



HAL
open science

Étude de la place des croyances populaires en consultation de médecine générale à l'île de La Réunion : point de vue des médecins

Marylène Lartin-Florestan

► **To cite this version:**

Marylène Lartin-Florestan. Étude de la place des croyances populaires en consultation de médecine générale à l'île de La Réunion : point de vue des médecins. Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01381292

HAL Id: dumas-01381292

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01381292>

Submitted on 14 Oct 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.



Université de bordeaux

U.F.R DES SCIENCES MEDICALES

Année 2016

Thèse pour l'obtention du

DIPLOME D'ETAT de DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée par

LARTIN-FLORESTAN Marylène

Née le 07 juin 1983 à SAINT DENIS

Soutenue le 26/09/2016

Etude de la place des croyances populaires en consultation de
médecine générale à l'île de La Réunion :

Point de vue des médecins

Directeur de thèse : Docteur PIERSON François

Jury :

Professeur GAY Bernard, Professeur des universités
Docteur BLANC Patrick, Maître de conférence associé des universités
Docteur RIQUEL Line, Maître de conférence associé des universités
Docteur LERUSTE Sébastien, Maître de conférence associé des universités
Professeur POURCHEZ Laurence, Professeur des universités

Président du Jury
Examineur
Examineur
Rapporteur
Examineur

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Bernard GAY

Pour votre implication dans l'enseignement de la médecine générale.
Pour l'honneur que vous me faites d'accepter de présider le jury de cette thèse.
Veuillez trouver ici l'expression de ma reconnaissance et de mon profond respect.

A Monsieur le Docteur Sébastien LERUSTE

Pour ton implication dans l'enseignement que tu fais avec passion.
Pour ta disponibilité et tes précieux conseils, pour avoir accepté d'être le rapporteur de
cette thèse.
Accepte ma sincère reconnaissance.

A Madame le Docteur RIQUEL Line

Pour votre implication dans l'enseignement. Pour votre disponibilité pour les étudiants.
Pour avoir accepté de juger cette thèse.
Veuillez trouver ici le témoignage de ma reconnaissance.

A Monsieur le Docteur BLANC Patrick

Pour votre implication auprès des étudiants.
Pour avoir accepté de faire partie de mon jury.
Veuillez trouver ici le témoignage de ma gratitude.

A Monsieur le Docteur PIERSON François.

Pour avoir accepté de diriger ce travail, pour avoir cru en celui-ci.
Pour ta patience, ta disponibilité et ton soutien.
Pour ton implication auprès des futurs médecins.
Puisses-tu trouver à travers ces quelques mots, le témoignage de ma gratitude.

A Madame la Professeure POURCHEZ Laurence

Pour la passion qui t'anime et que tu transmets.
Pour la petite graine que tu as semée qui aura fait son chemin depuis notre première
rencontre.
Sois assurée de ma reconnaissance.

A tous les médecins qui ont accepté de participer à cette étude, recevez mes sincères remerciements.

A Monsieur le Docteur BESSON Pierre et à Monsieur le Docteur GUEZE Georges,
merci de m'avoir accueilli si chaleureusement lors de mon premier stage au sein de votre cabinet, merci pour cette belle vision de la médecine générale que vous m'avez offerte, merci pour ces précieux conseils transmis avec tant de bienveillance.

A tous les médecins qui m'ont transmis la passion de la médecine.

A mes ancêtres d'ici et d'ailleurs et à ma famille,
Le sang de plusieurs continents coule dans mes veines.
Je n'oublie pas d'où je viens et ceux qui m'entourent.

A Nathalie et Sophie,
Mes meilleures amies,
Pour avoir réchauffé mon externat et avoir adouci l'internat, vous êtes dans mon cœur.

A tous ces anonymes qui ont apporté leur pierre à l'édifice de ma vie.

« Ce n'est pas une âme, ce n'est pas un corps que l'on dresse, c'est un homme... »

Montaigne

« On ne peut guérir la partie sans soigner le tout. On ne doit pas soigner le corps séparé de l'âme, et pour que l'esprit et le corps retrouvent la santé, il faut commencer par soigner l'âme. »

Platon (427-347 av J.-C.), Charmides

Table des matières

INTRODUCTION	2
METHODES	5
I. L'ETUDE QUALITATIVE.....	5
II. ECHANTILLONAGE	5
III. RECUEIL DES DONNEES	5
IV. ANALYSE	6
RESULTATS.....	7
I. LES CARACTERISTIQUES DE L'ECHANTILLON DE MEDECINS ET DES ENTRETIENS.....	7
1. Caractéristiques de l'échantillon de médecins	7
2. Caractéristiques des entretiens.....	7
II. SYNTHESE INTERPRETATIVE	8
1. La place des croyances populaires en consultation de médecine générale du point de vue des médecins.....	8
2. Explorer les connaissances du médecin sur les croyances populaires.....	16
3. Impact du ressenti et de la personnalité du médecin dans les interactions entre ces croyances et la démarche de soins.	20
4. Identifier les interactions induites par ces croyances lors de la démarche clinique.....	24
5. Décrire les modifications de démarche clinique générées par la prise en compte de ces croyances.....	27
DISCUSSION	36
I. FORCES DE L'ETUDE.....	36
1. Originalité.....	36
2. Critères scientifiques.....	36
3. Justification.....	36
4. Perspectives pour la pratique	37
II. FAIBLESSES DE L'ETUDE.....	37
1. Biais de volontariat.....	37
2. Biais d'interprétation.....	37
3. Biais d'analyse	37
III. DISCUSSION DES RESULTATS.....	38
1. Croyances populaires et médecine	38
2. Les conditions du patient à la pénétration des croyances.....	39
3. La fonction du médecin pour le patient vu par le médecin	40
4. Un contexte propice.....	40
5. Croyances et parcours de soins.....	41
6. L'histoire personnelle du médecin	42
7. Exploration des croyances : un nouvel enseignement ?.....	43
8. La quête du sens.....	44
9. Une pratique médicale différente.....	45

IV. PROPOSITIONS	47
CONCLUSION	48
BIBLIOGRAPHIE.....	49
I. BIBLIOGRAPHIE CITEE.....	49
II. BIBLIOGRAPHIE LUE.....	51
ANNEXES.....	53
RESUME	58
SUMMARY	59
LE SERMENT D'HIPPOCRATE.....	60

INTRODUCTION

L'île de la Réunion est à la croisée des mondes par son caractère pluriethnique et multiculturel. Cette société est née de la rencontre de différents peuples réunis sur l'île par les européens afin de pallier au manque de main d'œuvre sous la traite puis par l'engagisme. Une humanité nouvelle s'est constituée mêlant coutumes, races, religions et médecines. Les origines du peuplement de l'île permettent de comprendre la construction de la médecine traditionnelle réunionnaise empreinte de croyances et de rites et de son influence toujours présente à l'heure de l'eSanté.

Ces croyances font partie du quotidien de nombreux patients et elles s'invitent en consultation. Lors d'un stage de médecine générale, j'ai pris conscience de l'importance de ces croyances pour les patients. Une patiente âgée me confiait prendre « *la purge* », à savoir le vermifuge qu'elle nous demandait de lui prescrire à la lune montante sous peine d'inefficacité du traitement. Je m'apprêtais à lui donner les explications scientifiques du fonctionnement du médicament et je me suis prise à lui demander de m'expliquer ce qu'elle faisait et la raison pour laquelle elle le faisait. De fil en aiguilles, elle me montra dans son sac à main, une petite bouteille de « *ayapana* » qu'elle réservait aux contrariétés. Je ne savais rien de l'ayapana...Souvent durant mes stages hospitaliers et de médecine générale, les patients, face à des pathologies chroniques, ou des pathologies qui trouvaient peu de résultat par la médecine, me disaient « *ou conné ou, ou lé créole, nou la parti marché* » (vous savez, vous êtes créole, nous sommes allés voir des guérisseurs). Le fait que je sois réunionnaise les amenait à entamer la discussion pensant que je connaissais ce monde qui touche à la médecine traditionnelle réunionnaise mais il n'en était rien. L'ironie fait que je n'y connaissais que peu de chose, j'avais quelques notions sans y avoir réellement prêté attention. De ces échanges avec différents patients et constatant que j'y étais de plus en plus confronté, j'ai souhaité comprendre ce mode de recours afin d'améliorer ma prise en charge, car régulièrement il est nécessaire de comprendre et de s'adapter à ces croyances afin d'emporter l'adhésion thérapeutique du patient. J'ai donc suivi l'enseignement du Diplôme Universitaire d'Ethnomédecine qui m'a apporté de solides bases de compréhension de la phytothérapie, la construction et le corps de la médecine traditionnelle, les représentations du corps, de la santé et des maladies, les itinéraires thérapeutiques et le monde des sorts et du magique. A la lumière de ces

connaissances, je me suis interrogée sur les interactions entre ces croyances et la médecine que j'exerce : la médecine générale.

Une thèse sur les croyances populaires sur les vers en Bretagne soulevait la question des croyances auprès des patients, montrant qu'en dépit des avancées scientifiques et de leurs répercussions sur les modes de vie et de pensée, les pratiques thérapeutiques traditionnelles avaient peu varié. Finalement, ces croyances se sont maintenues dans leurs principes et applications avec plus ou moins de stabilité (1).

Une étude datant de 2000 a exploré les croyances et les pratiques populaires à propos de la santé de l'enfant à la Réunion. Celle-ci a tenté d'analyser la diversité des croyances et pratiques afin d'améliorer la prise en charge passant par une compréhension mutuelle entre le patient, son entourage et le médecin. Elle s'est présentée sous la forme de questionnaires auprès de patients afin de définir la médecine populaire réunionnaise avec ses pratiques curatives et préventives et ses tradipraticiens, les représentations du corps et de la maladie. Elle a tenté d'énoncer les différentes croyances populaires autour de l'enfant. Ce travail amenait des pistes de réflexions telles que la nécessité de comprendre la culture médicale locale afin d'améliorer son exercice, la nécessité d'introduire l'anthropologie médicale dans le milieu hospitalier, la coopération entre le médecin et le tradipraticien (2).

D'autres travaux ont exploré les représentations culturelles, les itinéraires thérapeutiques et la santé mentale infantile en Guadeloupe. Les patients ont recours à différents types de secteurs du système de soins (secteurs professionnel, populaire et traditionnel) de façon séquentielle ou simultanée car ces secteurs n'ont ni les mêmes représentations, ni les mêmes buts thérapeutiques. Les résultats viennent déconstruire un préjugé, répandu dans le milieu médical, et que Bonnet (2000) décrit ainsi : « Les médecins pensent quelquefois que l'adhésion des malades à des représentations « traditionnelles » de la maladie peut être un obstacle à la compréhension du discours scientifique » (3).

Un travail a également été effectué au Gabon autour de l'idée de l'OMS de faire collaborer médecine moderne et médecine traditionnelle de façon optimale. Loin de parler d'une réelle collaboration, les patients ont recours aux deux médecines. La médecine traditionnelle s'est maintenue non seulement par son poids culturel mais également par nécessité car elle constitue souvent le premier contact avec la chaîne de soins de santé pour ces populations (4).

Des travaux ont exploré les représentations de la maladie chez des patients hypertendus originaires d'Afrique noire ayant migré en France. Ces travaux ont montré que chaque individu construit ses propres représentations en fonction de nombreux facteurs sociaux et personnels et que le rôle du médecin généraliste est primordial aux yeux des patients. Le fait de s'intéresser aux représentations donne au médecin des éléments supplémentaires pour adapter son éducation thérapeutique (5).

Des travaux de psychiatrie se sont attachés à étudier les représentations étiologiques et les pratiques traditionnelles montrant que le médecin ne peut tenter d'offrir une prise en charge adéquate s'il ignore les représentations de ses patients dont la parole, la pensée et les symptômes sont tissés de croyances qui travaillent en eux souvent à leur insu. Ici, patients et médecins n'ont pas les mêmes représentations de la maladie, ni les mêmes théories étiologiques. Les médecins doivent prendre conscience de leur propre idéalisation du métier afin de construire avec leur patient un espace commun propice à la parole pour accéder aux représentations du patient (6).

L'ensemble de ces travaux ont exploré le point de vue du patient, il convient de s'interroger sur le point de vue du médecin par rapport à ces croyances.

Quelle est la place des croyances populaires en consultation de médecine générale à la Réunion ?

Ce travail avait pour objectif principal d'étudier la place des croyances populaires en consultation de médecine générale du point de vue des médecins. Les objectifs secondaires étaient :

- D'explorer les connaissances du médecin sur les croyances populaires à la Réunion.
- D'évaluer l'impact du ressenti du médecin et de sa personnalité dans les interactions entre ces croyances et la démarche de soins.
- D'identifier les interactions induites par ces croyances lors de la démarche clinique en soins premiers.
- De décrire les modifications de démarche clinique générées par la prise en compte de ces croyances.

METHODES

I. L'ETUDE QUALITATIVE

Le chercheur a choisi de réaliser une étude descriptive qualitative utilisant une démarche inductive sur le principe de la théorisation ancrée¹.

II. ECHANTILLONAGE

L'échantillonnage a été réalisé par choix raisonné en choisissant les médecins spécialistes en médecine générale connus par le chercheur pour une partie, puis par un échantillonnage de volontaires par le biais d'un mail transmis à l'Union Régionale des Médecins Libéraux Réunion. Le critère d'inclusion était que le médecin soit installé ou remplaçant en cabinet libéral de médecine générale ou en PMI (protection maternelle et infantile), à la Réunion depuis au moins cinq ans.

III. RECUEIL DES DONNEES

Le recueil a été effectué sous la forme d'entretiens face à face compréhensifs individuels.

Le canevas des entretiens a été construit au fur et à mesure du recueil autour de deux questions brise-glace : (Annexe 1)

-Pouvez-vous me faire part d'une expérience personnelle de médecine traditionnelle ?

-Pouvez-vous me faire part d'une expérience professionnelle de médecine traditionnelle ?

