortent de l'hôpital, pour revenir à ce que je disais tout à l'heure, du coup ils sont plutôt trop consciencieux dans la médecine voilà… Comment dire, allopathique, voilà… Sans prescrire trop… Mais ils sont plutôt inquiets et du coup notre rôle c'est peut-être de les détendre par rapport à ça. Et après c'est plutôt moi qui vais peut-être dire : « Dans cette situation, l'acupuncture ça peut marcher, l'ostéopathie… », je vais donner un ou deux noms de correspondants, de praticiens de confiance, parce que c'est ça aussi. »

I : « Des choses pratiques, ce que vous allez dire à l'interne c'est des choses pratiques ? »

MSU9 : « Oui, peut-être parce que je n'ai jamais été confrontée, mais peut-être que j'ai jamais assez approfondi sauf avec une interne où je sentais que ce n'était pas possible. Parler des émotions des patients c'était pas possible. Bon, c'est relativement exceptionnel. Après c'est à nous peut être de faire naître la réflexion chez l'interne. »

I : « La réflexion de… ? »

MSU9 : « Ben la réflexion sur les médecines alternatives et complémentaires, comment il se positionne lui en tant que futur généraliste euh... Oui, oui jusqu'à maintenant c'est effleuré, c'est en terme d'ouverture mais ce n'est pas aussi pointu je me rends compte. Mais en même temps ce n'est pas tabou, donc comme ce n'est pas tabou voilà. Il n'y a jamais eu de temps précis mais je pense que la parole circule quand même. »

I : « Pour finir, si on mettait à la Fac un séminaire, un module dessus, comment vous verriez les choses ? »

MSU9 : « Pour les internes ? Oui il faudrait que ce soit fait par quelqu'un qui connaisse quand même, qu'il y ait quelque chose à en dire de scientifique, j'ai envie de dire, enfin voilà, ne pas se perdre dans des choses trop floues car je pense que les internes ont besoins d'un discours précis… En disant que ça existe et que les patients ne nous ont pas attendus pour consulter, pour faire appel. Et je pense que plus les médecins généralistes sont informés, plus ils peuvent aussi échanger avec les patients et voir de quoi ils parlent. Si on est trop fermé, on ne voit pas de quoi ils parlent. On ne peut pas faire du kayak pour savoir ce que c'est du kayak ou on a pas besoin de faire pour savoir… Plus les futurs médecins ont des informations fiables sur ce genre de techniques, mieux c'est pour eux par rapport aux patients. C'est comme quand on critique les patients qui vont sur internet pour s'informer, de toute façon c'est la réalité, on ne va pas aller contre mais on va en parler avec eux, autant qu'on soit ouvert. C'est comme les patients qui veulent un second avis, l'avis d'un autre médecin, ben oui pourquoi pas en parler… Du coup s'il devait y avoir un séminaire, oui il faudrait que ce soit un séminaire qui explique ou qui transmette des

informations sur comment ça se passe dans ces médecines alternatives et complémentaires, et les dangers.

I : « Vous avez répondu à toute mes questions, merci ».

Entretien n° X

L'entretien est effectué dans le bureau du DMG de la faculté.
Lors de la présentation PowerPoint au sujet de la définition des MAC, MSU10 me dit qu'elle est hypnothérapeute et que l'hypnose est officiellement reconnue par le système de santé.

I : « Pour commencer j'aimerais bien reprendre un peu votre pratique. Depuis combien de temps êtes-vous maître de stage ? »

MSU10 : « Depuis que ça existe… Depuis le tout premier stage chez le prat à ?[Ville D], je ne sais pas le situer. »

I : « D'accord. Vous avez des internes en UPL, en SASPAS ? »

MSU10 : « J'ai eu longtemps des internes en UPL, quand les SASPAS sont arrivés j'ai eu des internes en UPL et en SASPAS et depuis 2 an et demi quand j'ai changé d'installation j'ai des internes qu'en SASPAS. »

I : « Euh, dans votre activité, vous êtes en activité de groupe, seule ? »

MSU10 : « Depuis ma réinstallation je suis seul médecin avec un kiné et des infirmières. »

I : « D'accord et votre activité est urbaine, rurale ? »

MSU10 : « Grande banlieue, c'est une population qui est encore très peu urbanisée mais on est encore près de la ville. »

I : « Par rapport à votre pratique quotidienne vis-à-vis des médecines alternatives et complémentaires ? »

MSU10 : « Donc moi je suis hypnothérapeute, je fais de l'hypnose médicale, ça représente une partie importante de mon exercice, je fais 3 consultations d'hypnose pour chaque demi-journée d'exer… euh de travail au cabinet. Donc quand je travaille 3 jours au cabinet je fais 18 consultations d'hypnose dans la semaine et quand je travaille 4 jours… Ben voilà c'est fonction de ça. »

I : « D'autre médecine alternative que vous utilisez ? »

MSU10 : « Que je pratique, non. J'adresse mes patients à des ostéopathes mais que je pratique moi c'est la seule. »

I : « Et dans quel contexte allez-vous utiliser l'hypnose ou le… ? »

MSU : « Alors à la base je me suis formée en hypnose pour mes patients de médecine Générale, euh, donc, euh c'est pour ma patientèle pour qui je propose, euh, pour les troubles du sommeil, des troubles anxieux, des dépressions, du sevrage tabagique, sevrage alcool etc.…. Et dans la mesure où j'ai une formation longue diplômante, j'ai des confrères qui m'adressent des gens dans le cadre de suivi de psycho-traumatisme et là je suis obligée de limiter par manque de temps. Donc là je reçois des suites de psycho-traumatisme de type 1, euh, adressés directement par des confrères et j'ai une liste d'attente qui est de plusieurs semaines dans ce cadre-là. »

I : « Au niveau de l'utilisation des MAC, il y a d'autres choses ? »

MSU10 : « J'ai, j'ai fait un diplôme d'homéopathie que j'ai utilisé quelques années et ça m'a pas du tout satisfait sur le plan intellectuel, c'est, ça ne correspondait pas à mes choix… »

I : « C'est à dire ? »

MSU10 : « Euh, J'ai appris des choses, j'ai appris un entretien plus personnalisé des patients mais après les solutions médicamenteuses ne me conviennent pas, elles ne sont pas validées et c'est toujours, euh…S'il faut donner une solution

médicamenteuse homéopathique ou allopathique c'est, c'est pas quoi…. Autant donner un médicament validé. Bref ça ne me convenait pas, j'ai complètement laissé tomber cette approche qui ne me convenait pas. »

I : « D'accord, et euh, par rapport aux médecines alternatives et l'interne, dans quelles circonstances allez-vous aborder le sujet ? »

MSU10 : « Ben je… Je dis aux internes que je pratique, je l'explique dans la réunion d'accueil, je leurs explique la place que ça prend, je leur explique comment je suis formée, je leur propose s'ils le souhaitent de pouvoir assister à des consultations d'hypnose et pour ceux qui le souhaitent, je programme des patients sur le jour présence de l'interne mais avec l'accord du patient évidement, c'est quand même, euh, quelque chose d'intime en terme de prise en charge et il faut l'accord du patient. Donc les internes assistent à… La plupart sont curieux, ils ont envie de voir, ils découvrent quelque chose qu'ils ne connaissent absolument pas. Il y a aussi un autre cadre dans lequel j'en parle c'est que je fais aussi partie d'un groupe d'analyse des pratiques avec d'autre MSU et les internes qui sont dans les cabinets en question. Donc très régulièrement je parle de ce que je fais dans le cadre des analyses de dossiers qu'on présente en groupe d'analyse de pratique, euh, et mes correspondants ils font très souvent partie de ce GAP et les gens disent dans quelles circonstances ils m'envoient des gens. Et puis c'est arrivé plusieurs fois qu'euh, le groupe d'interne du groupe d'analyse de pratique ait envie de tester et donc j'ai fait des séances d'hypnose collective en groupe d'analyse des pratiques pour que les gens testent eux ce que c'est d'être en hypnose et voilà, à leur demande, c'est la curiosité j'ai envie de dire… Voilà, c'est essentiellement ça. »

I : « Et quand vous allez leur parler de l'hypnose, donc ils vont pouvoir assister à une séance avec l'accord du patient, est-ce-que vous leur parlez de la théorie ? »

MSU10 : « Je leur propose plutôt de la lecture… Je leur propose des bouquins qui parlent de la théorie et euh, je leur propose que l'on en parle quand ils l'auront lu. Alors certains sont curieux, ils ont envie de lire alors après on en reparle, euh, je leur parle toujours des fondements scientifiques, de ce que nous ont appris le pet-scan sur le cerveau en hypnose etc.… Et le fait que ce n'est pas du tout, enfin, euh…

Quelque chose qui n'est pas du tout… En fait mon objectif c'est de leur apprendre à déterminer les indications, ce n'est pas de les former en hypnose. C'est de leur apprendre à déterminer les indications et à savoir adresser leur patient, c'est ça mon objectif pédagogique. Qu'ils sachent ce que peut faire l'hypnose pour les patients, comment, rapidement, on peut avoir une idée de quels sont les patients qui peuvent être adaptés, parce que c'est assez facile de repérer les patients non hypnotisables en fait. Et puis, et puis de savoir poser les indications et de savoir se faire un réseau auprès de praticiens qui pratiquent. Voilà c'est ça mon objectif vis-à-vis des internes. »

