

UNIVERSITE DE PICARDIE JULES VERNE
FACULTE DE MEDECINE D'AMIENS

ANNEE : 2018

N° 2018-195

**PERCEPTION DES « REMEDES DE GRAND-MERE »
PAR LES MEDECINS GENERALISTES DE LA
SOMME**

Etude qualitative auprès de médecins généralistes

THESE POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE (DIPLOME D'ETAT) SPECIALITE
MEDECINE GENERALE PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT

LE 20 DECEMBRE 2018

PAR

LECLERCQ Marie

Née le 6 novembre 1990

Le Président de Jury : **Madame le Professeur Rachel DESAILLOUD**

Les Juges : **Madame le Professeur Catherine LOK**
Madame le Professeur Catherine BOULNOIS

Monsieur le Professeur Jean SCHMIDT

Le directeur de thèse : **Monsieur le Docteur Patrice NOUGEIN**

REMERCIEMENTS

A mon président de jury,

Madame le Professeur Rachel DESAILLOUD
Professeur des Universités – Praticien Hospitalier
(Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques)

Vous me faites l'honneur de présider ce jury.
Recevez à cette occasion l'expression de ma gratitude.

A mes juges,

Madame le Professeur Catherine LOK

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier

(Dermatologie-Vénérologie)

Assesseur du 3ème cycle

Chef de Service de Dermatologie, CHU Amiens-Picardie

Chef du pôle des 5 sens

*Vous me faites l'honneur d'avoir accepté de juger mon travail,
Veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements et de mon profond respect.*

Madame le Professeur Catherine BOULNOIS
Professeur de Médecine générale
Coordonnateur du DES de Médecine Générale

Je vous remercie beaucoup d'avoir accepté de siéger parmi les membres de ce jury.
Soyez assurée de mon profond respect.

Monsieur le Professeur Jean SCHMIDT
Professeur des Universités - Praticien Hospitalier
Médecine interne

Vous me faites l'honneur d'avoir accepté de participer à ce jury.
Recevez mes sincères remerciements.

A mon directeur de thèse,

Monsieur le Docteur Patrice NOUGEIN

Médecin généraliste

Maître de Stage Universitaire – Enseignant au Département de Médecine Générale

Merci d'avoir accepté d'être mon directeur de thèse.

Merci de votre disponibilité qui a permis de m'orienter dans ce travail.

Remerciements,

A mes parents, Merci de m'avoir soutenu et encouragé tout au long de ces études même dans les moments les plus difficiles. (Maman je sais que tu t'es parfois fait un « sang d'encre »). Merci de m'avoir appris à apprécier les choses simples. Merci pour l'éducation que vous m'avez donnée.

A Benjamin, pour toujours me suivre dans mes idées les plus tordues, pour avoir été présent tout au long de ce parcours, pour me pousser quand je crois abandonner, pour faire en 24h ce que l'on doit faire en 48, pour être toujours en retard, pour me reprendre sur mon accent « ch'ti », pour faire encore plein de projets. Merci pour ce que tu m'apportes au quotidien.

A Julien mon frère, pour toujours me suivre aux concerts de Jean-Lou et aux prochains !

A Sara ma sœur, pour les prochains galops dans les champs, le seul moment où nous sommes d'accord...quoi que !

A tata Odette, mes cousins Vivien et Yves, vous m'êtes chers, merci pour tout ;

A ma grand-mère Odette, j'ai beaucoup pensé à toi pendant l'écriture de cette thèse, tu incarnes pour moi le courage et la bienveillance. Les moments à vos côtés sont parmi les plus beaux de mon enfance.

A mes ardéch'tis, Jiji, pour nos reprises de Mercedes et Jeanine, pour nos tours de « solex » pour m'avoir donné le gout des randos, pour tout ce que l'on partage depuis plus de 15ans, merci d'être là ! Yo pour ton salto mémorable qui me donne toujours le sourire, pour m'avoir fait prendre un grade avec votre petite Lily !

A la bande de hipsters car sans vous je ne serais pas ici ! :

A mes chômeurs préférés : Manouch , pour toujours répondre à mes messages !! pour être toujours partante , je sais que je peux compter sur toi. Momo, pour ne jamais répondre à mes messages (j'exagère), pour ta spécialité : les gnocchis au gorgonzola !! pour notre FMC des bg !

A Dianou pour nous supporter lorsque l'on parle médecine !

A Tatïe, parce que chez tatïe t'as tout, pour ta passion pour les guides-verts , pour quasimodo del Mouguerre.

A Jib , pour le prochain carnaval de dk beach , pour avoir les meilleurs photos dossiers du groupe !

Aux p'tits fieux , Sarah , pour les week-end limougeauds improvisés , pour les soirées « très mouvementées » , Martin, pour m'avoir fait goûter le meilleur boudin noir à la frairie des p'tits ventres !

Aux kikis , kiki et Max , pour la cueillette aux champignons dans la forêt de Mormal...et aux prochains repas au God !

A Romy , pour toujours répondre à mes questions, merci pour tes conseils et ton soutien tout au long de mes études !