Ce canevas n'était pas figé, il a évolué au gré du recueil si une idée nouvelle apparaissait par exemple, ou en fonction des réponses des médecins interrogés. (Annexe 2)

Ces entretiens ont été réalisés sur le lieu d'exercice des médecins.

Le consentement des médecins a été préalablement recueilli à l'oral en expliquant que les entretiens enregistrés seraient anonymisés.

Le chercheur a également collecté quelques données quantitatives afin de caractériser lors de l'analyse la population en collectant l'âge, le genre, l'origine, la date de début d'exercice à la Réunion et la zone d'exercice.

IV. ANALYSE

Chaque entretien a été retranscrit par le chercheur par l'intermédiaire du logiciel Word® puis anonymisé constituant le verbatim. Le travail de transcription a été réalisé au fur et à mesure des entretiens permettant de faire évoluer le canevas d'entretien et de vérifier la saturation des données. Dans le cadre de cette étude exploratoire, l'identification des thèmes et des sous-thèmes s'est faite exclusivement à partir des verbatim. La méthode utilisée était inductive. L'analyse a été constituée d'un codage manuel sur le principe de la table longue en utilisant une théorisation ancrée. Cette méthode a permis de mettre en relief et de rendre compréhensible les grands thèmes dégagés par l'analyse des entretiens et de les mettre en relation (Annexe 3). Tout comme la transcription, le codage des entretiens a été effectué au fur et à mesure du recueil afin de confronter les premiers résultats aux données suivantes selon un continuum. Le chercheur a réalisé un codage ouvert des entretiens selon un maillage large.

¹Charmaz K. *Grounded Theory : Objectivist and constructivist methods*. London : Thousand Oaks, Sage, 2000 :536.

RESULTATS

I. LES CARACTERISTIQUES DE L'ECHANTILLON DE MEDECINS ET DES ENTRETIENS

1. Caractéristiques de l'échantillon de médecins

Médecin	Genre	Age	Origine	Date de début d'exercice à la Réunion	Zone d'exercice
1	Homme	60	Métropole	1982	Semi-rural
2	Femme	55	Métropole	1989	Rural à semi-rural
3	Homme	54	Réunion	1990	Semi-rural
4	Femme	46	Métropole	1996	Semi-rural
5	Femme	48	Métropole	1997	Semi-rural
6	Femme	31	Métropole	2011	Semi-rural
7	Homme	49	Métropole	1996	Urbain (18 ans en Semi-rural)
8	Homme	54	Métropole	1986	Semi-rural
9	Homme	35	Métropole	2006	Rural
10	Femme	44	Maurice	1987	Semi-rural
11	Homme	60	Métropole	1988	Rural
12	Femme	57	Madagascar	1987	Urbain

2. Caractéristiques des entretiens

L'étude comportait 12 entretiens réalisés de Mars 2015 à Avril 2016. Les entretiens ont duré en moyenne 37 minutes. Le plus long a duré 66 minutes et le plus court 21 minutes.

II. SYNTHÈSE INTERPRÉTATIVE

1. La place des croyances populaires en consultation de médecine générale du point de vue des médecins.

Les croyances pénétraient la consultation de médecine générale à plusieurs niveaux : l'anamnèse, le diagnostic, la thérapeutique et l'observance.

Certaines croyances pénétraient plus facilement que d'autres, ainsi les croyances autour de pathologies minimales, celles qui entouraient la petite enfance et l'allaitement, le recours à la phytothérapie et les croyances ponctuant le quotidien des patients étaient plus aisément abordées.

« Tout le temps les patients disent qu'ils ont déjà bu des tisanes. Quand ils ont une infection urinaire au long cours, plein d'infections urinaires, ils boivent plein de tisanes, à titre préventif. Les hypertendus, tous en fait, j'ai l'impression qu'ils boivent pas mal de tisanes quand même. » E6 41

a. Le patient en parle : sous quelles conditions ?

Certains patients seront plus loquaces à leurs propos, et d'autres n'en diront mot par crainte du regard accusateur du médecin. Selon les médecins interrogés, le fait de parler de leurs croyances semblait être une épreuve pour certains patients.

*« Ça dépend des gens, il y a des gens qui vont en parler assez facilement. » E4 58
« mais en général c'est un accouchement, c'est-à-dire il faut leur poser des questions... » E11 45*

Les médecins observaient des barrières que posaient les patients par rapport à leurs croyances lors des consultations. Les patients avaient tendance à scinder ce qui relevait de la médecine de ce qui relevait des croyances. Ils s'attelaient à ne présenter que ce qu'ils pensaient que le médecin pouvait recevoir.

« Je pense qu'ils nous en parlent pas trop, parce que la médecine c'est la médecine et tout ce qui est tradition c'est tradition et je pense que, moi j'ai l'impression que c'est vraiment scindé. » E5 98

« qu'ils se disent que je ne connais pas, que ça ne m'intéresse pas. » E9 72

Certains s'étonnant même de l'intérêt de leur médecin pour les croyances, répondaient volontiers aux demandes d'explications de ce dernier.

« Quand je leur pose la question, ils m'expliquent juste mais ils ne sont pas gênés par quoique ce soit, souvent les dames, elles en ont même dans le soutien-gorge. Elles ont des petites épingles avec plein de petites choses. Je leur demande et elles disent que c'est pour porter bonheur mais je n'ai pas l'impression que ça les gêne plus que ça. » E6 67

« Je suis très favorable à l'utilisation, je n'en prescris pas parce que je ne, n'y connais rien, je les laisse prendre. Je leur demande même des conseils, je les écoute me raconter ce qu'ils ont fait, je le valide derrière. » E11 29

b. Un contexte propice

Il importait pour laisser la porte ouverte aux croyances de prendre le temps et de questionner le patient.

« les gens en parlent quand on leur donne l'occasion d'en parler. Je sais qu'il y a beaucoup de médecins qui euh ont des consultations très rapides et donc qui ne laissent pas le temps aux gens de s'exprimer.» E8 113

« Il faut effectivement passer du temps avec les gens et les mettre en confiance pour parler de ces sujets-là. Spontanément ce n'est pas des sujets qu'ils évoquent dans le vide. » E8 115

Selon les médecins, les patients évoquaient très spontanément leurs croyances s'ils pensaient que le médecin était facilement accessible, disponible et si l'environnement de consultation le permettait.

« Elles ne le disent pas aux médecins, car elles savent qu'il ne faut pas mais nous elles le disent plus facilement à la maison quand on vient les voir. » E2 79

« Bien sûr, ils l'évoquent facilement parce que la parole est libérée et notamment la mienne, en tout cas avec moi. » E11 193

« D'après mon expérience la fréquence dépend de la personnalité et du caractère du médecin. » E7 56

Les patients étaient plus à l'aise avec un médecin s'ils n'observaient pas la barrière de la langue. De même que le soignant soit originaire des îles, pouvait être un facteur facilitateur selon le point de vue des médecins.

« J'ai adapté ma pratique à la population si on me parle créole souvent, je vais répondre en créole. » E4 280

« Quand tu ne parles qu'en français du coup pour eux, ça doit faire une barrière quand même. Ils ne le diront pas par honte. » E4 272

Le médecin saisissait parfaitement la peur de son patient d'être jugé.

« On sait qu'elle ne va pas juger, elle est réunionnaise. » E2 81

« parce qu'ils savent qu'ils ont l'écoute et ils savent que je ne les juge jamais. » E10 114

« Oui, je pense qu'ils ont peur qu'on les juge » E4 284

Il s'agissait selon eux de tout un contexte.

« Oui je pense que pour un patient pouvoir mettre en avant ses croyances sur l'origine de sa maladie, sur les traitements et sur le pronostic, face à un médecin où il va y avoir déjà la barrière de la langue, la barrière de sa personnalité, la barrière du relationnel de comment il écoute ses patients, oui je pense que c'est un frein pour la population réunionnaise. » E10 188

c. Le médecin, ses croyances et celles du patient

Les médecins étaient conscients que leurs interactions avec le domaine des croyances et des représentations de leurs patients dépendaient de leurs propres croyances et représentations.

« Je pense que c'est accessible au tout venant à condition que le soignant veuille bien se connecter avec ses propres croyances du jugement. Parce qu'à partir du moment où nous on est persuadé que nous avons des croyances, pourquoi l'autre n'en aurait pas et du coup, parlons de nos croyances » E12 235

Les médecins évoquaient une évolution dans leurs approches du patient au fil de l'exercice : le fait d'être soi-même sur la défensive ou de vivre la relation du patient comme intrusive ne favorisait pas la libération de la parole.

« On est tous devant le mur qu'on a créé, à cette époque-là, j'étais hyper défensif, au tout début de mon installation, je ne voulais pas que les patients m'envahissent. » E11 157

« d'être ouvert, cela peut ouvrir justement à d'autres choses que d'y être fermé et du coup les gens ils s'échappent, ils partent et ils n'adhèrent pas. » E5 155

Les médecins tentaient souvent de se remettre en question par rapport à ces freins.

« Un patient, il peut venir de n'importe où dans le monde, il y a forcément des fois où l'on a un fossé, une distance qui fait qu'on ne peut pas se comprendre. » E9 171

« Quand ils rejettent tout ce que je leur propose pour ne faire que de la médecine traditionnelle, et dans des cas bien particuliers, de diabète de choses comme ça, là c'est vrai que je me poserai des questions sur la prise en charge, en me disant : « Qu'est-ce que je n'ai pas bien fait ? ». » E5 168

d. L'intégration des croyances en consultation

Le médecin développait une position privilégiée au fil du temps. Les croyances pénétraient petit à petit selon l'attitude du médecin.

« Je suis bien content d'avoir un lien suffisamment proche avec les patients pour qu'ils m'avouent. » E1 17

« Alors il y a des gens, ils me disent, il y en a certains qui en parlent mais vraiment, ils disent : « A vous, je peux vous en parler mais on ne dit pas ça tout le monde. » E5 102

En tenant compte des croyances du patient et par son écoute, le médecin laissait passer le message de sa disponibilité pour le patient, si d'aventure le recours à la médecine traditionnelle s'avérait vain.

« Assez souvent, je conseille aux patients en leur disant : « allez-y et vous me direz ce que ça donne ? » Et ils reviennent et on en discute. » E3 259

Le fait de laisser pénétrer les croyances permettait aux médecins de cerner des aspects du patient qui auraient pu leur échapper. Les médecins pouvaient en tenir compte pour optimiser l'alliance thérapeutique.

« Après, j'oriente quelque fois mon questionnement vers ces sujets là quand j'en ai besoin, quand je sens qu'effectivement on est dans une impasse euh où que je sens que ça interfère avec l'observance du traitement que je prescris, donc euh les gens en parlent quand on leur donne l'occasion d'en parler. » E8 111

Lorsque les croyances pénétraient la consultation ce n'était jamais par hasard, le patient attendait souvent du médecin un conseil sur la position à adopter : avoir recours ou non à un tradipraticien. Cependant la plupart des médecins semblaient refuser d'avoir un rôle de prescripteur quant au choix du tradipraticien.

« Les patients se reposent beaucoup sur l'avis de celui qu'ils pensent être le plus, qui a le plus de connaissances qu'eux, c'est leur médecin, comme le prêtre c'est ça en fait. » E10 241

« Oui, sans que je sois très précise, parce que je n'aime pas avoir le côté prescripteur, je fais comprendre que, là, il y a quelque chose. » E12 214

« Le médecin peut faire des suggestions et ces suggestions, sans dire d'aller voir un religieux ou un rebouteux, etc. » E7 63

e. Médecin, tradipraticien, quelle coordination des soins ?

Lorsqu'il s'agit d'interroger les médecins sur leurs rapports avec les tradipraticiens, rares sont ceux qui ont eu des échanges direct avec un tradipraticien.

« Non, jamais. » E3 111

« J'ai personne vers qui les diriger sur les médecines alternatives. » E9 121

Un médecin avait lui-même pris contact avec l'évêque du diocèse pour sa patiente, pour ce qui lui semblait ne pas appartenir à la médecine conventionnelle.

« Donc j'ai eu Monseigneur Gilbert Aubry au téléphone, qui m'a promis qu'il viendrait la voir. Je lui ai expliqué la pathologie, je lui ai donné le nom, sous couvert du secret professionnel, l'adresse le numéro de téléphone. » E11 82

Un autre médecin disait pouvoir être amené sans tabous, à conseiller au patient d'aller voir un prêtre tamoul ou un autre tradipraticien devant des cas où médicalement (parlant de médecine conventionnelle), il se sentait limité.

« C'est vrai qu'un moment donné quand je vois que ça sort un petit peu de l'ordinaire, je leur dis : « Allez voir un prêtre tamoul ou je ne sais quoi qui pourrait éventuellement trouver la solution. » E3 104

Un seul médecin a raconté avoir eu des échanges directs avec un tradipraticien, au point de lui adresser des patients et d'assister à ses « consultations ». Il déclarait d'ailleurs se retrouver, depuis le décès de ce dernier, dépourvu de correspondant.

« je connaissais bien Mme Visnelda, j'ai eu à lui présenter, sinon j'ai envoyé volontiers des gens pour qu'elle file des tisanes ou un petit examen. » E1 30

« A Visnelda, puisqu'on parlait d'elle, j'avais ce privilège en tout cas, en toute confiance, de pouvoir lui diriger des gens et dans ce cas précis, c'est quelqu'un que j'ai accompagné. » E1 33

« Et donc avant de confier à qui que ce soit, et moi j'ai un vrai problème aujourd'hui pour résoudre en tout cas à ce niveau-là. » E1 155

Un médecin généraliste a pu adresser son patient à un tradipraticien du type « coupeur de feu ».

« Oui, c'est moi qui l'ai envoyé. C'est quelqu'un que je connais, je sais qu'elle est « coupeur de feu », et donc je lui ai adressé cette patiente. Je lui avais expliqué à ma patiente, je lui ai dit : « on y croit ou on n'y croit pas, on fait comme on veut. » E5 35

f. La fonction du médecin dans ce contexte

Le médecin pouvait ouvrir la porte à d'autres thérapeutiques en gardant sa fonction de médecin généraliste « médecin de famille ».