I : « Et, euh, là c'était centré sur l'hypnose mais par rapport à vos objectifs sur les MAC en général ? »

MSU10 : « Par rapport aux internes ou aux patients ? »

I : « Par rapport aux internes »

MSU10 : « Alors, moi j'adresse des patients a des ostéopathes dont je connais la formation, dont je connais la pratique, toujours des ostéopathes qui sont des professionnels de santé, donc j'explique aux internes pourquoi je fais comme ça, quels sont les différents types de formations, comment j'ai sélectionné mes correspondants et quelles sont les indications pour lesquelles j'adresse mes patients à des ostéopathes, tout en leur disant que pour l'instant ça reste une pratique, euh, qui est encore non reconnue, très mal encadrée, que de tout façon les patients iront et que donc je préfère les adresser à des gens dont je connais la formation et le sérieux. Voilà, c'est essentiellement ça que je leur dis par rapport à l'ostéopathie parce que c'est ma pratique d'adresser des gens à des ostéopathes. Pour les autres médecines alternatives je leur dis comment je pratique avec les patients, c'est à dire que les patients me disent : « Je souhaite voir un mésothérapeute, un acupuncteur etc…. Qu'est ce que vous en pensez ? » Je réponds que je n'ai pas les compétences, qu'ils gèrent leur santé comme ils le souhaitent et que je n'ai pas les compétences pour leurs répondre. Donc je dis aux internes comment je gère ça devant le patient et qu'eux ils vont gérer en fonction de leurs croyances, de leurs formations et leurs connaissances, euh, voilà, c'est tout. »

I : « Et au niveau de la phase d'autonomie, euh, par exemple si l'interne... »

MSU10 : « En SASPAS il n'y a presque que de l'autonomie, on passe très peu de temps ensemble, on aborde ces choses là essentiellement en supervision. »

I : « Justement sur la supervision, sur le débriefing d'une journée, si l'interne a prescrit, je ne sais pas, de l'homéopathie, ou a utilisé des médecines alternatives, comment vous allez gérer le débriefing ?»

MSU10 : « D'abord je leur demande de ne prescrire ou de ne pratiquer que ce pour quoi ils sont formés de façon sérieuse. C'est à dire, euh, bon, ils pratiquent dans mon cabinet, donc j'exige qu'ils pratiquent d'une façon qui est compatible avec ce que je pense et je leur dis ben euh : « Prescrire de l'homéopathie à des gens qui vous ont dis est-ce que vous pouvez me marquer telle ou telle choses » alors qu'eux ils ne sont pas formés et ne savent pas de quoi il s'agit, moi je leur dis : « Je te demande de ne pas faire ça dans mon cabinet, après tu feras ce que tu voudras en remplacement, tu feras ce que tu voudras dans ton cabinet mais ici tu est chez moi, donc je te demande de ne pas le faire. Voilà. Moi je le refuse aux patients, je ne connais pas, je ne sais pas à quoi correspond tel ou tel produit de phytothérapie parce que ce n'est pas ma compétence donc euh, je te demande de faire de la même façon. ». Après… ça ne m'est pas arrivé d'avoir des internes qui soient diplômés dans une médecine alternative, euh, que je ne connaissais pas, euh, donc je ne me suis pas posée la question. Je pense que, euh, je vérifierais comment il est formé, son diplôme et que dans ce cadre-là je l'autoriserais à utiliser ses compétences. Si ça arrivait, voilà, mais je demande de n'utiliser que des compétences réelles et avérées. »

I : « Tout à l'heure vous me disiez que les internes étaient curieux vis-à-vis de l'hypnose, sur les autres médecines alternatives vous les… Comment vous les percevez ? »

MSU10 : « En tout cas ils ont très envie d'en parler, ils ont très envie d'avoir mon avis, ils ont très envie d'exprimer le leur et euh, ils sont en phase de structuration de

leur pensée par rapport à ça, donc ils ont surtout besoin de confronter des avis pour… Et arriver à savoir, eux, comment ils vont gérer ça avec leurs propres patients. Donc moi j'offre un élément de structuration de la pensée par rapport à ça. Ils vont en prendre plein d'autres ailleurs auprès de leur famille, de leur lecture, d'autres MSU et moi je leur offre un élément de structuration de leur pensée par rapport à ça. Une petite pierre quoi. Voilà. »

I *: « Que pensez-vous de la place du MSU vis-à-vis de l'abord des médecines alternatives et complémentaires »*

MSU10 : « Vis à vis de la ? »

I : « La place du maître du stage, quelle est la place du MSU dans l'abord des.. »

MSU10 : « Je pense qu'elle est absolument essentielle, qu'il ne faut absolument pas la contourner et que quelle que soit la posture que prenne un maître de stage, qui peut être très tranchée anti, il y a des maîtres de stage qui disent « Moi, jamais je toucherai à ça. », etc. L'important c'est d'en parler et d'argumenter, de dire à l'interne moi jamais parce que, comment je me suis fondée cet opinion pour moi et comment je l'argumente vis-à-vis des patients et en tant que soignant et en tant que soignant en relation avec des patients. Ce qui est important c'est que ce soit parlé, ce soit argumenté pour donner un élément de structuration que l'interne va utiliser pour former son propre comportement et ses propres avis. Je pense qu'il y a une différence entre ce que l'on demande à l'interne de pratiquer parce que c'est chez nous, ce sont nos cabinets, ce sont nos patients, l'interne va passer alors que nous ont va rester, voilà, euh, ça il est important pour notre patientèle car la fonction de soins est prioritaire, il est important d'être relativement cadré avec l'interne et tout ce qui est, tout ce qui concerne de la vie, là au contraire il faut être le plus ouvert possible à la discussion, avoir du temps, entendre ce que l'interne en pense, avoir suffisamment d'arguments pour relever des choses qui relèvent d'un avis erroné, enfin voilà, ou de choses déviantes aussi parfois, on peut du style... Moi c'est un souvenir que j'ai ces internes qui avaient entendu qu'il ne fallait pas donner de lait de vache aux enfants et qu'il fallait leur donner du lait de riz ou du lait d'amandes etc... On est allés voir ce qui était écrit et de voir pourquoi c'était important que les enfants

prennent du lait de vache et pas du lait de riz ou d'amande. Si ce n'est pas parlé, pas argumenté, si on dit « Non, non, non, tu dois faire comme ça », ça va faire avancer personne. Il faut du temps et de la disponibilité pour que les internes puissent se structurer par rapport a ça.

I : « Et est-ce que vous identifiez des freins à parler des MAC ? »

MSU10 : « Des freins de ma part ? »

I : « De vous ou autre… Vous voyez des choses qui… »

MSU10 : « Non, je n'ai pas l'impression. J'ai l'impression que les internes sont plutôt libérés par le fait d'avoir enfin un lieu où l'on peut en parler. Et, euh, de ma part il n'y a pas de freins à en parler. Il peut y avoir un frein à laisser exercer ce que je ne pense pas correct mais à en parler non, il n'y a pas de frein a en parler. »

I *: « Et, euh, dans les perspectives, vous penseriez quoi d'un enseignement... Euh, enseignement ce n'est pas forcement le bon terme, mais d'un abord des MAC lors de la formation initiale. »*

MSU10 : « Je pense que quelque chose qui serait très généraliste, c'est-à-dire, pour dire aux internes voilà ce qui existe, voilà aujourd'hui le niveau de preuve qui existe pour chacune de ces techniques et voilà de quoi parle un patient qui vous dit je fais de l'étiopathie « je vois un étiopathe » par exemple, savoir de quoi parle ce patient. Il ne s'agit pas de faire une formation de l'une ou l'autre médecine complémentaire, il s'agit d'informer sur ce que c'est. Ça ça serait positif mais quant à former sur une médecine alternative ça ce n'est pas la place de la formation médicale initiale. Je pense pas du tout, ce n'est pas du tout la place de la formation médicale initiale. Ce sont des choix alternatifs comme le nom l'indique, quels qu'ils soient pour être pratiqués ça demande une formation sérieuse et longue et complète sinon on saupoudre. C'est facile de saupoudrer de l'homéopathie, de prescrire du Beladona pour les dents des bébés, du Camomilla pour les dents des bébés, c'est facile de saupoudrer. D'ailleurs il y a des gens qui font 2 weekend d'homéopathie ils croient qu'ils sont homéopathes et euh… Ça n'aurait pas de sens, ça serait même contre-

productif de faire ça pour les internes. Mais qu'il y ait une information, alors ça peut être sous une forme écrite, ça peut être… Ça pourrait être très bien une thèse : « quelles informations apporter aux internes sur les différentes médecines alternatives pratiquées », demander aux internes de quelles informations ils ont besoin aussi, ça pourrait être intéressant. Il faut que ça soit bref et informatif. Former ce n'est pas le lieu. »

I *: « Pour reprendre, euh, je vais retourner en arrière, mais pour vous, le message le plus important à transmettre aux internes vis-à-vis de ça durant le stage ? »*