« On connaît très bien ses malades donc on fait partie de la famille, le médecin fait partie de la famille. Quand on fait partie de la famille, quand ils vous considèrent comme « le médecin de famille », comme on dit, là effectivement vous voyez ça. » E7 84

Le médecin pouvait quelquefois être appelé pour ce qui s'apparentait à des symptômes dont les patients savaient qu'ils n'appartenaient pas à la médecine conventionnelle tels que des phénomènes de transe. Il était admis en tant que « médecin de famille » et était interpellé pour prendre en charge les symptômes strictement physiques. L'entourage du patient ne lui demandait alors pas d'intervenir mais quelque part semblait rassuré qu'il soit présent et prêt à intervenir au besoin.

« On m'a dit en tant que médecin de venir de regarder, de l'examiner. » E3 137

Les médecins ont tous observé une évolution dans les pratiques. Les patients avaient une confiance quelquefois plus grande dans le discours de leur médecin et pouvaient rechercher une certaine approbation de leurs parts.

« Ça c'était une question des mamans pour savoir si elles pouvaient utiliser pour leurs bébés la tisane traditionnelle. » E9 48

Avec l'accès à l'éducation et la démocratisation de l'accès aux soins, les préoccupations devenaient toutes autres.

«Maintenant elles demandent, est-ce qu'elles peuvent, est-ce que ça va faire mal, est-ce qu'il y a un risque d'infection ? » E2 214

D'après les médecins, il restait cependant toujours des domaines dont les patients ne parleraient jamais sans qu'ils puissent forcément en identifier les causes.

« Oui, déjà toutes ces incertitudes, tous ces mystères là, ça reste leur domaine à eux. Bien sûrs qu'il y a des choses qu'ils ne nous disent pas. » E3 263

« Ils ne me le disent pas, peut-être qu'ils vont le faire mais ils ne me le disent pas. Mais ils ne me disent pas qu'ils ont été voir un autre, un guérisseur. » E6 97

g. Intégration du médical dans le champ des croyances

D'un côté persistait la croyance, cependant le patient recherchait dans la médecine allopathique peut être un remède plus « facile ». Par exemple, il existe multitude de croyances populaires autour des vers : l'enfant est énervé, a très envie de manger du sucre. Il s'agissait ici d'un exemple de pratique traditionnelle qui a intégré le médical dans le champ des croyances.

« Les vers, c'est passé dans le domaine biomédical, on a le Zentel on le donne. C'est pas pareil, elles viennent chercher le médicament. Il y a le Zentel c'est pratique, et puis il n'y a plus de vers, on n'en voit plus » E2 99

2. Explorer les connaissances du médecin sur les croyances populaires

a. Croyances populaires et médecine

Les médecins exerçant à la Réunion arrivaient à identifier les croyances populaires de leurs patients et tentaient de les comprendre car elles côtoyaient volontiers la consultation.

« soi-disant que la nuit, il y a des âmes, qui se baladent. Même à l'Étang-Salé, à un endroit bien précis, les gens me disaient, à l'Étang-Salé-les-bains, il ne fallait pas sortir parce qu'à une certaine heure, on voit des gens. On voit des gens habillés en blanc qui se baladent. » E3 33

« des cheveux maillés, des garantis, des petits trucs qu'ils avaient autour du cou, du ventre, les tambav. » E2 15

Les croyances concernaient essentiellement la vie et la mort, du moins ce sont celles qui étaient le plus accessibles au quotidien pour le médecin. La grossesse, la naissance et la petite enfance étaient empreintes de rites et de croyances. Les patients se rapprochaient également de ces croyances à l'annonce d'un pronostic péjoratif.

« Après, je pense qu'autour de la mort, il y a beaucoup de croyances, autour des grossesses et de l'allaitement aussi. Il ne faut pas être stressé quand tu allaites sinon ton lait va tourner, les 40 jours qu'il peut y avoir après les enterrements. » E4 187

L'impact des croyances religieuses était indéniable dans tout ce qui a trait à la maladie. D'après les médecins, le poids de la religion était tel que les patients avaient la crainte d'une influence divine sur l'apparition de la maladie. Ils s'en prémunissaient en effectuant des « rituels » à visée protectrice.

« Donc si on cherche bien, toutes ces croyances c'est quand même pour protéger contre la vengeance divine ou quelque chose comme ça. Pour moi c'est la religion qui a imposé ses croyances, ses superstitions, ça me paraît évident mais je me trompe peut-être. Pour moi, croyance et religion c'est évident que c'est lié. » E2 44

« L'interprétation qu'ils en avaient c'était qu'ils n'avaient pas respecté leurs promesses, ils avaient fait une promesse, et il fallait qu'ils rendent cette promesse et qu'il fallait faire service, service poule noir. » E12 85

La plupart des patients évoquaient à leurs médecins des croyances sur l'étiologie de leurs maux imprégnées d'esprit, de sort ou de surnaturel.

« Il y en a quelques-uns quand même de patients qui sont persuadés que c'est un mauvais sort. » E5 64

Les patients avaient une croyance importante en la phytothérapie à la Réunion et ce quel que soit le diagnostic ou le pronostic de la maladie. Les croyances ne concernaient pas uniquement les propriétés des principes actifs, il y avait également tout un champ concernant les propriétés « magiques » des plantes qui était évoqué aux médecins.

« Dans les croyances, il faut aussi savoir que tout ce qui est créole c'est aussi basé sur les soins ancestraux par les plantes, c'est quand même encore très important. » E7 135

« J'ai une patiente qui m'a raconté avoir vaincu son insomnie en mettant une petite branche de plantes sous son oreiller et que ça la faisait dormir. » E12 78

b. Le patient : déterminant personnel et social

Les médecins observaient souvent des pratiques de médecine traditionnelle chez leurs patients. Les résultats étaient homogènes quel que soit les médecins interrogés.

« Ça c'est encore très fréquent, il y a encore tout plein de bébés qui ont des purges. » E2 78

« Il y en a plein....Tout le temps, au quotidien j'ai l'impression. » E6 28

Concernant l'expression des croyances, les patients concernés étaient majoritairement des femmes ou des enfants.

« C'était préférentiellement chez les enfants malbars mais y'avait aussi des familles créoles qui le pratiquent. » E2 28

« C'est une patiente, ça fait trois ans qu'elle ne sort plus de chez elle. » E11 61

Souvent, les médecins constataient que l'entourage jouait un rôle déterminant dans l'ancrage face à ces croyances. Elles avaient une fonction pour les individus et leurs entourages, finalement elles permettaient à l'individu de s'adapter à son environnement psychique et social. La maladie était reconnue par le groupe et donnait quelque part une légitimité à l'individu au sein du groupe. De même, il apparaissait que certains symptômes pouvaient se retrouver chez plusieurs individus de la même famille.

« Dans leur famille c'est comme ça et qu'il y a un tel qui a développé tel ou tel trouble, et que peut-être cet enfant-là, il est aussi dans le même schéma. » E12 99

« C'est que je l'avais dit à personne de la famille très prégnante que je l'emmenai là-bas. J'avais volontairement coupé le lien d'un éventuel effet de famille, d'une famille très particulière. » E1 69

L'entourage pouvait également être la source des maux, souvent les plus proches voisins peuvent être accusés d'être à l'origine de sorts.

« C'est la voisine qui a jeté un sort. » E10 101

« Les causes, c'est tout ce qui est conflits familiaux, les conflits avec les voisins, les amis... » E7 51

Les croyances étaient plus ou moins transmises au sein des familles d'après les médecins, parallèlement à la modernisation de la société réunionnaise.

« À la Réunion, en règle générale, les mamans ont encore allaité donc elles peuvent transmettre à leurs filles un certain nombre de trucs. » E9 197

Bien que les médecins constatent que les croyances concernaient principalement les milieux sociaux défavorisés, face à l'adversité, elles réapparaissaient volontiers quel que soit le milieu du patient.

« Mais quand la médecine n'aura pas de réponse,, c'est pas une histoire de catégorie sociale c'est clair. Chaque famille, en fonction de ses croyances et de ses origines, va se retourner vers quelque chose, puisque la médecine conventionnelle n'a pas de, non, je pense que ça touche c'est c'est c'est universel, c'est toutes les catégories, c'est asocial. » E7 156

« car je pense que les gens avec un haut niveau socio-économique, ils font semblant de, mais ils sont comme les autres, ils vont aussi voir le tradipraticien. » E11 197

c. Evolution des croyances

Ces croyances pouvaient être tenaces quel que soit le discours du médecin. Les médecins se sont aperçu que la médecine conventionnelle avait quelque part été adoptée mais qu'elle ne semblait pas bousculer les modèles de construction symbolique de la maladie.

« Donc y a pas mal de patients qui, quel que soit le diagnostic qu'on porte, sont persuadés que c'est euh, que leur maladie est due à, à un mauvais sort. » E8 25

Entre croyances et superstitions, les croyances populaires et les savoirs traditionnels perduraient plus ou moins, bien que la société réunionnaise évolue.

« Je dirais, jusqu'à il y a 10 ou 15 ans, elles ne venaient pas, non elles ne sortaient pas, elle ne sortait pas parce qu'il faut attendre 40 jours. Elles ne venaient pas peser le bébé et elles ne venaient pas en consultation, elles ne venaient pas faire le BCG parce qu'il ne fallait pas sortir. » E2 174

Même si la société évoluait en apparence, la culture semblait rester ancrée.

« J'ai l'impression que la culture créole est encore bien là, elle n'est peut-être pas exploitée au quotidien de la même manière qu'il y a 20 ou 30 ans mais je pense qu'elle est encore bien présente. » E9 139

« On est imprégné par la culture, par les rites, par les religions. C'est ancestral chez nous, c'est normal ça fait partie de notre vie, c'est notre société, notre culture également. Donc dans la culture réunionnaise. » E7 93

Ailleurs, les croyances n'apparaissaient pas forcément « au grand jour » cependant les médecins assistaient à un retour aux médecines traditionnelles évoquant bel et bien la présence des croyances sous d'autres latitudes.

« De même qu'en Bretagne de même que dans le Berri profond etc. Il ne faut pas non plus se dire que c'est exotique, ça n'a rien d'exotique. » E1 27

« Et quel que soit le lieu d'exercice ou l'origine des médecins il y a des croyances partout. » E10 224

3. Impact du ressenti et de la personnalité du médecin dans les interactions entre ces croyances et la démarche de soins.

a. L'histoire personnelle d'un être humain devenant médecin

Bien qu'ayant quasiment tous eu une expérience personnelle de médecine traditionnelle, les médecins interrogés répondaient dans un premier temps par la négative. Les petites pratiques étaient plutôt l'adage des médecins d'origine métropolitaine alors que les expériences s'apparentant plus à des « rituels » concernaient ceux qui ont l'Océan Indien pour origine (Madagascar, Réunion, Maurice).

« Une de mes grands-mères, m'avait mis une pièce de j'sais pas quoi, une pièce de monnaie, sur le ventre pour un mal au ventre mais je saurais pas te dire pourquoi, je ne me rappelle plus. » E5 12

« C'est mon frère qui est asthmatique, je devais avoir quatre ou cinq ans. Un soir, il était allongé sur son lit et je vois quelqu'un qui arrive avec un coq, et qui fait des incantations et qui coupe le cou du coq et qui prend la tête du coq et qui va autour du lit en versant le sang du coq et donc mes parents étaient là, moi j'étais là et c'est après, que moi, j'ai compris que c'était une passe. » E10 11

Les expériences différaient selon l'origine, le lieu de vie et la religion du médecin.

« Mes parents, ils étaient catholiques, pratiquants, rationalistes très cartésiens, pas de place pour la médecine traditionnelle. » E11 14

L'entourage jouait un rôle déterminant dans l'histoire de ces expériences, nous rappelant une similitude avec le patient.

« Après effectivement, il y a des gens dans la famille qui soignent avec des plantes, effectivement, il y en a qui soignent les maladies avec les tisanes. » E7 21

« C'était un cousin éloigné de la famille qui était venu pour ça dans le village de mes grands-parents. » E9 14

b. Un regard sur les croyances de l'autre

Les médecins parlaient quelquefois de la médecine traditionnelle comme d'une croyance par méconnaissance.

« Quand je suis arrivée effectivement, c'est quelque chose que je ne connaissais pas. » E2 20

Certains médecins saisissaient bien l'existence de croyances et de médecines traditionnelles et cherchaient à l'opposer à un côté cartésien sans avoir forcément d'explication, ni en chercher.

Se dessinait alors la frontière entre le côté scientifique et la culture populaire, et se construisaient les bases des représentations qu'auront les médecins de la médecine traditionnelle.

« Je pense que c'est beaucoup des représentations que je me fais, je n'ai jamais cherché non plus à développer ou à poser trop de questions non plus. » E4 246

« Pour vous dire, qu'il y a ces croyances au quotidien, dans la vie de tous les jours, dans la médecine et tout ça mais que moi-même je n'arrive pas à... D'un côté, en étant très cartésien on n'y croit pas mais quand je vois le petit jeune avec son langage, être en transe et tout ça. » E3 180

D'autres avaient peu d'à priori quant aux croyances et pratiques de leurs patients.

« Moi, le magique ne me gêne pas du tout. » E1 21

c. Les ressentis du médecin

Les médecins devaient faire face à de nombreux sentiments tels que l'incompréhension, la frustration et tentaient de gérer leurs émotions lors de leur exercice.

« Moi je pense que j'étais en échec à une époque où j'avais l'impression que moi ma médecine avait des limites et en fait maintenant elle a des limites mais s'ils trouvent leur bonheur ailleurs ça ne me dérange pas, tant mieux, c'est le principe. Je pense que ça, j'avais du mal à l'accepter plus jeune. » E6 140

« J'étais désespéré. » E3 84

La majorité des médecins était sensibles à ce monde de croyances et de médecine traditionnelle, ils n'y étaient pas réfractaires et y étaient intéressés.