MSU10 : « Il faut connaître de quoi parlent les patients, il faut leurs donner un avis, argumenter médicalement, scientifiquement valider et être capable d'adresser à des praticiens identifiés. Ça fait en fait 3 messages, mais l'un fonctionne pas sans l'autre. Savoir de quoi parlent les patients, avoir des informations dessus et avoir un réseau. »

I : « Et la communication avec les patients, vous leur en parlez ? »

MSU : « Euh, je ne crois pas que je leur demande, j'ai l'impression qu'ils me le disent, peut être pas forcément. Je ne crois pas que je leur demande mais j'ai une méthode d'interrogatoire qui laisse la place à ça, c'est à dire quand je leur demande « Qu'est-ce que vous pensez qu'il faille faire pour votre problème ? », ça ouvre la place à dire « je pense que je dois voir… », c'est une interrogation directe, c'est dans la méthode d'entretien que l'on laisse la place a ça et en l'occurrence ce type de méthode d'entretien c'est effectivement ce que je transmets aux internes mais là on s'écarte un peu du sujet. Voilà… »

I : « Vous avez répondu à toute mes questions, merci. »

Entretien n° XI

I : « Pour commencer je vais reprendre ton activité. Depuis combien de temps es-tu maître de stage ? »

MSU11 : « Alors euh… J'ai été maître de stage pendant 1,5 ans à [structure E], j'ai eu 3 internes il y a 2 ans et depuis 4 mois j'accueille une interne au cabinet de médecine générale. Voilà, ça fait 2 ans que j'ai des internes.

I : « Une interne qui est en ? »

MSU11 : « Qui est en premier semestre et donc c'est une UPL. »

I : « Tu es en dans un cabinet de groupe et au niveau de l'activité c'est quoi : rural ? Urbain ? semi-rural ? »

MSU11 : « C'est semi-rural. »

I : « Par rapport aux MAC dans ta pratique de médecin généraliste ? »

MSU11 : « Alors en fait je suis dans une zone où il y a quand même… les gens, je trouve, utilisent beaucoup les médecines alternatives, après je n'ai pas de statistique et voilà c'est… Par contre moi, je, il me semble, je ne recommande pas trop comme je ne connais pas et que j'ai une attitude plutôt méfiante, j'essaie de me borner à la médecine que j'ai apprise bien sûr avec son lot de croyances mais je… je… je n'oriente pas trop vers des médecines alternatives mais par contre… mais les patients ils en utilisent pas mal, ils me rapportent qu'ils sont allés voir l'ostéo ou qu'ils ont vu un homéopathe et moi je prends en compte mais je ne dis pas grand-chose dessus. Par contre il m'arrive, enfin 2 ou 3 fois j'ai adressé à une collègue acupunctrice qui habite à coté de chez nous, qu'on avait rencontré et j'ai vu que… je me suis dis que j'avais confiance en elle et du coup j'ai orienté 2-3 fois. »

I : « C'était dans quel contexte ? »

MSU11 : « C'est plutôt des soutiens psychologiques ou des personnes qui m'avaient exprimé qu'elles essayeraient bien l'acupuncture. »

I : « D'accord, et après pour les autres MAC, l'homéopathie ou les choses comme ça ? »

MSU11 : « Alors euh, peut-être, pour l'homéopathie on a un petit livre avec « tel type de granules par symptôme » mais j'ai dû prescrire 2 ou 3 fois des granules pour la toux pour les enfants quand les parents me le demandent et quand je n'ai vraiment pas d'autre recours mais je suis très mal à l'aise parce que moi au niveau de mes croyances à moi je suis très mal à l'aise de prescrire ça et que je connais pas trop. »

I : « Quand tu dis tes croyances à toi, c'est-à-dire…? »

MSU11 : « Et ben je… sur l'homéopathie par exemple ? »

I : « Oui par exemple ou autre chose »

MSU11 : « Et bien je, je considère que j'ai été formée en médecine conventionnelle et donc que les gens viennent me voir pour ça et que donc mon rôle c'est de rester sur ce registre-là et de ne pas trop aller sur d'autres registres. Après concernant l'homéopathie, j'avais entendu des conférences organisées par la zététique à [*Ville F*] et qui démontaient vraiment l'homéopathie et moi ça m'a nourri et du coup je me sens vraiment hypocrite de devoir prescrire ça aux gens et dire que ça va marcher alors que pour moi je suis convaincue que c'est un leurre, voilà, c'est pour ça que je suis mal à l'aise alors que l'acupuncture comme je ne connais pas il y a moins de conflits en mois. »

I : « Et au niveau formation sur les MAC ? »

MSU11 : « Et bien peu… La zététique du coup, cet observatoire de la zététique qui a fait des dossiers sur l'ostéopathie et l'acupuncture euh l'homéopathie, mais sinon je connais peu de chose et dans la formation à la fac j'ai pas souvenir d'avoir eu des formations là-dessus. »

I : « Et du coup par rapport à l'interne dans quelles circonstances vous allez parler de ça ? Qu'est-ce que tu vas lui dire ?»

MSU11 : « Ben à peu près ce que je t'ai dit là quand on en parle parce que…et je lui dis pas ce qu'elle doit faire elle mais ce que moi je fais et que pour moi ce n'est pas éthique pour moi d'aller dans ce registre-là avec les gens parce que je m'y connais pas et que j'y crois pas trop, voilà, c'est ça que je vais amener mais par contre mes collègues ils prescrivent de l'homéopathie et ils sont plus dans le registre des MAC et donc elle voit plusieurs registres, plusieurs types façons de faire. »

I : « Et dans la phase…Elle est à quelle phase ton interne ? »

MSU11 : « En semi-actif mais elle fait quelques consultations toute seule. Et alors est-ce qu'elle prescrit de l'homéopathie c'est ça ? »

I : « Non, savoir comment tu vas gérer le débriefing si elle en prescrit sur une consultation »

MSU11 : « Et bien si elle en prescrit c'est qu'elle l'a acquis d'ailleurs et il n'y a pas de souci, pour si elle s'est sentie de le prescrire et comme moi je suis persuadée que ça ne fera pas de mal aux gens, il n'y a aucun problème mais par contre je ne dis pas que, enfin on ne va pas parler de ça spécifiquement, je vais le mettre de coté quoi. »

I : « Et ton ressenti sur les internes et les MAC ? »

MSU11 : « Je pense qu'elle est, euh, pas trop à l'aise à mon avis. Et comme elle est en premier semestre elle est quand même très stressée d'acquérir les compétences thérapeutiques qu'on enseigne à la fac, je pense qu'elle est pas à l'aise et qu'elle met de côté pour l'instant, que ce n'est pas sa priorité. Après je ne la sens pas forcément opposée mais comme je te dis comme l'autre maître de stage il prescrit des médecines alternatives peut-être qu'elle ne s'exprime pas trop là-dessus parce qu'elle sent que… elle est sur un terrain plutôt favorable aux médecines complémentaires. »

I : « Et pour toi quel est l'intérêt de discuter des MAC avec l'interne ? »

MSU11 : « Pour c'est… d'ailleurs tu as raison je lui en ai parlé… ça serait de travailler sur les croyances du médecin et les connaissances scientifiques, de savoir quand on prescrit quelque chose de savoir qu'est-ce qui est de notre croyance ou des croyances des gens et qu'est-ce qui est de l'ordre des choses scientifiques quoi… ce serait plus par ce biais-là. Comment tu vas analyser la médecine complémentaire et comment tu vas la prescrire aux gens et est-ce que tu l'amènes autrement que si c'était quelque chose qui avait été validé. Tu vois ce que je veux dire, plus là-dedans. Je trouve que c'est trop confus de présenter une prescription validée et une prescription homéopathique et de mettre ça au même niveau, je trouve que la part du médecin… enfin moi je n'aimerais pas amener ça de la même façon aux gens. Je ne sais pas si je suis claire. Dissocier ce qui est validé de ce qui est de l'ordre, pour l'instant encore, ce qui est en marge de la médecine. »

I : « Et quand les gens te demandent des médecines alternatives, tu gères comment »

MSU11 : « Et bien je leur dis que moi je fais de la médecine conventionnelle, je ne suis pas contre, s'ils utilisent qu'ils me le disent bien, par exemple s'ils utilisent de la phytothérapie que je vérifie qu'il n'y ait pas d'interactions, mais que moi je ne peux pas les accompagner là-dedans…. Ils le prennent plutôt bien. »

I : « Et pour aborder le sujet avec l'interne, il y a des choses qui te freinent ? »

MSU11 : « Si l'interne était très intéressé par l'une des techniques dont moi je me méfie, j'imaginerais… ouais, je pense que ça m'embêterait de devoir en parler avec l'interne. Parce que comme moi j'ai peu de connaissances, il faut que je travaille mes connaissances à moi et si l'interne avait des connaissances dans l'une des techniques, se serait un frein pour moi. »

I : « Sur les notions à transmettre, tu m'as parlé de savoir ce que l'on croit et savoir ce qui est validé, d'autres choses sinon ? »

MSU11 : « Euh… je pense aussi… aussi que les médecins sous-estiment l'utilisation des médecines complémentaires par les gens et peut-être que demander, savoir être plus vigilant à savoir ce que les gens utilisent comme techniques, comme médecines. Je ne sais pas, par exemple pour pouvoir vérifier les interactions avec les plantes, des choses comme ça. Les gens ils utilisent surtout ça. Parce qu'après… ils utilisent pas mal des plantes que je ne connais pas et quand on leur demande… »

I : « Là ou tu es, quels types de MAC utilisent les gens ? »

MSU11 : « Là où je suis ils utilisent l'homéopathie beaucoup, l'ostéopathie aussi beaucoup et euh… de la phytothérapie. Mais du coup je ne connais pas bien, ils me disent des noms de trucs mais je ne connais pas bien. Je n'ai pas forcément recherché. »

I : « D'autres freins que tu imagines ? »

MSU11 : « C'est mes connaissances aussi, c'est sûr. »

I : « Si on mettait en place un séminaire à la fac sur les MAC, euh… Déjà penses-tu que c'est le rôle de la fac de faire un enseignement là-dessus ?»

MSU11 : « Ouais, je verrais bien ça. Ce serait intéressant de mettre en place un enseignement mais il faudrait bien sûr… J'aimerais savoir comment il est enseigné. »

I : « Comment tu verrais les choses ? »

MSU11 : « Moi je verrais que ce soit enseigné avec une grille de lecture EBM, en étant quand même euh… pas méprisant avec ces techniques-là car dans la pratique les gens ils ont l'air bien aidés par ça mais qu'il y ait une vigilance à ce qu'on ne mélange pas l'EBM et l'ordre de la croyance mais qu'aussi en médecine générale il y a… moi j'ai vu aussi plein de choses de l'ordre de la croyance, tout n'est pas EBM mais voilà moi j'aurais ce frein là de la part de la Fac, j'imagine que…se serait bien s'il y avait cette attention-là mais je pense que c'est ce qu'ils feraient. »

I : « Dans ta pratique tu essaye de coller à l'EBM ? »

MSU11 : « Voilà, c'est le… euh, j'essaye de me donner un référentiel de connaissances et c'est euh… ben c'est la revue Prescrire, tu connais et évidemment que je ne colle pas à ça tout le temps. Mais j'essaie. »

I : « Il y avait une étude quali sur l'attitude des médecins envers les MAC et ils avaient trouvé 3 grandes catégories : le septique, l'indécis et le convaincu. Dans quelle catégorie tu te vois ? »

MSU11 : « Indécis, septique et convaincu ? Bah plutôt septique quand même, ouais, euh… fin c'est pas tant que… je ne sais pas… peut-être indécise, c'est plus dans l'idée que moi j'ai été formée, je suis un produit de la médecine conventionnelle et que du coup prescrire autre chose c'est abuser les gens, c'est plus dans cet ordre-là. Voilà. Alors je ne sais pas trop, ce n'est pas contre les médecines complémentaires mai j'ai, j'ai… je ne sais pas. »

I : « Et ça par rapport à ton rôle de maître de stage ? »

MSU11 : « Et ben je pense que l'interne pour l'instant c'est un produit de la médecine conventionnelle et moi je, j'aurais tendance à lui montrer ça. Ce que je t'ai dit. »

I : « D'accord, j'ai posé toutes mes questions. Merci. »

Entretien XII

I : « Pour commencer j'aimerais reprendre ton activité. Depuis combien de temps es-tu MSU ? »

MSU12 : « Alors, euh, je suis installée depuis 4 ans, je suis maître de stage pour les externes depuis 4 ans et ça fait mon deuxième interne donc je suis maître de stage pour les internes depuis 9 mois. »

I : « C'est des internes qui sont en… »

MSU12 : « C'est des internes qui sont en UPL donc premier niveau ».

I : « Au niveau de ton activité, euh tu travailles dans un cabinet de groupe »

MSU12 : « Oui, je travaille dans un cabinet de groupe, on est 3 médecins et on a un projet de maison de santé pluri-professionnelle. »

I : « Euh, par rapport à ta pratique quotidienne de médecin généraliste, est-ce que tu utilises les médecines alternatives et complémentaires ? »

MSU12 : « Est-ce que moi j'utilise ? Est-ce que moi je pratique ? »

I : « Oui, est-ce que tu es amenée à les utiliser ? »

MSU12 : « Moi je pratique pas, je ne fais pas de…enfin ça m'arrive d'utiliser on va dire des prescriptions médicamenteuses, j'ai vu que tu avais mis les histoires de phytothérapie, moi je l'utilise plutôt, euh, principalement pour l'effet placebo, euh donc ma pratique elle se limite à ça. Je ne fais pas de thérapie manuelle ou d'acupuncture ou ce genre de choses. »

I : « Et tu adresses à d'autres praticiens utilisant les MAC ? »

MSU12 : « Alors il se trouve que dans mes 2 associées il y en a une qui fait de l'acupuncture et c'est vrai que de plus en plus je le fais mais pour des trucs qui sont précis. »

I : « C'est-à-dire… ? »

MSU12 : « C'est-à-dire pour les nausées du premier trimestre, je le fais pour les céphalées chroniques et les douleurs abdo chroniques… des trucs où j'avais lu dans Prescrire que globalement ça marchait aussi bien vrai ou fausse acupuncture et tout ça, du coup comme je ne me sens pas de piquer au hasard j'envoie à quelqu'un qui le fait, mon associée elle le fait. Et puis j'ai une autre correspondante d'acupuncture à [quartier B], euh, où j'avais 2-3 retours très positif des patients, en fait je pense que c'est surtout quelqu'un qui prend beaucoup le temps pour les écouter, qui les garde 1 heure, euh, donc il y a eu plein de patients qui sont revenus enchantés et du coup c'est quelqu'un qui euh, qui a un très bon contact et du coup ça a bien fonctionné et donc j'envoie aussi à elle. Concernant l'ostéopathie ben il se trouve que là en l'occurrence on s'est un peu rapprochées des autres professionnels de santé, euh, du fait de notre projet de maison de santé pluri-professionnelle, alors les ostéopathes ils ne sont pas sensé… ce n'est pas une profession médicale enfin reconnue mais n'empêche qu'ils sont quand même dans le projet immobilier du coup ça fait que j'ai… j'adresse plus facilement maintenant à un des ostéopathes qui est sur la commune, je sais aussi qu'il prend du temps, qu'il est attentif aux gens et je me dis que le fait d'avoir parfois une approche plus centrée sur le corps ça peut permettre à des gens qui sont toujours dans la l'intellectualisation tout ça, ça permet de se recentrer sur d'autres trucs par une approche corporelle manuelle, je ne sais pas quelle est l'efficacité de ce genre de truc, enfin de l'ostéopathie en particulier mais en tout cas ça les fait se recentrer sur autre chose que leur problématique que voilà. Je le fais de plus en plus en fait finalement alors que j'étais plutôt euh comment dire au début assez réticente en fait. »

I : « Et pourquoi ? »

MSU12 : « Ben, parce que, parce que ça me paraissait complétement ésotérique, euh de l'ordre de la croyance mais je me rends compte qu'on ne peut pas répondre à

toute les demandes, que des fois on est, on a aussi nos limites et que d'autres approches, d'autres personnes…c'est peut-être… il y a beaucoup aussi à mon avis euh, le temps qui est consacré aux gens pendant ces séances de thérapies qui est important, l'attention particulière qui leur est donnée, euh tout ça fait que globalement les gens ça leur fait du bien et que de toute manière ils le font donc autant que je sois au courant, autant que ce soit à peu près coordonné, que ça ne parte pas dans tous les sens et autant adresser à des gens qui sont, je dirais, honnêtes c'est-à-dire qu'ils sont, euh… dans l'idée de faire du bien aux gens… euh… ce ne sont pas des charlatans car il y en a aussi, enfin je pense qu'il y en a aussi dans ce genre de profession, ce que j'appelle charlatan c'est la personne qui sait très bien qu'elle est en train de faire euh, du flanc voilà quoi et qui le fait principalement pour avoir une activité qui lui rapporte de l'argent, donc euh, ça fait un peu gourou et tout ça tandis que même si peut-être que l'efficacité propre de ce que font certaines personnes n'est pas forcément réelle mais n'empêche ils le font dans l'idée de faire du bien aux gens et qu'à partir de là ils ont plus de chances de faire réellement du bien aux gens en partant de bonnes intentions. Voilà. Du coup ma position elle a pas mal évoluée en fait, je me suis adoucie par rapport à ça. »

I : « Et qu'est-ce qui l'a fait évoluer ? »

MSU12 : « Ben, c'est le retour des patients, se rendre compte effectivement, euh, qu'il y a des gens autres que nous qui arrivent à les faire progresser et à les faire aller mieux donc ce n'est pas à rejeter en bloc, euh, et puis en fait en me rendant compte en groupe de pairs, en discutant avec les collègues que finalement, c'est des gens qui étaient plus expérimentés que moi en médecine générale finalement qui l'avaient intégré eux aussi dans leurs pratiques et donc que ce n'était pas complètement fou. Voilà… »

I : « Et au niveau des connaissances, de la formation ? »

MSU12 : « Euh absolument pas, pas de formation, pas du tout… non non rien.