« Les croyances ne m'ont pas forcément choqué, à la limite je trouvais ça presque normal surtout par rapport à la phytothérapie, cela ne me choquait pas parce que c'est toujours quelque chose qui m'a intéressé en plus, » E4 201

« J'ai été baigné tout de suite la dedans et là c'était ça, c'était comprendre, d'essayer d'adhérer à cette société et de m'intégrer. C'était à moi de m'intégrer à la société réunionnaise et pas le contraire pour pouvoir réussir à soigner les gens. Si on ne comprend pas comment les gens vivent, si on ne comprend pas leurs rites, leur religion, leur histoire, leur passé, leur façon de manger, leur cuisine, on ne peut pas soigner. La maladie c'est la nourriture, c'est les croyances et tout ça. » E7 309

« Je ne ferme pas la porte aux autres pratiques traditionnelles, ni aux autres pratiques de médecines savantes que ce soit chinoise, asiatique, énergétique ou autre. Je sais qu'il y a des personnes c'est ça qu'ils attendent, c'est ça qui leur convient donc je ne ferme pas les portes. » E 12 230

d. Prendre conscience de ses propres croyances

Les médecins étaient conscients que leurs interactions avec ces aspects de leurs patients dépendaient de leurs propres croyances et représentations.

« Cela dépend de l'ouverture d'esprit du médecin, de son vécu à lui, de son milieu socio-éducatif et religieux aussi, de ses propres croyances aussi. » E10 181

« Après pour que les médecins puissent y venir ça dépend vraiment de leur histoire personnelle, de leur propre ouverture d'esprit. » E10 259

« Si on reste enfermé dans notre pratique de médecine scientifique, donc on se coupe d'une partie de nous-mêmes, puisque nous avons aussi nous-mêmes nos croyances. » E12 247

« Donc je trouve ça tout à fait naturel que les gens aillent voir ailleurs ce qui se fait, ce qui se dit et qu'ils aient effectivement des croyances, ça me semble tout à fait naturel, on a tous des croyances. » E8 88

Conscient de leurs propres croyances, l'intérêt des médecins pour les croyances ou la médecine traditionnelle utilisée par leurs patients s'accroissait. Ils pouvaient décider d'ouvrir la porte à ce que le patient diversifie son itinéraire, tout en restant des conseillers bienveillants quant à la sécurité de leurs patients.

« Si vous connaissez une autre médecine, pourquoi pas, je ne suis pas contre, du moment que ça ne mette pas en danger votre vie et votre santé. » E7 39

« Pourquoi ne pas aller vers des alternatives. On peut avancer ensemble, éventuellement avec d'autres thérapeutiques. » E9 108

Un médecin avait décidé de faire la synthèse de ses propres croyances pour mieux appréhender les croyances de son patient.

Moi j'ai telle croyance, sortir du jugement, c'est avant tout le respect de l'autre, et du coup dans ce respect-là, je peux entendre la croyance de l'autre et je ne le juge pas. Par contre, ça peut me servir de fil, qui va me guider vers ce qui peut poser problème. » E12 235

e. Exploration des croyances : un nouvel enseignement

Les médecins soulignaient l'intérêt d'un enseignement pour les jeunes médecins peut être sous la forme d'une introduction à la médecine traditionnelle réunionnaise et par la même aux croyances qui s'y réfèrent. L'enseignement semblait faire défaut et l'hôpital n'était pas le lieu où s'y former.

« c'est justement là que tu peux voir le vrai terrain parce que tu passes chez le « prat », tu prends une grosse claque parce que tu es sorti de l'hôpital et que tu vois la vraie vie, les vrais gens, et les vrais patients. C'est dans le troisième cycle que tu peux toucher à ça et je pense que la formation, en fait on a eu les cours, mais comme on est pas sensibilisé aux trucs, on passe à travers. » E9 186

« Il faudrait que l'enseignement des soignants soit dirigé vers ça aussi, c'est-à-dire que pour soigner un être humain, il faut mobiliser l'humain qui est en soi. » E12 251

4. Identifier les interactions induites par ces croyances lors de la démarche clinique

Les interactions entre les croyances et la démarche de soins apparaissaient à plusieurs niveaux.

a. Diagnostic et croyances

Les croyances interféraient avec le diagnostic du médecin. Les patients, face à certains symptômes, avaient un diagnostic qu'ils opposaient au médecin : l'exemple type était les symptômes attribués à l'infestation par des parasites intestinaux alors que le médecin voyait une gastroentérite aiguë.

« Effectivement, cette notion de nettoyer, c'est quelque chose qui était bien ancré. » E2 118

« Des fois, il va avoir un peu mal au ventre, les douleurs abdos d'adénolymphite mésentérique sur un virus, ils veulent une purge. » E6 162

De même, face à une symptomatologie où le médecin n'avait pas de diagnostic précis à proposer, les patients allaient chercher dans le champ des croyances, ce d'autant que le patient considérait sa pathologie comme sévère.

« C'est souvent face à l'incohérence d'un examen clinique normal, des examens paracliniques normaux et la persistance du mal-être, donc ce sont des personnes qui ont fait tout le tour des autres médecins, ou on a fait beaucoup d'examen, on a fait des spécialistes, ils reviennent avec des examens qui sont normaux et pourtant ils sont mal, ils ne se sentent pas bien et ils se disent : « pourtant je ne suis pas fou, je ne suis pas folle, je n'invente pas ce que je suis en train de ressentir ». » E12 148
« T'as rien à l'examen, t'as rien auquel t'accrocher, et tu sens qu'il n'y a pas de substratum objectif. » E11 60

Les représentations de la maladie, mêlées aux croyances religieuses pouvaient amener les patients à refuser certains examens complémentaires ou le recours à un confrère d'une autre spécialité.

« J'ai un certain nombre de patients, qui ont des pratiques religieuses ou péri religieuses qui influent sur leur façon d'accepter ou de suivre un traitement. » E9 86
« Patient coronarien qui devrait avoir une coro à minima et donc il refusait la coro. Il refusait la coro depuis des années, jusqu'à ce qu'il fasse son infarctus. » E9 91

b. Observance, thérapeutique et croyances

Les croyances pouvaient interférer avec l'observance thérapeutique. Il arrivait fréquemment selon les médecins que les patients cessent le traitement allopathique prescrit pour prendre de la phytothérapie par exemple. Le médecin se rendait quelquefois compte qu'il n'emportait pas l'adhésion du patient au traitement qu'il proposait, indifféremment que cela flanche du côté du diagnostic posé ou de la thérapeutique proposée.

« Les jours où ils vont prendre les herbes, ils ne vont peut-être pas prendre les médicaments ou au lieu de prendre un comprimé ils ne vont en prendre que deux. » E4 122

*« J'ai vu que l'on obtenait pas de euh d'adhésion au traitement euh, qu'ils venaient pas en consultation que les traitements étaient pas bien fait, je me suis interrogé. »
E8 43*

Lorsque le patient était persuadé qu'un mauvais sort est à l'origine de ses maux, il n'acceptait pas les traitements ou la démarche de soins proposée par son médecin.

*« Lui et sa famille sont persuadés que c'est un mauvais sort, et il ne se traite pas. »
E5 67*

« Il y a un certain fatalisme, je pense que pour eux, il y a eu un sort qui a été jeté et que justement ils acceptent cette situation. » E3 101

Les médecins déploraient les conséquences de cette non-observance en termes d'efficacité dans la prise en charge et dans le suivi du patient.

« C'est qu'elle ne peut plus être incluse dans le système de surveillance habituelle, elle ne veut plus voir le cardiologue, elle ne fait pas sa coloscopie, elle n'a plus la prévention qu'on pourrait donner à nos patients. » E11 214

« Ça a apporté un retard de diagnostic, un retard de traitement. » E8 35

Le médecin face à un problème d'observance pouvait même être amené à se remettre en cause et à remettre en cause sa relation à son patient.

« Là c'est vrai que je me poserai des questions sur la prise en charge, en me disant : « Qu'est-ce que je n'ai pas bien fait ? ». Je me poserai plutôt des questions sur moi-même, non pas sur eux. » E5 170

c. Croyances et parcours de soins

Les médecins tentaient de comprendre les raisons des patients de multiplier les recours dans leur parcours de soin.

« Si ça pouvait les rassurer d'utiliser toutes les méthodes existantes et euh de se rapprocher de n'importe quel guérisseur. » E8 57

« Je pense que ce doit être un peu complémentaire. Je pense qu'il y a multiples recours, comme les gens qui vont prier aux temples qui vont à l'église, on sait jamais vaut mieux avoir les deux, deux parapluies. » E4 114

Certains patients cependant évoquaient des réticences à aller vers ces autres recours.

« et n'avait pas osé y aller, il voulait absolument un médicament. » E11 52

5. Décrire les modifications de démarche clinique générées par la prise en compte de ces croyances.

La relation médecin/patient était constituée d'attente et d'espérance mutuelle. Elle semblait paradoxale car elle avait pour objet le corps mais passait le plus souvent par la parole pouvant être source d'incompréhension.

Le médecin parvenait au fil du temps et de l'exercice à tisser une relation particulière avec son patient.

« Au bout d'un moment quand on se connaît bien mais spontanément je pense que non, ce n'est pas quelque chose dont ils parlent facilement avec leur médecin. » E5 103

« Je pense que j'ai appris et j'ai mis du temps mais j'ai appris l'empathie. » E11 229

a. Le référentiel du médecin : la médecine conventionnelle

Les médecins ont pour la plupart décrit la pratique d'une médecine très conventionnelle et académique en mettant en avant l'esprit scientifique.

« Après, moi, la médecine que je pratique, ben c'est de la médecine tout ce qu'il y a de plus rationnel et tout ce qu'il y a de plus euh académique et donc moi je m'appuie sur la médecine basée sur des preuves. » E8 90

« Moi je crois en ma médecine occidentale, européenne, je suis médecin, j'ai confiance en ma médecine. » E7 196

Les progrès de la science apportaient de nombreux espoirs en termes de diagnostic et de thérapeutique pour certaines pathologies.

« Les progrès de la science permettaient aux enfants atteints de mucoviscidose de vivre de plus en plus longtemps, dans de meilleures conditions. » E8 77

b. Les limites de la médecine conventionnelle

Les médecins reconnaissaient être également confrontés aux limites de la médecine conventionnelle face à certains symptômes qui n'y trouvaient pas de réponse.

« Soit je me retrouve devant une explication qui ne serait pas normale. » E1 19

« Aujourd'hui je constate mais on n'a pas d'explication, on n'a pas de moyen d'interagir. Quand on a un phénomène comme ça, on fait quoi, si ce n'est donner un petit calmant et attendre que ça passe ? » E3 234

« Oh oui, j'avais fait le tour. Voilà, j'avais fait la démarche diagnostique, j'avais fait le tour de tout ce que je pouvais faire, je ne trouvais absolument rien d'anormal, de particulièrement inquiétant du point de vue médical. » E7 36

Ces limites pouvaient concerner la prise en charge des maux, où les ressources en termes de thérapeutique pouvaient être limitées. Ce sentiment d'échec était d'autant plus marqué qu'il s'agissait d'un pronostic sombre.

« Des situations très délicates où l'on n'a pas tellement d'alternatives thérapeutiques à leur proposer. » E9 111

« Tenter d'y faire face c'est difficile, j'essaye de gérer voir si je peux être utile ou pas, et puis nos moyens thérapeutiques sont assez limités. » E3 252

Les médecins se retrouvaient confrontés à un manque d'efficacité ou à des effets secondaires importants des traitements de la médecine conventionnelle.

« Des fois c'est face aussi, on fait tout [...] on n'arrive pas à équilibrer c'est-à-dire que c'est la personne hypertendue qui a vu le cardiologue, on a mis un traitement en place, on a fait une escalade de traitement et on arrive à quelque chose de limite toxique et la personne ne s'équilibre pas du tout. » E12 163

Ils assistaient également à une crainte grandissante des patients vis-à-vis des effets de l'allopathie.

« Ils ont tellement peur, de plus en plus peur de la médecine occidentale. On entend à la radio, dans les journaux, tu as toujours des médicaments qui sortent en disant que ça c'est interdit etc. » E6 116

c. Accompagner son patient quelle que soit sa croyance

Bien que le domaine des croyances soit inexplicable et impalpable, les médecins interviewés restaient conscients de leur existence et tentaient d'accompagner leurs patients. La prise en compte des croyances impliquait des modifications de démarche clinique.

Le médecin questionnait alors son patient sur ce qu'il avait fait (les pratiques ou la prise de phytothérapie) et s'intéressait à son itinéraire thérapeutique.

« Sur les symptômes de la vie de tous les jours, je pose toujours la question de ce qu'ont fait les gens et je leur dis : « Pas seulement les médicaments que vous avez pris, est-ce que vous avez changé d'alimentation, prit un « zherbage ? ». » E9 41

L'accompagnement semblait primordial pour les médecins. Ils voulaient accompagner même si une partie leur échappait. Ils pouvaient être témoins de réussite sans qu'il puisse y avoir forcément d'explications scientifique.

« J'ai même un patient qui est venu une fois avec une échographie de la prostate, pour me montrer que son cactus avait été plus efficace, enfin ses feuilles de cactée. Il s'agissait de racines de raquettes, en effet ça avait bien fonctionné. » E11 23
« Et je pense que y a des techniques qui, même si scientifiquement elles sont pas évaluées, elles ont une influence ne serait-ce que par l'effet placebo donner de l'espoir aux gens ça leur permet quelque fois de guérir. » E8 95

d. La maîtrise des risques

Les médecins pouvaient avoir un sentiment de crainte par rapport aux interactions entre la phytothérapie et l'administration de thérapeutique allopathique et tentaient de maîtriser ce risque.

« Méfiez-vous parce que des fois ça peut être tellement efficace que ça peut créer des hypoglycémies. Il faut en parler quand vous prenez des trucs en plus. » E4 46
« Je pense aussi que, quelque part le fait de prendre les herbages, ils doivent quand même du coup moins prendre leurs médicaments correctement quand même. » E4 116

Il existait des symptômes pour lesquels la barrière est infime entre médecine conventionnelle et médecine traditionnelle, auxquels les médecins étaient particulièrement vigilants.

« Je suis sur mes gardes je fais très attention, parce qu'on touche aussi un domaine de la médecine qui est la psychiatrie et qu'il ne faut pas passer à côté de délire paranoïde, de schizophrénie, cette pathologie est à cheval, [...] Il faut vraiment bien analyser son patient, de savoir si c'est un comportement normal, une consultation qui est de l'ordre du normal culturel, [...] il faut toujours pousser la discussion le plus loin possible pour ne pas passer à côté d'une pathologie psychiatrique et savoir réorienter son patient cette fois-ci vers le psychiatre parce que ça peut finir avec un suicide, parce que ça peut finir avec un meurtre. » E7 259

« et puis souvent ça côtoie la psychiatrie, c'est pour ça que dans le cas de ce jeune homme, j'ai dû interpeller le psychiatre. » E3 186

e. Utilisation des croyances a but thérapeutique

Le médecin appréciait de faire les efforts nécessaires afin de s'adapter aux croyances de son patient allant jusqu'à passer par le domaine des croyances et de la médecine traditionnelle afin de tenter de résoudre une symptomatologie.

« On a au moins solutionné en utilisant à fond le principe de croyances ethno médicales, ça c'était vraiment très intéressant. » E1 139

Nombreux sont ceux qui avaient finalement un regard bienveillant sur ces croyances, en mettant en avant la relation d'aide qu'elles pouvaient apporter.

« Il y a des croyances et que ce n'est pas forcément un frein aux soins et que d'être ouvert, cela peut ouvrir justement à d'autres choses que d'y être fermé. » E5 155

Les médecins se décrivaient dans la prise en charge de leurs patients comme de fins psychologues et pouvaient entrevoir la médecine traditionnelle comme une thérapie.

« Ça marche beaucoup mieux avec des poudres de perlimpinpin ou des vraies thérapies individuelles ou collectives. » E1 25

« Le médecin c'est un psychologue, c'est un fin psychologue. Je dis il y a une part importante de psychologie dans les symptômes, dans les maladies, dans les lumbagos, dans les migraines, dans les mal-être. » E7 61

f. La place du médecin dans le parcours de soins

Les médecins souhaitent laisser aux patients la possibilité de tenter l'expérience d'un autre recours tout en gardant un rôle de conseiller.

« C'est vrai que le médecin quelque part dit de son côté : « la médecine traditionnelle conventionnelle n'a pas de solution à donner, donc si vous connaissez une autre médecine, pourquoi pas, je ne suis pas contre, du moment que ça ne mette pas en danger votre vie et votre santé. » E7 38

« Ah oui, pourquoi pas, en leur demandant qu'est-ce qu'ils envisagent déjà pour savoir un peu parce que je ne connais pas grand-chose. Et puis après, si on a tout éliminé en somatique grave et que il y a toujours des plaintes, sans problème aller voir quelqu'un. » E6 123

Ils étaient bien conscients de leur place dans le parcours de soins : le patient finissait toujours par revenir à son médecin et il importait au médecin d'être toujours présent si son patient souhaitait revenir à lui.

« Pour qu'ils sachent que la porte elle est ouverte. Ils peuvent revenir et que l'on peut avancer ensemble. » E9 115

« On est quand même plus fort qu'eux, le médecin traitant est quand même au-dessus du guérisseur, au-dessus du tisaneur mine de rien [...]. Il a été voir le tisaneur, le sorcier et bizarrement il revient vous voir, ça veut dire que là vous voyez la place que vous avez face au patient, ça veut dire que vous êtes encore au-dessus de tout le monde et donc votre parole, vos conseils et tout vont être encore plus, ils vont quand même plus vous faire confiance plus que faire confiance à des gens qu'ils ont vu une fois ou deux fois. » E7 253

« Assez souvent, je conseille aux patients en leur disant : « Allez-y et vous me direz ce que ça donne. » Et ils reviennent et on en discute. » E3 259

g. Une adaptation de la pratique médicale

Le respect des croyances pouvait signifier que le médecin soit amené à modifier sa prescription.

« Par rapport aux gens qui ont un interdit religieux, j'apprécie de faire des efforts pour aller dans leur sens. Quelqu'un qui ne peut pas prendre tel médicament, que la raison soit médicale ou religieuse je vais essayer de trouver autre chose. » E9 159

Les médecins tenaient à fixer la règle de l'absence de jugement à l'égard du patient.

« Je ne les juge pas et j'accepte une réalité qui me dépasse complètement, je suis importé ici et je n'ai pas à discuter ce qui s'y passe par contre l'accompagner ça m'intéresse. » E1 151

Les médecins décrivaient un changement de pratique, ils s'ouvraient alors à la prise en charge holistique du patient. La vision holistique correspondait à la prise en charge du patient dans sa globalité en considérant les divers aspects de la vie comme formant un ensemble solidaire. Les diverses parties de la vie ne pouvaient se comprendre que par le tout. Le patient comportait sa partie physique, sa partie psychique, sa partie spirituelle et son environnement.

« Ils parlent de leurs croyances, de leurs superstitions, oui, c'est là où ils se permettent de l'aborder, parce qu'on est plus dans le domaine médical mais on parle de leur vie. Ils parlent de leurs croyances effectivement, tout ce qui est en rapport avec les histoires de deuils, qui ont un rapport avec les pratiques religieuses. » E12 180

« Apparemment c'est quelque chose qui ne marche pas. Voilà, donc, face à ça, on cherche un autre endroit : « qu'est-ce qui peut, autre dans votre vie, parce que moi, je pose le fait que les gens, ils soient avec leur vie, et qu'est-ce qui peut autre dans leur vie déclencher quelque chose qui puisse les mettre dans cet état ? ». » E12 164

Les médecins interrogés s'étaient déjà adressés à d'autres thérapeutiques que la médecine conventionnelle et possédaient un arsenal thérapeutique varié.

« Plus ça va et plus j'ai de l'écoute [...] surtout de l'écoute et un peu de TCC aussi. J'en suis aux balbutiements des TCC, j'ai fait une formation en fin d'année dernière, ça faisait un moment déjà que ça m'intéressait, j'essaye d'appliquer un peu ce que j'ai appris. » E4 160

« J'ai fait un DU d'hypnose dernièrement, je fais de l'hypnose médicale. » E5 177

« Moi, je conseille souvent aux gens d'aller voir les ostéopathes, c'est à peu près la seule médecine alternative sur laquelle j'ai une visibilité. » E9 116

« Je regarde l'histoire, je fais de la généalogie, et à partir de la généalogie, je regarde toutes les émotions et tout ça et j'essaie de voir qu'est-ce qui n'est pas en paix et on va travailler là-dessus [...] On a fait toute une série de consultations transgénérationnelles. » E12 105

h. Les enjeux d'une collaboration

Les médecins, plutôt que de voir une opposition entrevoyaient une possible collaboration entre la médecine traditionnelle et la médecine conventionnelle.

« Que si ça, ça peut leur apporter quelque chose, ça m'apportera toujours quelque chose pour mes soins. » E5 168

« Je pense que, sinon on peut travailler de concert. » E5 174

Un des médecins interrogés a décrit un exercice particulier. Le médecin allait chercher les croyances du patient afin de les utiliser, car elles étaient indissociables du patient. Lorsque la médecine conventionnelle peinait à régler un souci, il ne restait plus que cette dimension du patient pour tenter de trouver un répit. La recherche des croyances passait par une enquête de l'histoire personnelle du patient en lien avec le culturel. Le médecin plaçait alors le patient au centre de sa prise en charge en sortant de la relation soignant soigné, le médecin abandonnait toute relation paternaliste en optant pour une démarche conjointe. Les patients n'avaient aucune réticence à en parler car il y a peu d'endroit où ils peuvent en parler sans jugement. Les tabous tombaient lorsque les patients ne se sentaient plus jugés.

« Je pense que les gens ils ont leurs ressources et ils ont besoin de moi un moment donné pour quelque chose de très précis. » E12 126

« Et moi je dis : « c'est peut-être dans votre histoire, ça vous intéresse qu'on regarde dans votre histoire ? ». [...] c'est d'ailleurs très intéressant car au moment où on dit qu'on regarde dans l'histoire, c'est comme si on leur enlevait une charge, ils parlent volontiers de leur histoire. » E12 153

« Donc on sort aussi du cadre de relation soignant soigné, médecin classique parce qu'on devient deux interlocuteurs, l'un a la carte et l'autre a la boussole. Deux enquêteurs et notre but commun c'est d'aller comprendre et d'aller chercher dans l'histoire des réponses. » E12 174

« Les gens, ils sont toujours volontaires car je pense que c'est un domaine dont ils aimeraient parler mais il n'y a pas d'endroit où parler de ça. » E12 159

« Je ne peux pas m'attribuer à moi toute seule, je m'inclus et je t'inclus dans la réussite de ce truc-là ». Et c'est ça que l'on fait ici quand on prend cette démarche-là, on est tous très contents quand on a fini parce qu'ON a réussi. C'est une réussite commune. » E12 271

« À partir du moment où on ne va pas dans le jugement de l'autre, on peut l'entendre. » E12 289

DISCUSSION

I. FORCES DE L'ETUDE

1. Originalité

Il s'agit d'une étude originale, aucune étude n'avait exploré la place des croyances en consultation de médecine générale du point de vue des médecins. Des thèses ont été réalisées à la Réunion sur la phytothérapie, sur les pratiques traditionnelles, sur les croyances et pratiques populaires à propos de la santé de l'enfant. Ces thèses ont été écrites dans les années 90 ou au début des années 2000. La plupart des études ont eu pour objet d'interroger les patients.

2. Critères scientifiques

Validité interne :

Il s'agit d'une représentation acceptable de la réalité, les données sont fiables car les informateurs ayant été interrogé dans leur milieu professionnel sont les principaux acteurs concernés. La triangulation des données a été réalisée par le chercheur et le directeur de thèse par une double analyse indépendante.

Validité externe :

La saturation théorique des données a été obtenue au bout de 7 entretiens, suivis de 5 entretiens supplémentaires. La population étudiée a été décrite. La recherche de l'exhaustivité des points de vue a été assurée par un échantillonnage raisonné large.

3. Justification

L'étude qualitative est traditionnellement utilisée par les sociologues et les anthropologues afin d'étudier les phénomènes humains et leur complexité de manière holistique. Elle semblait la plus appropriée pour cette étude en soins premiers. Elle permet d'aborder des phénomènes de manière interprétative en contexte naturel. A travers un processus exploratoire, elle vise la compréhension de phénomènes sociaux et humains dans leur globalité.

4. Perspectives pour la pratique

L'intégration par les médecins généralistes des croyances et représentations du patient en consultation, permet d'améliorer la relation médecin-patient par l'intermédiaire d'un dialogue plus aisé et permet de renforcer l'alliance thérapeutique du patient.

II. FAIBLESSES DE L'ETUDE

1. Biais de volontariat

Les caractéristiques des médecins qui se proposent spontanément peuvent être différentes de celles des médecins qui décident de ne pas y participer. Il est probable que les participants aient été plus sensibles au sujet.

2. Biais d'interprétation

L'analyse des entretiens dépendent de la subjectivité du chercheur. Un double codage et une triangulation des données a été effectuée de manière aléatoire sur certains entretiens afin de limiter ce biais.

3. Biais d'analyse

Le biais d'analyse a été limité grâce à la double analyse réalisée par le chercheur et le directeur de thèse, cependant elle n'a porté que sur une partie des entretiens. L'analyse thématique manuelle peut être considérée comme limitative par rapport à un codage par un logiciel.

III. DISCUSSION DES RESULTATS

1. Croyances populaires et médecine

Les croyances populaires pénètrent la consultation de médecine générale. Certaines croyances, qualifiées de « petites croyances » pénétreront plus facilement que d'autres. Les récits autour de sorcellerie ou de pratiques telles que les exorcismes sont plus rares.

Les croyances autour de la naissance sont les plus nombreuses citées, peut-être parce qu'il s'agit d'une période où la femme se sent particulièrement vulnérable. Ces croyances donnent une place à la future mère dans la société.

Loin d'être l'adage de l'Océan Indien, elles se retrouvent dans plusieurs travaux européens.

Une étude réalisée au Portugal a montré que les femmes enceintes fréquentant les services de santé étaient influencées par les mythes et croyances (82% des femmes interrogés). Ces mythes et croyances se transmettaient successivement dans les familles et étaient pérennisées si les femmes vivaient avec des parents proches tels que parents et beaux-parents. L'étude a également démontré que les croyances n'étaient pas plus présentes dans les communes les plus rurales par rapport aux zones moyennement urbaines. Il apparaît que la religion était fondamentale pour l'adoption par la femme enceinte de comportements associés à ces mythes et croyances. Cette étude a également montré que, même de nos jours, les savoirs sont diffusés essentiellement de manière verbale. Malgré leur enracinement, ces croyances, qui dans la majorité des cas n'ont pas de fondement scientifique, n'avaient pas un impact négatif sur la santé de la future mère et du fœtus (7).

Nous pouvons effectuer un rapprochement avec les résultats de notre étude :

- La religion a un impact sur les conduites qu'observent les patients pour prévenir l'apparition des maladies.
- Les croyances sont tenaces et encore transmises de nos jours quel que soit le milieu socio-économique du patient.

Les médecins généralistes connaissent relativement bien les croyances populaires de leurs patients. D'ailleurs ces derniers attribuent souvent leur maladie à des sorts que leur aurait jetés leur entourage. Ces croyances sont en adéquation avec celles décrites lors de l'étude auprès des patients par Serge Lacroix, dans son travail de thèse « *Pratiques et croyances populaires à propos de la santé de l'enfant à l'île de*

la Réunion » (2). Les médecins voient surtout des « *garantis* », des « *cheveux maillés* » et entendent parler essentiellement de tisanes, de « *purges* », de vers. Il est plus rare que le patient leur évoque des phénomènes de transe ou de possessions.