I : « Tu me parlais de prescrire. »

MSU12 : « Je me rappelle, c'était quand j'étais interne il y avait eu tout un dossier, une revue spéciale de prescrire sur la phytothérapie et du coup j'avais retenu que la menthe poivrée était efficace dans les douleurs abdo fonctionnelles du coup ça j'en prescris régulièrement mais euh… parce que qu'il y avait une efficacité un peu plus supérieure que le placebo du coup ça me déculpabilisait de le faire en fait, euh, et puis après 2-3 fois j'ai lu des histoires sur l'acupuncture qui était comparée à de la fausse acupuncture et bon je ne me voyais pas faire de la fausse acupuncture. Euh, je crois que par contre pour les nausées du premier trimestre il me semble que c'est pour le coup validé. Et puis par rapport à ça, disons que…je me dis aussi par rapport à ça qu'il faut peut-être avoir une certaine humilité par rapport au fait que ce genre de thérapie ça vient de… c'est complètement… ça vient d'une culture qui est très étrangère à la nôtre, ça fait je ne sais pas depuis des centaines, je ne sais pas depuis combien de temps ça existe la médecine chinoise et l'acupuncture, mais ça fait peut-être depuis plus de mille ans et on peut se dire que ça peut être potentiellement intéressant même si on ne connaît pas, même si on ne sait pas comment ça marche exactement, je compare ça à l'homéopathie où là par contre je sais très bien que je prescris des granules et que c'est complètement fumeux. »

I : « Et ça t'arrive ? »

MSU12 : « L'homéopathie ? Ouais, mais je sais que je prescris un placebo, je ne le fais pas sponta… enfin c'est surtout quand les gens me le demandent, quand ils sont demandeurs, euh, je ne cherche pas forcément à les détromper sur le fait que je pense que c'est un placebo pur, euh, donc je ne cherche pas à les détromper…[*la sonnette de l'appartement sonne*]…euh on peut faire juste une pause…»

La conversation est interrompue quelques instants.

MSU12 : « Donc concernant l'homéopathie je ne cherche pas à détromper les gens après ça m'est arrivé des fois de me sentir un peu con, de proposer de l'homéopathie à des gens en fait qui avaient une formation scientifique un peu conséquente et du coup qui rigolaient quoi et donc du coup effectivement je, je … je ne cherche pas à… je dis : « ça fonctionne à travers l'effet placebo je pense mais si vous n'y croyez pas ce n'est même pas la peine d'essayer on passe à autre chose ».

Donc voilà. Je rigole parce ça m'est…. J'ai des patients qui régulièrement, me demandent chaque année de leur prescrire la vaccination homéopathique pour la grippe, donc ça me fait bien marrer, je rigole bien quand je leur prescris, je leur dis bien que c'est vraiment du flanc, enfin bon je pense que c'est vraiment du flanc, mais bon c'est comme ça.

I : « Et du coup par rapport aux médecines alternatives et l'interne, vas-tu aborder les choses avec lui ? »

MS12 : « Je pense que les internes sont demandeurs en fait. Ils cherchent un peu à savoir… parce que oui on en parle assez régulièrement, moi ça m'arrive en cours de consultation, quand je vois que… enfin de proposer à un patient plusieurs possibilités, ça peut être euh… surtout les gens qui, je pense, ont besoin de recentrer les choses sur leur corps, qui sont vraiment dans une intellectualisation tout le temps et du coup je propose l'ostéopathie, acupuncture, hypnose, méditation, je propose se genre de choses et je vois ce sur quoi ils accrochent et donc l'interne me voit bien faire ça et donc après on en discute. Par contre je ne suis pas bien persuadée de savoir ce qu'ils font en fait et d'ailleurs je ne sais pas si… enfin je sais bien que les ostéopathes il y a autant de pratiques différentes de l'ostéopathie que d'ostéopathes, je ne suis pas sûre que ça serve à grand chose de savoir dans le détail ce qu'ils font. Je, je ne sais pas, peut être mais… »

I : « Et dans ton discours à l'interne quand tu vas parler de cette consultation où tu as proposé plusieurs choses type acupuncture, ostéopathie ou méditation, qu'est-ce que tu vas lui dire, qu'est-ce que tu vas lui expliquer ? »

MSU12 : « Ben un peu ce que je t'ai dit avant. Euh, pour l'acupuncture on parle de ce qu'on a parlé avant de ce qui a été prouvé ou pas prouvé, j'expose assez facilement mes positions par rapport à ça, mes réflexions et comment j'en suis arrivée là à penser ça en fait. »

I : « Et pour toi quel est l'intérêt d'évoquer le sujet avec l'interne ? »

MSU12 : « Euh, parce qu'il faut bien qu'il y ait une réflexion derrière tout ça, ça fait partie de notre métier, euh, donc t'es obligé de te positionner et d'avoir un avis sinon tu survoles, tu ne peux pas, tu… les gens ne vont même pas te le dire si de base t'es réticent, tu considères que c'est de la fausse médecine ou que ça ne vaut rien, les gens vont bien le sentir qu'il y a une réticence et ne vont pas t'en parler, ils vont le faire et même pas t'en parler. Donc tu vas louper plein d'infos, tu vas être euh, complètement à côté de la plaque je pense. »

I : « Dans ta relation avec le patient ? »

MSU12 : « Ouais, dans la mesure où il y a des gens qui croient à ça et que ça leur apporte quelque chose, euh, je pense que c'est important qu'ils puissent au moins…qu'on puisse au moins en discuter , qu'ils puissent au moins nous en parler, s'ils sentent qu'il y a une réticence, une position de principe là-dessus, qu'on ferme complètement le débat, qu'on ferme la discussion, euh ben du coup simplement ils vont aller le faire mais il ne vont pas nous en parler, je pense que c'est pas intéressant et du coup l'interne il doit avoir conscience que c'est très fréquent, qu'il faut penser à le demander aux gens, qu'il faut monter une certaine ouverture sinon les gens ils n'en parlent pas et ben oui j'en parle assez facilement aux internes. »

I : « Et par rapport à eux, tout à l'heure tu me disais qu'ils étaient assez demandeurs, au niveau de l'ouverture comment tu les sens par rapport aux MAC ? »

MSU12 : « Bon moi j'en ai eu que deux donc je n'ai pas un recul énorme par rapport à ça mais enfin en tout cas les 2 que j'ai eues elles étaient très demandeuses en tout cas, de savoir ce que c'est, ce que ça apporte, à quoi ça sert, dans quelles indications, voilà ce genre de choses. »

I : « Et toi par rapport à la place du MSU vis-à-vis des MAC, pour parler de ça. »

MSU12 : « Elle est centrale parce que c'est lui qui le fait et du coup qui le transmet mais après il faut arriver à en parler, c'est comme pour tout si tu fais des choses en tant que MSU et que tu penses que c'est simplement le fait de te voir faire qui va faire que l'interne apprend ou intègre ben voilà tu te plantes, il y a besoin d'expliciter

les pratiques, il y a besoin d'expliciter les mots sur ce qu'on fait, de mettre des mots sur le raisonnement qu'il y a derrière, euh, c'est parce que… l'interne il peut s'imaginer tout et n'importe quoi sur le fait qu'on propose ce genre de choses, il peut s'imaginer qu'on est complètement fou fou, qu'on est… il peut s'imaginer plein de choses et donc c'est vraiment nécessaire d'expliciter vraiment le raisonnement et ce qui nous a conduit d'avoir cette démarche pour qu'après lui il soit en mesure de se positionner et qu'après lui il soit capable de se positionner et d'avoir son propre avis et puis sa propre manière de l'intégrer dans sa pratique. »

I : « Et quand tu disais il faut arriver à en parler, il y a des choses qui te freinent pour en parler ? »

MSU12 : « Moi j'ai bien réfléchi là-dessus je pense du fait de mon sujet de thèse mais euh, je pense que dans la mesure où c'est euh… où ça peut paraître un peu ésotérique et c'est un peu, euh comment, dire hors recommandations et hors enseignements dispensés par la fac, euh, ben du coup effectivement ça peut être un truc qui, qui puisse être un peu tabou et du coup vaguement expédié devant l'interne, un peu tu, voilà, parce qu'il y a une vague honte à pratiquer ce genre de choses. Après moi je suis au clair avec ce que je fais et du coup je suis à l'aise avec ma manière de fonctionner et après voilà, peut-être que dans dix ans ça sera peut-être diffèrent parce que je me rends compte que depuis mon installation ça a déjà beaucoup évolué ma manière de voir les choses et donc je ne sais pas dans 10 ans où j'en serai de ça, je pense que je serai toujours, euh, avec j'espère, un comportement toujours rationnel mais euh… »

I : « C'est à dire ? »

MSU12 : « D'arriver à toujours être dans une histoire de balance bénéfice-risque et de voir ce qui a été démontré ou pas, voilà, en sachant qu'il n'y a pas que ça non plus… en sachant qu'il y a des éléments qui sont plus euh, personne dépendante, c'est-à-dire qu'on connaît un thérapeute et on va se dire que ça va bien coller avec la personne que l'on a en face de… le patient que l'on connaît bien et qu'il peut se passer quelque chose de particulier dans le soin entre ces 2 personnes-là et du coup c'est pour ça qu'on l'adresse, c'est des trucs qui sont , euh, où ont sors de euh… »

I : « l'EBM ? »

MSU12 : « Ouais, voilà… »

I : « Et par rapport à l'interne, tu disais que les 2 deux que tu avais eus étaient demandeurs mais tu imagines des freins de leur coté ? »

MSU12 : « Je pense qu'ils sont assez ouverts les internes, ils ne sont pas déjà formatés, ils ne sont pas dans là… mouais non, à mon avis ils arrivent ils sont encore un peu vierges, ils sont assez ouverts et puis non je ne pense pas qu'il y ait des freins du coté des internes. Après ponctuellement tu peux avoir un interne très obtus ou hyper-rationnel, euh bon après voilà, c'est des traits de caractère on est tous différents et les patients s'adaptent à notre façon mais je pense que d'une manière générale les internes sont plutôt ouverts et pas encore formatés. »

I : « Quand tu dis pas encore formatés, c'est à dire ? »

MSU12 : « Euh, pourquoi pas encore ? Parce que je pense qu'à force on le devient, enfin on a des influences où un moment on devient plus rigides dans notre fonctionnement, je pense que là ils sont encore très ouverts et ils se cherchent et donc euh, c'est peut-être le moment de leur apporter des ouvertures même s'ils ne sont pas obligés de se positionner tout de suite ils peuvent y réfléchir, ça ouvre l'esprit sur plein d'autre choses aussi sur la relation avec le patient, je pense que ça permet vraiment d'ouvrir le débat et puis d'ouvrir la réflexion sur la relation avec le patient, ouais. »

I : « C'est à dire ? »

MSU12 : « Ben en abordant ce genre de trucs tu abordes quand même des problématiques qui sortent du biomédical pur… »

I : « Comme quoi par exemple ? »

MSU12 : « Mes internes à chaque fois, les deux, elles étaient toutes les deux à chaque fois hyper déstabilisées par par exemple les histoires de troubles fonctionnelles digestif, c'est-à-dire que bon voilà, t'as quelqu'un qui a mal au bide tout le temps, tu ne sais plus quoi faire, c'est des patients qui peuvent finalement assez rapidement te mettre en échec parce que t'as beau proposer des trucs que tu maitrises toi mais ça marchent pas, euh, du coup, euh, tu te sens assez vite en échec et du coup en abordant les choses différemment et en proposant d'autres choses qui sont en lien avec le rapport au corps etc. ben du coup tu vas ouvrir le débat et aborder les choses de manière différente même si… et tu vas du coup ne plus te sentir en échec car tu es dans la proposition, donc la personne elle va accrocher sur tel ou tel truc et toi tu ne vas plus te sentir en échec en tant que médecin, du coup ça te permet de continuer à suivre cette personne et d'être dans l'empathie parce que c'est vrai sinon c'est le genre de personne t'as juste envie qu'elle se casse de la consult quoi… *rire*… parce que tu es en échec et que tu ne sais plus quoi faire, donc voilà c'est, ça permet d'acquérir d'autres compétences relationnelles, en fait je pense, voilà. »

I : « D'accord… Tu sais il n'y a pas beaucoup d'enseignement sur le sujet à la fac, est-ce que tu penses que c'est son rôle de parler de ça ? »

MSU12 : « Je ne vois pas pourquoi ça ne serait pas à la fac d'en parler parce que c'est une pratique des médecins généralistes et après euh, tu l'as bien rappelé dans ta présentation au départ, c'est des choses qui se font donc après ne pas en parler c'est simplement, euh, ne pas vouloir voir des choses qui se font c'est un peu ridicule en fait, euh, oui je pense que c'est aussi à la fac d'en parler et que ça vaudrait le coup de, de l'aborder sur le plan, pour le coup assez euh… d'essayer de voir ce qui a été démontré-pas démontré pour arriver à se positionner et d'avoir une base solide sur le plan scientifique, sur le plan des études pour savoir ce que l'on fait. Ce qui m'embêterait c'est que les internes partent dans des truc complètements ésotériques et s'éloignent de l'EBM et tout ça parce que justement on en n'a pas parlé. Donc à mon avis il faudrait que l'enseignement porte beaucoup là-dessus, sur ce qui a été démontré pas démontré et puis après aussi aborder les choses sur le plan, comme en parlait, euh, sur l'approche globale du patient, euh, la communication et tout ça car ça peut tout à fait être intégré là-dedans donc ouais il faut en parler c'est sûr. »

I : « Une question que j'ai oublié de te poser tout à l'heure par rapport aux internes, on parlait de la phase passive, mais quand ils sont en autonomie, si par exemple dans la journée ton interne va adresser un patient à l'homéopathe ou je ne sais pas va prescrire de l'homéopathie, comment tu vas gérer les choses lors du débrief ? »

MSU12 : « Ben s'il me le justifie en fait, euh, il n'y a pas de souci, après ce qui me gênerait se serait d'avoir un interne qui soit euh… persuadé que l'homéopathie fonctionne au delà de l'effet placebo, euh qui je ne sais pas, qui croit aux miracles, qui soit dans un truc de pure croyance, ça ça me mettrait très mal à l'aise et je serais… je serais pas du tout à l'aise avec ça et je serais dans le recadrage c'est certain mais là en l'occurrence s'il le font d'une manière qui me parait logique et qu'il arrivent à le justifier, je ne vois pas pourquoi ce serait un problème. »

I : « Ok ça marche. En dernière question, je vais reprendre une de mes questions, au final pour toi la notion à transmettre vis-à-vis des MAC à l'interne c'est quoi ? »

MSU12 : « Etre à l'écoute du patient et ce qu'il fait réellement, rester ouvert et puis être dans le conseil par rapport au patient et rester prudent par rapport aux praticiens qu'ils iraient voir euh arriver quand même à protéger le patient des pratiques qui sont euh proches du charlatanisme en fait, donc en ouvrant euh, mais malgré tout en maitrisant un peu ce qui se passe on peut protéger le patient et l'aider quoi. »

I : « Ça marche, merci. »

Entretien XIII

I : « Pour commencer j'aimerais bien reprendre ton activité. Depuis combien de temps es-tu MSU ? »

MSU13 : « Je suis maître de stage depuis 7 ans je dirais. »

I : « Avec des internes qui sont en UPL, SASPAS ? »

MSU13 : « En UPL uniquement, j'ai toujours eu des internes en UPL uniquement. Je réfléchis, oui, ça fait 7 ans, à peu près c'est ça »

I : « D'accord et au niveau de ton activité ? »

MSU13 : « J'ai une activité de groupe, on est 3 médecins, je travaille quasiment à temps plein et j'ai une demi-journée par semaine où je travaille au [structure A] et voilà. »

I : « Et une population urbaine ? »

MSU13 : « Ouais, population urbaine, oui »

I : « Au niveau de ta pratique de la médecine générale, es-tu amenée à utiliser les médecines alternatives et complémentaires dans ta pratique ? »

MSU13 : « Alors j'utilise… J'ai beaucoup utilisé la phytothérapie et maintenant je ne l'utilise quasiment plus, l'homéopathie je m'en sers vraiment sur des… c'est des… c'est du bricolage de cuisine sur les troubles du sommeil de l'enfant, c'est vraiment pas quelque chose que j'utilise en fond par exemple, je ne l'utilise pas sur un…. Et j'utilise de plus en plus l'hypnose, ça c'est vraiment super récent, ça fait vraiment un an que je l'utilise. L'ostéopathie, peu parce que le message des ostéopathes où ils mettent tout le monde au régime sans gluten et sans lactose ça me prend le chou… et là il y en a pas mal qui sont comme ça. Ceux qui manipulent je n'aime pas trop donc euh… je suis intéressée par les kinés qui ont une approche de l'ostéopathie

parce que je trouve que c'est intéressant après les ostéopathes purs… je mets toujours beaucoup en garde les gens qui vont chez l'ostéopathe »

I : « Et tu leur dis quoi ? »

MSU13 : « Ben je demande ce qu'il fait et qu'à partir du moment où ils manipulent tout le temps je leur dis que je ne suis pas d'accord, euh... et quand ils les mettent sous des régimes complètement voilà quoi... ils ont un mess…. Je trouve que certains ils peuvent avoir un message parfois limite. »

I : « C'est-à-dire ? »

MSU13 : « Ben voilà, il y a des parents qui sont capable de ne plus donner de lait de vache à leurs gamins donc ça peut être dangereux. Moi j'ai eu une patiente qui était rentrée dans une espèce de secte parce que quand on était allé… elle m'a donné le nom du mec… quand on est allé sur son site on s'est retrouvé dans un truc complètement foireux mais elle se faisait embarquer dedans quoi… Alors ils ne sont pas tous comme ça… Et j'envoie chez la… en acupuncture pour le sevrage tabagique, pour les sinusites, j'ai des trucs un peu ciblés comme ça et l'hypnose j'utilise pas mal pour les troubles du sommeil et le sevrage tabagique et dans les douleurs chroniques notamment euh… et j'envoie pas mal d'enfants en hypnose pour les migraines et troubles du sommeil et c'est assez, assez remarquable les résultats, ouais ouais… Donc ouais, j'ai testé, j'ai testé une séance d'hypnose pour savoir ce que c'était. Je ne sais pas… en fait le fait de l'avoir testé ça me permet quand je vais le prescrire aux gens, il y a des gens qui me disent : « Non, non il faut que je contrôle » je leurs dis qu'il n'y a pas de soucis, on va pas les endormir et leur faire faire n'importe quoi. Voilà.