Le patient dispose d'un savoir populaire relié à la santé et à la maladie qui se distingue du savoir scientifique. Son savoir, à la différence de ce dernier, entre en cohésion avec son système culturel. Les connaissances scientifiques que possède le patient ne sont, de plus, que partielles et limitées. Dès lors, comme le souligne Raymond Massé, anthropologue : « *la décision d'adhérer au système de la médecine scientifique peut constituer pour le patient un véritable acte de foi.* » (8).

2. Les conditions du patient à la pénétration des croyances

La pénétration des croyances dépendait du patient. Les médecins généralistes de notre étude constatent que certains de leurs patients ont tendance à séparer ce qui concerne la médecine conventionnelle de ce qui appartient au domaine de leurs croyances et des pratiques qui en découlent.

Une enquête sur l'utilisation des plantes médicinales a été effectuée auprès de patients consultant un médecin généraliste à la Réunion (9).

La majorité des patients disaient souhaiter que leurs médecins connaissent les plantes médicinales qu'ils utilisent cependant la plupart des patients n'en parlaient pas. Certains pensaient qu'il était inutile d'aborder le sujet avec leur médecin et d'autres estimaient que le sujet ne faisait pas partie de la médecine générale.

A également été évoquée la peur de la réaction du médecin, soit par son incompréhension ou simplement par son manque d'intérêt, alors que la phytothérapie locale fait partie intégrante du quotidien de ces réunionnais. Dans notre étude, le médecin suppose que lorsque son patient n'évoque pas ses croyances, c'est par crainte de la réaction du médecin.

La majorité des répondants de cette étude étaient des femmes, ce qui correspond à la fréquentation reconnue par l'INSEE en 2005 à la Réunion au sein des cabinets des médecins libéraux (67% de consultants sont des femmes et en particulier de 16 à 34 ans). Les médecins de notre étude ont confirmé que les croyances étaient plutôt évoquées par les femmes.

3. La fonction du médecin pour le patient vu par le médecin

Le médecin perçoit une attente de son patient : qu'il garde son rôle de conseiller à l'égard des croyances et pratiques.

Les patients interrogés dans l'étude de Julie Dutertre (9) ont explicité les raisons pour lesquelles les patients souhaiteraient que le médecin connaisse leur utilisation de plantes :

- Une connaissance tant d'un point de vue professionnel que personnel pour le médecin.
- Un rôle de conseiller par le médecin quant à cette utilisation.
- Une connaissance des plantes permettrait d'éviter les interactions avec les médicaments.

Il importe avant tout aux médecins de notre étude de maîtriser les risques liés à l'utilisation de médecine traditionnelle. Cette maîtrise passe par le dialogue entre le patient et son médecin. Le médecin garde finalement son rôle de conseiller bienveillant face aux pratiques traditionnelles.

4. Un contexte propice

Selon les médecins interrogés, pour qu'un patient puisse évoquer ses croyances en consultation, il doit se trouver face à un médecin qu'il pense accessible, disponible, ouvert, que la consultation se déroule dans un environnement favorable et qu'il n'y ait pas la barrière de la langue. Le patient apprécie de ne pas sentir de jugement de la part du médecin. Il se confie plus facilement à un médecin dont l'origine est proche de la sienne. Il importe d'ailleurs aux médecins de s'adapter à leurs patients.

Un travail de thèse sur la prise en charge des patients migrants (10) explorait de nombreux thèmes qui font écho à notre étude. La relation médecin-patient était complexe et requérait du médecin, des compétences qui lui permettraient de réaliser une analyse profonde de la situation et de l'empathie. Il devait s'adapter à son patient et en permanence, remettre en question sa propre personne et ses pratiques. Ainsi, le patient pourrait se confier, sans crainte d'être jugé, rejeté ou incompris. Les difficultés de communication relevaient à la fois du registre linguistique et culturel, l'établissement d'une véritable relation nécessitait de maîtriser la langue du patient.

Les patients migrants ayant une origine autre que celle du médecin présenteront inéluctablement des référentiels, des façons d'agir et de réagir différents. Ceci

pouvait avoir des conséquences sur les comportements d'observance, la notion d'urgence, l'assiduité du suivi.

5. Croyances et parcours de soins

Les médecins constatent que leurs patients ont recours aux médecines traditionnelles face à des impasses diagnostiques ou thérapeutiques de la médecine conventionnelle. Il peut également s'agir de l'impression du patient que le traitement ne réponde pas à ses attentes. Les patients peuvent se tourner vers de telles pratiques à l'annonce d'un pronostic sombre, multipliant les recours, afin de rechercher une efficacité. Bien que ces pratiques semblent concerner les milieux sociaux défavorisés, il ne s'agit que d'une apparence.

La thèse de Sylvie Maurin (11) « *Pourquoi a-t-on encore recours aux guérisseurs à l'heure actuelle ?* » a montré que le recours aux guérisseurs était encore très fréquent en 2006, en France. Les motifs de consultation concernaient essentiellement des affections chroniques ou récidivantes, responsables d'une gêne quotidienne voire d'un véritable handicap, venaient ensuite les troubles mentaux. Ils représentaient 12% des motifs de recours. Il s'agissait dans la moitié des cas de problèmes de dépression, puis les angoisses et les troubles du sommeil. L'étude a tenté de décrire la population ayant ce type de recours : la population de tranche d'âge 16 – 64 ans et appartenant à la classe sociale moyenne semblait la plus concernée. Toutes tranches d'âges confondues, les femmes avaient plus souvent recours aux guérisseurs que les hommes.

L'étude menée en 1997 par le Centre de Recherche et de Documentation en Economie de Santé (CREDES) a eu pour objet de définir la population ayant recours aux guérisseurs et ses motivations (12). Les résultats de ce travail montraient que le recours aux guérisseurs est encore présent de nos jours et a une place réelle dans la prise en charge de la maladie. Les classes sociales élevées semblaient préférentiellement se tourner vers des pratiques dites « récentes » dans cette étude : les médecines non conventionnelles. Cela ne conforte pas un point de notre étude : la fréquence des recours pour les pathologies cancéreuses était faible.

Un bulletin de l'OMS cité dans l'étude regroupait plusieurs études : une large proportion n'informait pas leur médecin sur le fait de fréquenter un guérisseur et utilisait les médecines parallèles en complément de la médecine scientifique, plus

dans un but de prévention que de traitement d'une maladie. Une majorité (80%) consultait un guérisseur parce que les traitements conventionnels reconnus et remboursables n'avaient pas résolu leur problème ; ils cherchaient donc une méthode plus radicale et une minorité (20%) avaient recours à un guérisseur par culture familiale.

6. L'histoire personnelle du médecin

Le médecin est avant tout un être humain avec son héritage culturel et familial.

Byron Good, a analysé la manière dont sont formés les étudiants en médecine dans les grands centres universitaires. Les études médicales constituent une initiation à un monde totalement nouveau, un langage nouveau, avec ses règles et hiérarchies étrangers au monde des croyances. Le futur médecin apprend alors une toute nouvelle culture qui vient compléter la sienne (13).

D'ailleurs les médecins de notre étude, dans un premier temps, disent ne pas avoir d'expérience en matière de médecine traditionnelle puis en réfléchissant en évoquent une.

Benoite Denis a effectué une étude sur la médecine populaire des poussées dentaires (14). Elle montrait que le médecin, ne pouvait s'extraire du bain culturel dans lequel il vit, ni s'affranchir de son héritage historique. Les soignants fonctionnaient avec leurs propres représentations et leurs pratiques n'étaient pas exemptes des modes de pensée et des pratiques qui leur avaient été transmis par les générations antérieures.

François Laplantine, anthropologue, (15) souligne que bien que la médecine se soit construite en s'éloignant de certaines croyances, elle n'en est pas totalement dépourvue. Elle a en permanence affaire à l'imaginaire : au propre imaginaire de la médecine (croyance en un modèle de science expérimentale, sentiment de toute-puissance, concept de guérison, etc.), à celui du patient et également à celui du médecin qui avant d'être un professionnel est avant tout un homme.

Une étude a exploré l'influence de la position de soignant sur la prise en charge de la douleur (16) partant de l'idée que si les représentations varient selon les individus, elles varient également chez un même individu, en fonction des situations et du contexte dans lequel il travaille.

Les médecins interrogés sont conscients que leurs propres représentations et leur personnalité ont un impact dans leurs interactions avec les croyances de leurs patients.

En médecine, nous observons des faits scientifiques, quantifiable mais nous ne nous attardons pas sur les sentiments alors que la profession de soignant expose à développer l'empathie. Les médecins font face à leurs propres sentiments et émotions lors des consultations.

Au cours des Journées de Médecine Générale en 2011, (10) un débat avait été proposé lors d'un atelier : chaque participant devait recenser les soucis qu'il rencontrait lors de la prise en charge d'un patient migrant. Il en ressortait que les médecins étaient souvent déstabilisés par l'incompréhension et le manque de repères face à ces patients qui possèdent des référentiels souvent éloignés des nôtres. Cela rappelle les ressentis évoqués par les médecins de notre étude.

7. Exploration des croyances : un nouvel enseignement ?

Au terme du deuxième cycle des études médicales, les étudiants auront les connaissances théoriques requises pour diagnostiquer et traiter les pathologies les plus rares et les plus délicates. (14)

Dans ce contexte, la rencontre de la médecine générale est souvent déconcertante pour les étudiants. La médecine hospitalo-universitaire, encore appelée « médecine savante » est en rupture avec le domaine de la croyance. Et pourtant, comme nous le dit François Laplantine (15), *« croire en une médecine scientifique, en un corps humain universel, en un déterminisme biologique seul, n'est-ce pas encore croire ? Le modèle de la science expérimentale n'est-il pas un leurre pour la médecine ? Si la médecine poursuit aujourd'hui une ambition scientifique, elle ne peut se réduire à être une science : son objet d'étude n'est justement pas un objet, mais bien un sujet, constitué d'un corps et d'un esprit mêlés, uniques et donc par essence non universalisables. C'est là toute l'ambivalence de cette médecine dite « scientifique ». »*

Les médecins soulignaient l'intérêt d'une sensibilisation plus importante aux croyances du patient afin que le futur soignant ne les perçoive pas comme un frein aux soins, mais qu'il puisse apprendre à les utiliser pour renforcer l'alliance

thérapeutique du patient. L'enseignement est présent, cependant il a lieu trop tôt dans le cursus lorsque les préoccupations de l'étudiant sont focalisées sur l'apprentissage de la théorie plus que sur la pratique. Il serait intéressant d'intégrer à l'enseignement de troisième cycle un module d'ethnomédecine.

8. La quête du sens

Une méconnaissance de l'Autre dans la relation soignant-soigné peut très vite mener à des malentendus qui provoqueront, entre autres, un manque de confiance, une rupture de suivi, une inobservance thérapeutique de la part des patients ainsi qu'un sentiment de frustration et d'incompréhension de la part du personnel soignant (17).

Kleinman a défini des « modèles explicatifs » de la maladie (18). Ceux-ci « cherchent à expliquer la maladie selon cinq axes : l'étiologie, le moment et le mode d'apparition des symptômes, la physiopathologie, l'évolution du trouble (avec le degré de sévérité, le type d'évolution aiguë, chronique...) et le traitement ». Ils ne sont qu'en partie conscients.

Ils sont liés à l'expérience du patient, à ses représentations ainsi qu'à celles des soignants et de l'entourage du patient. Ces modèles sont liés au patient et ne sont pas figés mais peuvent évoluer et se modifier complètement. Ce n'est pas uniquement la culture du patient qui les détermine. Ainsi tout au long de sa prise en charge, le modèle explicatif du patient sera confronté au modèle explicatif du médecin. Le patient pourra :

- adopter le modèle de son médecin, tout en conservant le sien.
- attribuer plus d'importance à son modèle qu'à celui de son médecin.
- ne garder qu'un des deux modèles.
- construire un nouveau modèle grâce à d'autres informations.

Une étude explorant les représentations des maladies chez des patients hypertendus originaires d'Afrique noire ayant migré en France conforte nos résultats (5).

La représentation que va développer un individu de sa maladie lui permet d'assimiler une réalité et de la faire sienne. Ainsi, il pourra trouver des repères à travers son propre système de références. La façon dont il va comprendre et intégrer sa maladie a un lien avec son histoire, ses connaissances, son vécu et sa culture propre.

Prendre en compte les représentations du patient permet d'améliorer sa prise en charge, ayant une vue plus générale de celui-ci.

Les systèmes de soins sont composés de trois secteurs vers lesquels les patients peuvent se tourner : le « secteur populaire », le « secteur professionnel » et le « secteur traditionnel ». Différents facteurs pousseront chaque individu à faire confiance à l'un ou l'autre des secteurs : ses croyances par rapport à la cause d'une maladie, les traitements qu'il voudra utiliser, sa perception de la place du malade, la notion de pouvoir dans la société et l'accessibilité des soins.

- Le « secteur populaire » englobe l'entourage du patient : famille, amis, voisinage, environnement professionnel. C'est le secteur le moins étudié mais le plus important car c'est à partir de ce secteur que commence la prise en charge. L'automédication y est importante, tout comme la prévention.
- Le « secteur professionnel » est composé des professions de santé organisées et reconnues, notamment la médecine conventionnelle.
- Le « secteur traditionnel » regroupe les tradipraticiens. L'usage de la religion et du sacré y est fréquent.

Le patient utilise donc ces trois secteurs pour se soigner, à des degrés divers. Chacun de ces secteurs a des interprétations différentes de la maladie : les soins sont mis en place en fonction de ces interprétations.

Le médecin interrogé saisit parfaitement ce qui pousse le patient à se tourner vers d'autres recours. Le recours à la médecine traditionnelle prend du sens lorsque les explications scientifiques (médicales, statistiques, génétiques, psychologiques) ne répondent pas de façon satisfaisante à toutes les questions que se posent l'individu confronté à la maladie.

Ces formes de médecines peuvent alors offrir au patient d'autres modèles explicatifs et sont pour lui souvent sources d'apaisement et de réconfort. Il est donc intéressant de ne pas opposer ces pratiques et de les intégrer dans l'itinéraire thérapeutique du patient (10).