I : « Et à titre personnel, d'autres médecines alternatives que tu utilises ? »

MSU13 : « J'ai utilisé l'acupuncture pendant ma dernière grossesse pour déclencher… ça a marché alors… je n'ai pas réutilisé depuis. Sinon à titre perso non je ne prends pas d'homéopathie, l'ostéopathe quand j'ai mal quelque part je vais chez un kiné, je vais pas trop chez l'ostéopathe, ouais voilà. »

I : « D'accord, et au niveau de la formation et des connaissance sur les médecines alternatives… ? »

MSU13 : « Pas du tout. Si, je sais qu'en homéopathie il y a une formation mais qui est délivrée plutôt par… euh… c'est quand la fille de chez [firme V] elle passe donc c'est le CEDH qui fait une formation comme ça. L'acupuncture je crois qu'il y a des facs qui l'enseignent, l'hypnose euh, nous on est vachement sollicités par les formations de médecins généralistes et ça fait un an aussi voilà où on nous propose des formations sur l'hypnose. Voilà je sais que ça existe. »

I : « Mais toi au niveau perso ? »

MSU12 : « Non et puis quand j'ai fait ma séance d'hypnose je me suis dit que ça ne me plairait pas de faire ça, il faut trop parler. J'aime bien écouter mais là il faut trop parler. C'est un flux de paroles… je me suis dis non. Peut-être un jour mais là non pas encore… Euh voilà »

I : « D'accord, et du coup dans quelles circonstances vas-tu aborder les médecines alternatives et complémentaires avec l'interne ? »

MSU12 : « Euh, je ne suis pas… Je suis avec les patients, que l'interne soit là ou pas là, pareille… Donc quand je me mets à en parler, l'interne il est là euh… il est là, il entend ce que je dis. Je ne vais pas de moi-même parler des médecines alternatives, c'est du coup c'est lui qui va en parler, qui va poser des questions parce que je vais en parler mais c'est vrai que je n'ai pas intégré ça encore en disant « Ben voilà, c'est intéressant d'intégrer l'hypnose, est ce que tu connais, est ce que tu sais comment ça marche ? » »

I : « Et quand l'interne va te poser des questions, quel va être ton discours ? »

MSU12 : « Par rapport à l'hypnose par exemple, je sais qu'il y a une formation, en hypnose j'envoie à des gens que je connais, au départ il y a des médecins qui ont fait ça et maintenant il y a des psychologues et tout ça et c'est toujours parce que

euh… quand je recommande quelqu'un c'est parce que j'ai déjà travaillé avec lui ou parce qu'on me l'a recommandé, voilà c'est un réseau. Voilà comment j'en parle. En homéopathie j'ai une petite bible voilà je leur montre ce truc et voilà. Et pour l'ostéo j'ai ce discours que je t'ai dit tout à l'heure, je leur dis : « Moi je mets super en garde les gens contre l'ostéo, il faut poser la question » mais avec l'ostéo je fais un peu comme quand ils vont chez un kiné que je connais pas je leur demande plein de choses sur les choses qu'ils font pour pouvoir leur dire « là je suis d'accord avec ça ». Je ne sais si j'ai répondu à ta question. »

I : « Si, si. Et euh, les internes vis-à-vis des MAC tu les trouves comment ? »

MSU12 : « Et ben je n'en sais rien… »

I : « Au niveau de leur positionnement. Par exemple ils ont l'air ouverts, fermés… ? »

MSU12 : « Je pense qu'ils sont dubitatifs quand même. Dubitatifs et en même temps quand ils se retrouvent en autonomie et qu'il n'y a pas de solution et qu'on leur dit : « On peut peut-être essayer ça » ils sont contents qu'il y ait un truc à proposer. Il me semble pas qu'ils soient trop fermés mais j'avoue que je ne leur ai pas posé la question directement. Ils sont quand même rarement critiques de ce qu'on fait, enfin je trouve, du coup peut-être qu'ils n'osent pas dire « là y a un truc qui va pas » mais il faudrait que je pose là question je me dis maintenant il faut que j'en parle avec eux. »

I : « Et pour toi ce serait quoi l'intérêt d'aborder le sujet avec les internes ? Quel message tu as envie de faire passer ? On a parlé de mettre en garde contre l'ostéo… »

MSU12 : « Ouais il y a ça et euh… je pense que le message aussi que je fais passer c'est que des fois c'est des patients qui me proposent : « Qu'est-ce que vous pensez de gnagnagna… » et voilà moi je suis ouverte à tout. Et du moment que c'est le patient qui va proposer ça va être plus facile pour qu'il adhère et si on va aborder les choses en disant « Ok mais faites attention je ne veux pas que vous soyez manipulé aux niveau des cervicales » par exemple ou « s'il vous met un régime hyper restrictif il faut qu'on en parle » et du coup les gens ils proposent et s'il te demandent, ils te

demandent un conseil, alors on nous dit que l'on n'est pas là pour diriger les gens mais quand ils nous demandent c'est bien d'avoir un avis afin de pouvoir leur répondre. Alors maintenant il y a de plus en plus de spécialités parce que il y a les ostéopathes mais aussi les étiopathes, les chiropracteurs, les machins… moi je n'ai pas toujours défini la subtilité, la différence entre tous ces trucs… Donc voilà quand je sais pas je leur dis « je ne sais pas, je ne sais pas ce que c'est ». Cette patiente par exemple j'ai dit : « Il est bizarre votre mec, venez on va regarder » et puis il avait un site, j'ai essayé de l'appeler mais c'est bon, non non… il a essayé de m'embrigader, au bout de 5 minutes je lui ai dit stop. Donc avec les internes plutôt leur monter qu'il faut être ouvert, les patients ils se tournent vers ça il ne faut pas refuser tout et que nous ça nous aide. Par exemple l'hypnose ça aide mes patients mais aussi moi parce que moi ça me permet de leur trouver une solution quand t'arrives des fois dans une impasse, ce n'est pas invasif… ça va leur coûter un peu au porte-monnaie mais quand on en discute un peu avec eux… Donc voilà c'est plutôt ce coté-là que je montre aux internes pas leur dire « C'est la vérité vraie, ça marche »… on n'en sait rien mais le patient le propose, moi je leur propose, il faut essayer quoi. C'est plus comme ça que je le vois mais sans avoir fait… Je sais que l'homéopathie c'est remboursé donc c'est parce qu'il y a des études qui… ça été reconnu ou pas ? »

I : « Ça dépend du point de vue… Après le pourquoi du remboursement… D'autres choses que tu vois comme message ? »

MSU12 : « Non je ne vois pas »

I : « Donc le message c'est rester ouvert à ce que dit le patient »

MSU12 : « Ouais, puis enfin… voilà quoi… tu te rends compte avec l'expérience que c'est pas une science exacte ce qu'on fait et donc au début quand les gens ils te disent… Là ce matin il y une patiente qui m'a expliqué qu'elle avait appelé une nana qui coupe le feu pour sa petite qui s'était brulée les paumes des mains, bon je l'écoute… il se trouve que ça a marché mais voilà elle m'en parle, elle me dit « Je ne sais pas si j'y crois n'empêche ça a marché » ben voilà ça fait de mal à personne, peut-être à ton porte monnaie un petit peu mais donc euh... mais c'est vrai que je n'ai

jamais eu le message de dire: « J'envoie les gens en hypnose, se serait bien qu'on aille vérifier dans la littérature si c'est prouvé tout ça », ce n'est pas… je n'ai pas encore cette démarche scientifique-là, je l'ai pas trop déjà la démarche scientifique je pense et alors en plus là…voilà, non je l'ai pas et après les gens ils sont contents ou pas contents, après ils disent tout de suite si ça colle ou pas et c'est rare qu'ils continuent à venir si ça va pas. En plus c'est un conseil que je donne, ce n'est pas une obligation, c'est pas un… Après, j'en parlerai avec mon interne mardi, je lui demanderai du coup. »

I : « Et quand ils sont en phase active, s'ils prescrivent de l'homéo ou vont adresser à l'acupuncteur, toi au niveau du débriefing comment tu vas gérer les choses ? »

MSU12 : « Et bien je pense que ça ne m'est jamais arrivée, alors si ça arrivait je pense que je demanderais à quel acupuncteur tu as adressé, pour quelles raisons, voilà, une question de personne un peu. Après pour l'homéopathie je me dis que s'ils prescrivent ils piquent dans mon bouquin donc euh je ne saurais pas mieux dire, mieux faire, euh…. Je pense que la question elle se pose si tu te retrouves avec par exemple un interne qui est féru d'ostéopathie et qui se met à adresser tout le monde en ostéo et toi tu te retrouves un peu débordé en demandant « tu es sûr de l'indication », tu vois… je n'ai pas encore eu un fou furieux comme ça. »

I : « Tu vois des difficultés à aborder le sujet avec l'interne, des choses qui te freinent ? »

MSU12 : « Non pas du tout euh… sauf te dire s'il te demande « ça marche comment ? », « Ben on ne sait pas bien, ça marche ou ça marche pas… » mais en même temps ça ne me gène pas de lui dire ça, donc non je ne vois pas de frein à parler de ça. »

I : « Et de la part de l'interne ? »

MSU12 : « Si moi j'en parle et j'ouvre le truc, si moi j'en parle je ne pense pas que ça le gène. Après est-ce qu'ils ont des freins à ça ? A mon avis un interne il peut se retrouver vachement gêné de parler de ça si t'as un patient qui vient parler de ça et

puis que le médecin le renvoie bouler en disant « c'est de la connerie, ce n'est pas de la médecine… » tu vois je pense que ce serait compliqué »

I : « C'est le rôle du maître de stage d'aborder le sujet ? »

MSU12 : « Oui parce que nous on s'est formés, on a appris… des fois tu as des trucs que tu apprends par les patients, des gens qui te disent « moi les sinusites l'acupuncture ça m'a tout changé » alors que toi tu n'aurais pas forcément eu l'idée de faire un truc comme ça. Du coup c'est peut-être pas mal que se soient des maîtres de stage qui ont un peu plus de recul car ils ont un panel plus important, ouais donc je pense que c'est intéressant. De tout façon c'est là où tu es confronté à ça, donc c'est intéressant au cours du stage d'aborder le sujet. Après leur dire « ben vas voir une séance d'hypnose ou comment bosse un ostéopathe » ça pourrait être intéressant, après je ne sais si c'est faisable d'assister à une séance d'hypnose. De la même façon je leur dis que c'est intéressant d'aller voir bosser un kiné. »

I : « Ils y vont les internes chez le kiné ? »

MSU12 : « Là elle est allée voir un dermato, un pneumo, il faut que je lui dise d'aller voir un kiné. »

I : « Dans la présentation je te disais qu'il n'y avait pas ou très peu d'enseignement sur les MAC dans la formation initiale, par rapport au rôle de la fac de parler de ça, tu en penses quoi ? »

MSU12 : « Je ne sais pas… Je pense que c'est genre les cours où tu ne vas jamais aller, c'est les cours où tu vas déserter. Je me dis moi si quand j'étais étudiante on m'avait proposé ce genre de trucs je ne sais si j'y serais allée. En même temps si tu m'avais interviewée au début de ma carrière il y a 20 ans je ne sais pas si j'aurais eu le même discours sur les MAC. Tu sors un peu de la fac, on te dit que t'es un docteur, que tu es super fort et là on vient te parler d'un truc que tu ne connais pas, t'es jeune et tout… c'est vachement plus compliqué je pense. Je ne sais pas si tu prends l'âge des gens que tu interroges ? »

I : « Pas exact, à peu près et j'ai leur expérience professionnelle. »

MSU12 : « Ouais parce que je pense, enfin, moi j'étais comme ça après on est tous différents. Après, la formation elle est plus la même »

I : « Du coup que c'est avec l'expérience, la pratique qu'on évolue… ? »

MSU12 : « Oui, avec la pratique tu changes, les gens ils te font évoluer c'est comme l'éducation des enfants c'est pareil, c'est eux qui te disent comment il faut faire… Je trouve moi, les patients ils t'apprennent des trucs, tu fais des conneries avec eux et du coup ils t'amènent vers d'autres choses. Est-ce qu'à la fac il faudrait en parler ? Je ne sais pas. »

I : « Si à la fac on mettait quelque chose en place comment tu verrais les choses ? »

MSU12 : « Moi je pense que ça serait super de faire des ateliers relaxations sophrologie pour les étudiants quand ils sont super stressés et tout ça plutôt que leur dire « Vous êtes en plein examen vous êtes tous stressés, bouffez de l'Avlocardyl® et tout ça » … Si on leur proposait ça peut-être que du coup au moins ça les imprègne. Il y en a qui ont fait ça, il y a des infirmières scolaires qui ont tenté ça dans les lycées à l'approche du bac et tout ça. Si déjà on te dit quand t'es petit, jeune, on te dit qu'il y a des méthodes qui existent pour réguler ton stress et tout ça…. Ouais ça pourrait être pas mal pour des étudiants à la fac. Après les cours d'homéopathie c'est chiant comme la pluie les cours d'homéopathie, moi je… à chaque fois qu'elle me propose des cours de formation là-dessus non non non… en plus c'est les samedis, donc non. Il y a des gens qui font ça, donc non. »

I : « Par rapport aux MAC, il y a une étude qualitative qui avait regroupé les médecins en trois groupes, c'est un peu caricatural mais bon : le septique, l'indécis et le convaincu. Dans quelle catégorie te vois-tu ? »

MSU12 : « Euh, moi je suis convaincue que ça peut faire du bien a des gens et suis convaincue que ça ne marchera jamais chez d'autre gens. Voilà. Donc quand j'aborde ça avec un patient c'est que je sais déjà qu'il va adhérer à ce genre de

choses ou alors c'est qu'il va vraiment trop mal et qu'on n'a plus rien à lui proposer et je vais lui dire « On va tenter ça » et après c'est à moi de le convaincre en sachant que de toute façon on ne risque pas grand-chose on va chez quelqu'un que je connais et qui va pas aller lui faire faire… Mais ouais, quand je vois le nombre de médecins qui se forment à l'hypnose médicale je me demande s'il y a un truc à faire là-dedans ou pas. Je ne sais pas. »

I : « Pour finir je vais reprendre une question de toute à l'heure, finalement au niveau du message que tu veux transmettre aux internes par rapport aux MAC… ? »

MSU12 : « Moi le message c'est dire « ouvert à tout , et non pas ouvert à tous », c'est faire un tri et dire « ça ok, ça pas ok » et de s'intéresser et d'essayer d'aller chercher comment ça se passe, comment ils sont formés… moi les gens avec qui je bosse je sais comment ils ont été formés… en tous cas je les ai eus au téléphone, euh, voilà parce que tu adresses un patient qui te fait confiance à quelqu'un et c'est important de savoir ce qu'il fait. Et puis voilà c'est ouvert, il ne faut pas se priver de se genre de choses, moi ce serait mon message. »

I : « Ok, merci. »

Titre : **L'approche des médecines alternatives et complémentaires lors du stage ambulatoire de médecine générale. Le point de vue des maitres de stage des universités.**

Contexte : Les médecines alternatives et complémentaires (MAC) connaissent actuellement un essor grandissant. Elles ne sont pas ou peu abordées lors de la formation initiale mais les internes y sont confrontés lors du stage ambulatoire. **Objectif :** Comprendre comment les MSU abordent les MAC avec les internes. **Méthode :** Etude qualitative, réalisation de treize entretiens semi-dirigés auprès de maîtres de stage des universités (MSU) de la faculté de médecine de Grenoble. **Résultats :** Les MSU à travers l'abord des MAC donnent aux internes un message personnel et hétérogène sur les MAC. Elles sont une opportunité pour les MSU d'aborder avec l'interne des notions complexes comme la relation médecin-patient et la prise en charge globale. Plusieurs facteurs influencent le message : propres aux MSU (connaissance, expérience et représentation), propres au cadre universitaire (rôle de la faculté, rôle du MSU), propres au positionnement de l'interne et propres aux patients. **Conclusion :** Les MSU ne peuvent ignorer les MAC qui sont fréquemment abordées dans le cadre de la médecine générale. Il semble important que les futurs médecins, à propos des MAC, reçoivent une information plus homogène et basée sur des données scientifiquement validées afin qu'ils soient en mesure de proposer aux patients des conseils argumentés. Il apparaît utile de discuter de la mise en place d'un module d'information traitant des MAC par la faculté.

Mots-clés : Médecines alternatives et complémentaires, stage ambulatoire, maitre de stage des universités.

Title: **Complementary and alternative medicine during field training in general practice. Perspectives of academic field supervisors.**

Background: Complementary and alternative medicine (CAM) has never been more popular. However, in France, CAM is briefly or not at all addressed in medical education curricula. Residents are confronted with CAM during field training in general practice (GP). **Objective:** To understand how academic field training supervisors (AFS) approach CAM with residents. **Method:** A qualitative study using thirteen semi-structured interviews with AFS from Grenoble university medical school. Results: AFS are delivering a personal and heterogeneous message to resident about CAM. Yet CAM provides AFS with the opportunity to touch complex issues with residents such as the doctor-patient relationship and holistic care Several factors are impacting this message: - individual to the AFS (CAM knowledge, experience, perception); - inherent to the academic environment (interest in CAM by faculty members and other AFS); - matching the resident's own interest; - depending on the patient. **Conclusion**: AFS cannot disregard CAM which is frequently encountered in general medical practice. GP trainees should receive more consistent information on CAM, in particular based on scientific evidence, in order to give their patients a thoughtful opinion and balanced advice. It is suggested that the faculty should discuss the introduction of CAM education in the medical curriculum.

Keywords: complementary and alternative medicine, general practice field training, academic field training supervisor