9. Une pratique médicale différente

La prise en compte des croyances en consultation de médecine générale amène le médecin à modifier sa prise en charge. Les médecins de notre étude se décrivent comme attentifs et à l'écoute de leurs patients bien qu'il s'agisse d'un domaine où ils

n'ont pas de compétence. Ils se considèrent comme des personnes de confiance et des conseillers.

Le rôle du médecin généraliste est énoncé par la WONCA Europe qui préconise l'utilisation d' « *un mode de consultation spécifique* » et la construction « *dans la durée d'une relation médecin-patient basée sur une communication appropriée* » (19).

Dans une société qui nous offre un panel de cultures diverses et variées, il est parfois difficile d'appréhender toutes leurs facettes. Différentes représentations de la vie, du vivant, de la maladie, de la mort déplacent nos repères et peuvent conduire à des ruptures et des situations d'impasse.

Au-delà de ses connaissances médicales scientifiques, le médecin se doit d'avoir des connaissances anthropologiques et sociologiques sur la population qu'il fréquente afin d'entretenir une relation médecin-patient de qualité. Le médecin généraliste occupe lui une position favorable pour « *rencontrer l'homme derrière sa plainte et agir en profondeur en ne méconnaissant pas la singularité de son patient* ».

Reprenant les travaux de Benoit Denis, nous constatons que le partage des connaissances permet d'accéder à une décision conjointe du médecin et du patient. Les répercussions sont très concrètes pour l'exercice, notamment dans l'amélioration de l'observance du traitement médicamenteux. Il serait intéressant de considérer le savoir populaire comme un ensemble de connaissances, qui n'est pas forcément opposé au savoir scientifique. La finalité de la connaissance médicale (profane et professionnelle) ne serait plus alors le traitement d'une maladie en tant que réalité biophysique, mais bien le soin efficient et global d'un individu, en cohérence avec ses représentations et son système de pensée (14).

Les médecins de notre étude en sont conscients et peuvent envisager une certaine complémentarité des recours.

Finalement, la consultation de médecine générale à la Réunion correspondrait à une consultation transculturelle. Les compétences cliniques transculturelles sont un ensemble d'attitudes, de connaissances et de savoir-faire permettant de prodiguer des soins de qualité à des patients d'origine socioculturelles et linguistiques diverses. La clinique transculturelle s'inscrit dans le domaine de l'ethnopsychanalyse dont G. Devereux est un des pionniers. Cette pratique combine deux corpus, celui de la psychanalyse et de l'anthropologie, pour comprendre et soigner, en tenant compte

des éléments culturels : ce courant « *ne s'intéresse pas exclusivement à la représentation de la maladie en soi mais analyse comment les interprétations de la maladie agissent parallèlement aux processus sociaux, psychologiques et physiologiques pour produire des formes et des trajectoires distinctes de la maladie* » (10).

Le médecin parvient à adapter sa pratique aux croyances du patient, s'ouvrant à une prise en charge que l'on pourrait qualifier d'holistique. La WONCA Europe en 2002 a validé une définition consensuelle de la médecine générale. Un des items l'a défini comme répondant aux problèmes de santé dans leurs dimensions physiques, psychologiques, sociales, culturelles et existentielles.

La maladie ou les symptômes n'ont de sens et ne peuvent être compris par le médecin généraliste qu'en tenant compte de la manière dont le patient les perçoit. La vision médicale objective d'une maladie ne suffit pas à soigner un patient. Il faut prendre en considération le vécu subjectif de cette maladie à travers ses symptômes. D'après la WONCA Europe, la médecine générale « *développe une approche centrée sur la personne dans ses dimensions individuelles, familiales et communautaires* ».

IV. PROPOSITIONS

Il serait intéressant de comparer cette étude à une évaluation de la place des croyances en consultation du point de vue du patient. La recherche bibliographique n'a pas retrouvé d'étude à la Réunion à ce propos. Il pourrait s'agir d'une étude qualitative sous la forme d'entretiens semi dirigés auprès des patients.

Il serait également intéressant d'explorer le point de vue des praticiens exclusivement de médecine non conventionnelle, tels que l'homéopathie, l'acupression, la médecine traditionnelle chinoise, la médecine ayurvédique, la sophrologie, la mésothérapie, l'aromathérapie ou l'auriculothérapie etc. (20). Il conviendrait de comparer l'impact des croyances avec ces disciplines.

CONCLUSION

Les origines du peuplement de l'île de la Réunion permettent de comprendre la construction de la médecine traditionnelle réunionnaise empreinte de croyances et de rites et de son influence toujours présente à l'heure de l'eSanté.

L'objectif de ce travail était d'étudier la place des croyances populaires en consultation de médecine générale à la Réunion selon le point de vue des médecins généralistes. Il a consisté en une étude descriptive qualitative, avec une démarche inductive utilisant le principe de la théorisation ancrée.

Les croyances pénétraient la consultation de médecine générale à plusieurs niveaux : l'anamnèse, le diagnostic, la thérapeutique et l'observance. Les médecins exerçant à la Réunion arrivaient à identifier les croyances populaires de leurs patients et tentent de les comprendre car elles côtoient volontiers la consultation. Les médecins sont conscients que leur interaction avec ces aspects de leurs patients dépendent de leurs propres croyances et représentations, de leur personnalité et de leurs ressentis.

Les croyances peuvent interférer avec la démarche diagnostique, avec la thérapeutique et avec l'observance. Les médecins tentent de comprendre les raisons des patients, de multiplier les recours dans leur parcours de soins.

Bien que ce domaine soit inexplicable, impalpable et étranger à la médecine conventionnelle, les médecins sont conscients de l'existence des croyances. Ils souhaitent accompagner leurs patients même si leur prise en compte peut impliquer des modifications de démarche clinique. Le médecin décide de s'adapter aux croyances de son patient allant jusqu'à les intégrer dans son arsenal thérapeutique, éventuellement en association avec la médecine traditionnelle. Le médecin s'ouvre alors à une prise en charge holistique de son patient.

En choisissant d'intégrer les croyances à sa consultation et de tenter d'en maîtriser les interactions, le médecin consolide sa relation médecin-patient et peut obtenir une alliance thérapeutique optimale.

Il serait intéressant de confronter les résultats à une étude de la place des croyances du point de vue du patient ou de s'intéresser au point de vue de praticiens de médecine non conventionnelle.

BIBLIOGRAPHIE

I. BIBLIOGRAPHIE CITEE

1. Bettioui J, Guiguen C, Université de Rennes 1, Université européenne de Bretagne. Les croyances populaires sur les vers: du mythe à la réalité Une enquête en Bretagne ; 2010.
2. Lacroix S, Lesure J-F, Université de Bordeaux II. Croyances et pratiques populaires à propos de la santé de l'enfant à l'île de la Réunion. [Bordeaux] ; 2000.
3. Joly P, Taïeb O, Abbal T, Baubet T, Moro M-R. Représentations culturelles, itinéraires thérapeutiques et santé mentale infantile en Guadeloupe. La psychiatrie de l'enfant. 2005;48(2):537-75.
4. Bongo Ziebelen M-N, =Université Paris Descartes. Paris. FRA / com.
Le recours à la médication traditionnelle avant l'arrivée aux urgences : le cas du Gabon. 2012.
5. Fonga S, Marmié L, Université Pierre et Marie Curie (Paris), UFR de médecine Pierre et Marie Curie. Représentations de la maladie chez des patients hypertendus originaires d'Afrique Noire ayant migré en France. 2014.
6. Ruchou I, Defer R, Université d'Aix-Marseille II, Faculté de Médecine. Pratiques traditionnelles à la Réunion. 1995.
7. Martins M de FV, Remoaldo PCA. Mythes et croyances pendant la grossesse dans la région nord-ouest du Portugal et ses implications dans la santé des femmes. Recherche en soins infirmiers. (90):75-85.
8. Masse R. Culture et santé publique. Les contributions de l'anthropologie à la prévention et la promotion de la santé. Montréal: Gaëtan Morin éditeur; 1995.

9. Dutertre J-M, =Université Victor Segalen Bordeaux 2. Bordeaux. FRA / com. Enquête prospective au sein de la population consultant dans les cabinets de médecine générale sur l'île de la Réunion : à propos des plantes médicinales, utilisation, effets, innocuité et lien avec le médecin généraliste. 2011.
10. Federici, L. La prise en charge des patients migrants en médecine générale : soigner mieux en connaissant plus. 2013.
Disponible sur: <http://www.cmge-upmc.org/IMG/pdf/federici-these.pdf>
11. Maurin S, Marissal P, Université Claude Bernard (Lyon). Pourquoi a-t-on encore recours aux guérisseurs à l'heure actuelle ? ; 2006.
12. Dumesnil S, Grandfils N, Le Fur P, Grignon M, ordonneau C, sermet C, et al. Santé, soins et protection sociale en 1997. Enquête sur la santé et la protection sociale. Paris: CREDES; 1999.
13. Vidal L. Byron J. Good, Comment faire de l'anthropologie médicale ? Médecine, rationalité et vécu. L'Homme. 1999;39(150):263-6.
14. Denis B, Huez J-F, Université d'Angers. La médecine populaire des poussées dentaires approches biomédicale, anthropologique et psychanalytique; 2010.
- 15 Laplantine F, Rabeyron P-L. Les Médecines parallèles. Paris: Presses Universitaires de France; 1987.
16. Peoc'h N, Lopez G, Castes N. Représentations et douleur induite : repère, mémoire, discours... Vers les prémises d'une compréhension. Recherche en soins infirmiers. (88):84-93.
17. Relation soignant-soigné en contexte multiculturel (n°9) [Internet]. [cité 2 août 2016]. Disponible sur: <http://www.cultures-sante.be/nos-outils/les-dossiers-thematiques/item/61-relation-soignant-soigne-en-contexte-multiculturel-n-9.html>

18. Taïeb O, Heidenreich F, Baubet T, Moro M. Donner un sens à la maladie: de l'anthropologie médicale à l'épidémiologie culturelle. MEDMAL Médecine et Maladies Infectieuses. 2005;35(4):173-85.

19. Allen J, Gay B, Crebolder H, Heyrman J, Svab I, Ram P. Les définitions européennes des caractéristiques de la discipline de médecine générale du rôle du médecin généraliste et une description des compétences fondamentales du médecin généraliste – médecin de famille. Europe : Wonca ; 2002. 52p

20. Bach S, Piotton S, Vilarino R, Waelti F. Les médecines parallèles 06_r_medecines_paralleles.pdf [Internet]. [cité 29 juill 2016]. Disponible sur: http://www.medecine.unige.ch/enseignement/apprentissage/module4/immersion/archives/2005_2006/travaux/06_r_medecines_paralleles.pdf

II. BIBLIOGRAPHIE LUE

Andoche J. L'interprétation populaire de la maladie et de la guérison à l'île de la Réunion - Persée [Internet]. [cité 17 août 2016]. Disponible sur: http://www.persee.fr/doc/sosan_0294-0337_1988_num_6_3_1108.

Benoist J. Anthropologie médicale en société créole. Paris: Presses universitaires de France; 1993. (Les Champs de la sante).

Cousin J. Deux ans de travail en pmi à Madagascar. Enfances & Psy. 2003;no24(4):123-30.

Dijoux F, Aubry G, Eches R. Journal d'un exorciste. Saint-André (305 rue de la Communauté, 97440): Océan éd.; 1995.

Enjolras F. Incidence du pronostic sur la construction des modèles explicatifs de la maladie d'Alzheimer à l'île de la Réunion. Sciences sociales et santé. 2005;23(3):69-94. PERSEE. http://www.persee.fr/doc/sosan_0294-0337_2005_num_23_3_1660

Fuma S, Poirier J. Métissage, hétéroculture et identité culturelle : le défi réunionnais, in Métissages : linguistique et anthropologie, L'Harmattan, Paris : 205-222. I, Paris, L'Harmattan, 73-82, 1990.

Ghasarian C. La Réunion: acculturation, créolisation et réinventions culturelles. Ethnologie française. 3 oct 2007;32(4):663-76.

Laplantine F. La Maladie, la guérison et le sacré / ~~Sickness, its Cure and the Sacred.~~ [Internet]. PERSEE; 1982 [cité 18 août 2016]. Disponible sur: http://www.persee.fr/doc/assr_0335-5985_1982_num_54_1_2257

Massé R. Métissage des savoirs et itinéraires de soins et de santé mentale dans la Martinique d'aujourd'hui. Paradoxes du métissage. 2001.

Pourchez L. Tanbav sens et étiologie d'une maladie infantile à l'Île de la Réunion [Internet]. Chicoutimi: J.-M. Tremblay; 2008 [cité 18 août 2016]. Disponible sur: <http://dx.doi.org/doi:10.1522/030140640>.

Pourchez L. Grossesse, naissance et petite enfance en société créole: île de la Réunion. Paris; Saint-Denis: Karthala ; CRDP Réunion; 2002.

Pourchez L. Savoirs des femmes: médecine traditionnelle et nature : Maurice, Réunion, Rodrigues. Paris: Unesco; 2011.

L'intégration des guérisseurs traditionnels à la lutte contre le SIDA accroît l'accès aux soins et à la prévention en Afrique de l'Est: ONUSIDA étude de cas - jc761-ancientremedies_fr.pdf [Internet]. [cité 2 août 2016]. Disponible sur: http://data.unaids.org/Publications/irc-pub02/jc761-ancientremedies_fr.pdf

congo_deontology_traditional - s16499f.pdf [Internet]. [cité 2 août 2016]. Disponible sur: <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s16499f/s16499f.pdf>

Guérisseurs et médecins, interactions et stratégies. A propos du colloque «Médecine traditionnelle et sida » - Persée [Internet]. [cité 18 août 2016]. Disponible sur: http://www.persee.fr/doc/jda_1156-0428_1995_num_60_1_1896

ANNEXE 1

CANEVAS D'ENTRETIEN 1

Bonjour,

Ma thèse explore la place des croyances populaires en consultation de médecine générale à la Réunion. Quand je parle des croyances populaires, cela fait écho à la médecine traditionnelle donc on va inclure les croyances autour de la phytothérapie, les techniques du corps (massages, passes), les guérisseurs, les « garantis ». L'entretien n'est pas figé, vous êtes libre d'évoquer ce qui vous paraît important.

- Pouvez-vous me faire part d'une expérience personnelle de médecine traditionnelle ?
- Pouvez-vous me faire part d'une expérience professionnelle de médecine traditionnelle ?

CANEVAS D'ENTRETIEN FINAL

Ma thèse explore la place des croyances populaires en consultation de médecine générale à la Réunion. Quand je parle des croyances populaires, cela fait écho à la médecine traditionnelle donc on va inclure les croyances autour de la phytothérapie, les techniques du corps (massages, passes), les guérisseurs, les garantis.

L'entretien n'est pas figé, vous êtes libre d'évoquer ce qui vous paraît important.

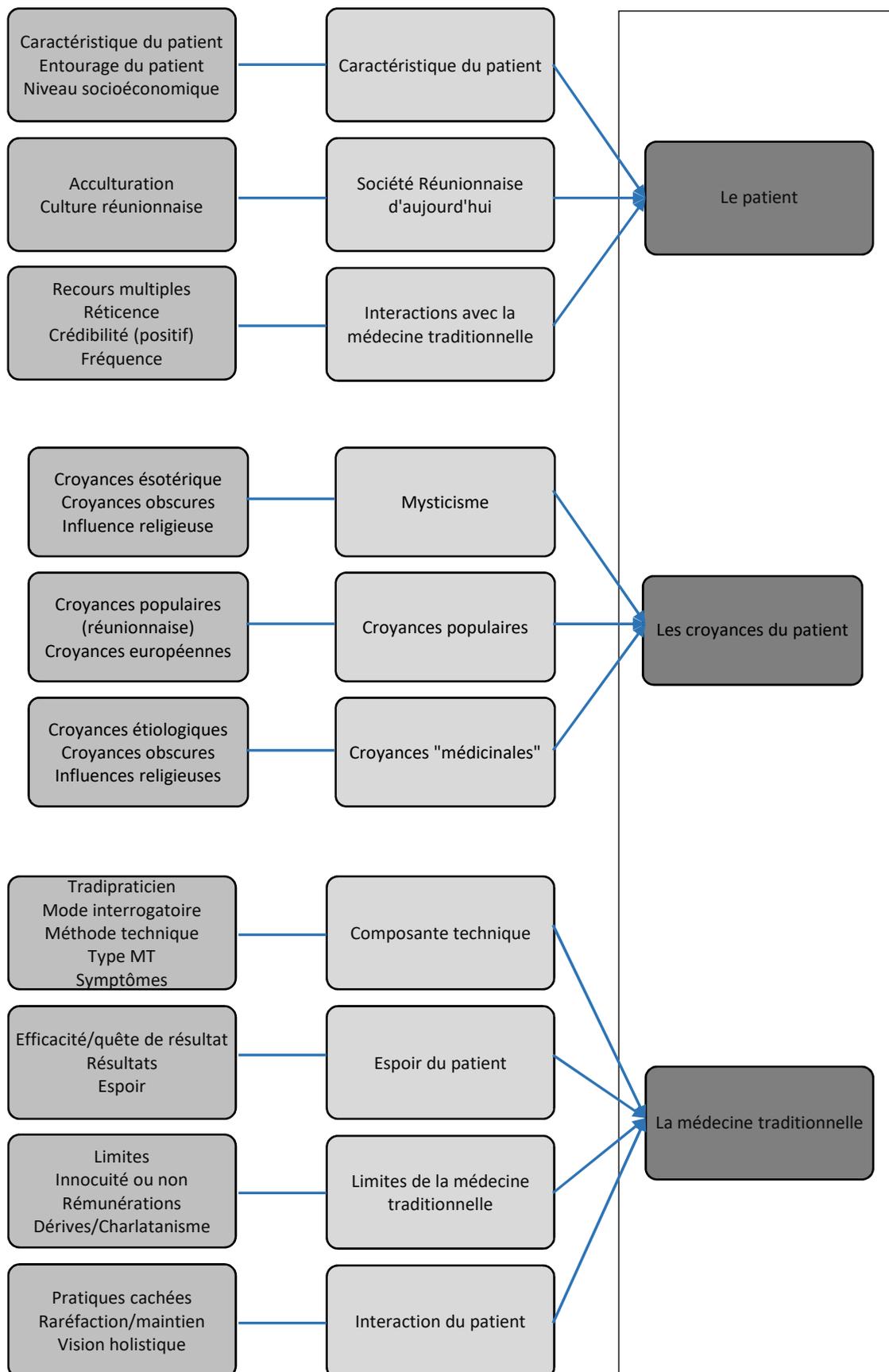
- Pouvez-vous me faire part d'une expérience personnelle de médecine traditionnelle ?
- Pouvez-vous me faire part d'une expérience professionnelle de médecine traditionnelle ?

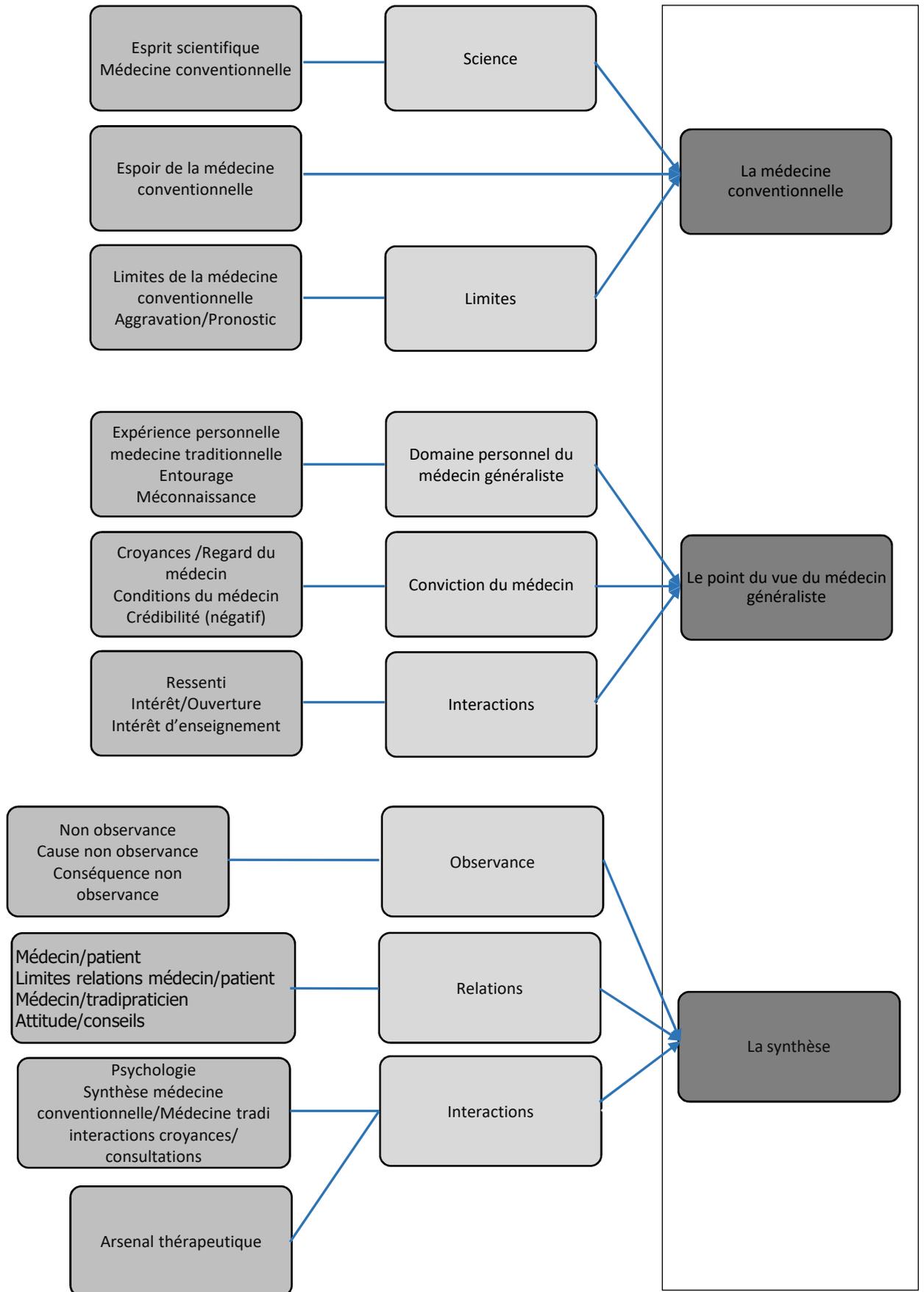
Questions de relance :

- Quels sont les symptômes que les patients rattachent volontiers au monde des croyances ? Pour ces symptômes avez-vous un diagnostic ?
- Qui sont ces patients qui ont des croyances ?
- Quel est votre discours par rapport à ces croyances ? Est-ce que vous les encouragez, les tolérez ou les contre-indiquez ?
- Que constatez-vous des recours à la médecine traditionnelle, observez-vous des réussites ? Quelles sont les causes des maux ?
- Quel type de tradipraticien vos patients vous évoquent ils ?
- Etes-vous ouvert à adresser un patient à un tradipraticien ?
- Avez-vous déjà eu un échange direct avec un tradipraticien concernant un patient ?
- Pensez-vous qu'il y ait des dérives par rapport à ces croyances (charlatanisme, inobservance thérapeutique...) ?

- Que pensez-vous de cette recherche de recours multiples ? Est-ce que vous avez l'impression qu'un temps on côtoie la médecine académique, la nôtre, et un temps on côtoie ces médecines parallèles ?
- Est-ce que vous pensez que les croyances puissent être un frein à notre prise en charge ou au contraire une aide pour la prise en charge des patients ?
- Pensez-vous que la pénétration des croyances dépende de la personnalité du médecin ?
- Que pensez-vous de l'enseignement, de la formation par rapport à ces croyances ?
- A votre arrivée dans l'île, étiez-vous préparé à ce monde-là ?
- Globalement que pensez-vous des croyances ?
- Comment vous sentez vous face à ces croyances ?
- Pensez-vous que les patients parlent volontiers de leurs croyances en consultation ou faut-il les questionner ? Comment en vient-on à parler de ses croyances et de ses recours à la médecine traditionnelle ?
- Pensez-vous qu'il y ait des choses que les patients ne nous disent pas, que certains domaines malgré tout restent tabous ?
- Avez-vous constaté une évolution depuis le début de votre exercice (de votre part, de la part du patient) ?
- Avez-vous constaté une évolution dans la persistance des croyances ou leurs expressions ?
- Qu'utilisez-vous dans votre arsenal thérapeutique ?

THEMES





RESUME

Les origines du peuplement de l'île de la Réunion permettent de comprendre la construction de la médecine traditionnelle réunionnaise empreinte de croyances et de rites et de son influence toujours présente à l'heure de l'eSanté. Dans ce contexte, il s'agissait d'étudier, du point de vue des médecins, la place des croyances populaires en consultation de médecine générale.

Ce travail a consisté en une étude descriptive qualitative, avec une démarche inductive sur le principe de la théorisation ancrée. Le recueil des données a été réalisé sous forme d'entretiens face à face compréhensifs auprès de douze médecins généralistes de Mars 2015 à Avril 2016.

Les résultats montrent que les croyances pénétraient la consultation de médecine générale à plusieurs niveaux : l'anamnèse, le diagnostic, la thérapeutique et l'observance. Les médecins exerçant à la Réunion arrivaient à identifier les croyances populaires de leurs patients et tentaient de les comprendre car elles côtoyaient la consultation. Les médecins étaient conscients que leurs interactions avec ces aspects de leurs patients dépendaient de leurs propres croyances et représentations, de leur personnalité et leurs ressentis.

Les croyances pouvaient interférer avec la démarche diagnostique, avec la thérapeutique et avec l'observance. Bien que le domaine des croyances soit étranger à la médecine conventionnelle, les médecins en tenaient compte et souhaitaient accompagner leurs patients même si cela impliquait des modifications de démarche clinique. Les médecins pouvaient même les utiliser dans un but thérapeutique et s'ouvraient à une prise en charge holistique du patient.

En choisissant d'intégrer les croyances à sa consultation et de tenter d'en maîtriser les interactions, le médecin peut entrevoir une consolidation de sa relation médecin-patient et tenter d'obtenir une alliance thérapeutique optimale.

SUMMARY

The origins of Reunion Island's colonisation allow us to understand the construction of traditional Reunionese medicine- marked with beliefs and rites- and its lasting influence at the time of e-Health. In this context, it was important to define the place of popular beliefs in general practice consultations from the doctors' viewpoint.

The present work comprised a descriptive and qualitative study with an inductive approach based on the principle of grounded theory. The collection of data took the form of inclusive face to face interviews with a dozen general practitioners from March 2015 to April 2016.

The results show that the beliefs would infiltrate general practice consultations at several levels : the anamnesis, the diagnosis, the therapeutics and the observance. The doctors who practise in Reunion Island managed to identify their patients' popular beliefs and would try to grasp them as they entered the consultation. The doctors were aware of the fact that their interactions with these aspects of their patients' identity depended on their own beliefs and representations, on their personality and their feelings too.

The beliefs could interfere with the diagnosis process, with the therapeutics and with the observance. The general practitioners took into account the fact that popular beliefs are unconcerned by conventional medicine and wished to accompany their patients even if this implied modifying their clinical approach. The doctors would even use these beliefs for therapeutic purposes and opened themselves to a holistic care of the patient.

By choosing to integrate popular beliefs to the consultation and trying to master their interactions, doctors can foresee the strengthening of the doctor-patient relationship and try to build an optimal therapeutic alliance.

DISCIPLINE: MEDECINE GENERALE

MOTS-CLES: Croyance, médecine générale, soins primaires, ethnomédecine, belief, general practice, primary care, ethnomedicine

INTITULE ET ADRESSE DE L'U.F.R. : U.F.R. des Sciences Médicales 146 rue Léo Saignat 33076 Bordeaux cedex Espace Santé

LE SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.