A Xav, pour nous montrer des spécimens de carpe toujours plus fous ! Corinne pour nous faire découvrir la Suisse et Titi, merci pour vos encouragements

À la bande du poney club : Lulu, Nath, Francky , Julien, Christine , Delphine , Anne , Luc et ceux que je n'ai pas cité avec qui je partage ma passion.

A mes amis les chevaux et surtout à Kakoum pour m'évader quand j'en ai envie !

A ma belle-famille ,

Carole et Hubert pour toujours avoir ce qu'il faut sous le coude ! merci pour votre soutien, Benoit et « les p'tits » Juju et Alex qui sont maintenant grands !

*Jean-Luc, Olga , pour les week-end en Bretagne et les araignées , c'est toujours un délice! Ederm , je te dois toujours une paire d'écrase-*****, aux prochaines vacances à Lunax !*

Mr Pamart, pour la relecture de cette thèse, merci pour vos encouragements, c'est toujours un plaisir d'échanger vos anecdotes.

Nath, pour la prochaine sortie à « Maiüs » que l'on doit toujours se programmer, merci pour ton soutien.

Au reste de la famille et belle-famille que je n'ai pas cité, merci pour votre soutien.

Aux Skamarades, initialement amis de Ben, vous êtes devenus les miens : Matthieu, Aurélie , Max , Giusi , Thibaut , Ysaure , Ludo.

A mes co-internes elles et ils se reconnaîtront pour que mon internat ait été cool et pour m'avoir fait découvrir Amiens ! Lucie pour ton aide dans le codage de cette thèse.

Aux rencontres que j'ai pu faire au grès de mes stages et qui m'ont fait progresser, mes chefs qui m'ont beaucoup transmis et qui ont réussi à me faire aimer encore davantage mon métier.

Enfin, à ceux qui ne sont plus là et qui me manquent,

A mon grand-père Georges, j'aurai tellement aimé que tu sois là, tu as participé à mon parcours.

A Tonton Robert tu aurais bien réussi à trouver une petite blague et ça se serait fini par une partie de belotte à coup sûr !

A ma marraine Bernadette, à mes grands-parents Fénelon et Marie-Thérèse.

Cette thèse vous est dédiée.

TABLE DES MATIERES

I. PREAMBULE	23
II. INTRODUCTION	25
1. Définition des « remèdes de grand-mère »	25
2. Étymologie des « remèdes de grand-mère ».....	25
3. Les RGM au sein de la communauté scientifique.	26
III. MATERIEL ET METHODE	28
1. Type d'étude	28
2. Elaboration du guide d'entretien.....	28
3. Population étudiée	29
4. Déroulement des entretiens	29
5. Analyse des données	30
IV. RESULTATS	31
1. Les entretiens	31
2. Caractéristiques de l'échantillon	31
3. Analyse des résultats	32
A. Caractéristiques des « remèdes de grand-mère »	32
B. Perception des « remèdes de grand-mère » par les généralistes.	38
C. L'attitude du médecin généraliste face aux « remèdes de grand-mère »	45
D. Les motivations de l'emploi par les généralistes pour leurs patients.....	47
V. DISCUSSION	49
1. Forces et faiblesses de l'étude.....	49
A. La méthode	49
B. La population étudiée	49
2. Discussion des résultats.....	50
A. Définition des RGM par les MG	50
B. Domaines d'utilisation des RGM	51
C. Place de la femme dans la santé.	52
D. Éléments influant sur la perception des RGM par le généraliste.	54
E. Validité et reconnaissance scientifique des RGM	56
F. Apport de l'évolution de la relation médecin-malade dans l'attitude des MG face aux patients y ayant recours.	57
VI. CONCLUSION	60
VII. BIBLIOGRAPHIE	61
VIII. ANNEXES	63

1. Annexe 1 : SCRIPT D'ENTRETIEN (détaillé avec notes pour éventuelles relances)	63
2. Annexe 2 : Retranscription des entretiens (cd-rom)	65

LISTE DES ABREVIATIONS

RGM	« Remèdes de grand-mère »
MG	Médecin Généraliste
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
MCA	Médecine Complémentaire et Alternative

« Si les progrès médicaux nous ont heureusement sortis de l'obscurantisme il est cependant évident que les médecins, hommes ou femmes, n'incarnent pas seulement la science. Nous sommes certes munis de l'art et des savoirs élaborés par des méthodes expérimentales rigoureuses et scientifiquement reproductibles qui nous ont été enseignés dans les facultés. Nous mettons quotidiennement à l'épreuve ces connaissances dans nos propres pratiques. Fort heureusement aussi, les médecins sont des humains issus de cultures et de traditions parentales et sociales qui n'ont pas comme seule source la science et la rationalité. Nos pratiques médicales ne sont jamais totalement exemptes de ces modes de pensée hérités de nos éducations et des messages transmis par les générations passées. [...]

Tenter de reconnaître en nous ces croyances, ces images est une démarche humanisante car elle révèle la dimension universelle des êtres humains. C'est, de plus une démarche scientifique, analytique et synthétique, puisqu'elle peut nous permettre de détecter combien certaines de nos attitudes face à la maladie, à la souffrance, à la mort, combien certaines de nos conduites, de nos injonctions thérapeutiques sont des héritages du passé et témoignent d'une pensée issue de nos histoires personnelles et de nos attaches culturelles. Cette démarche est humanisante dans la mesure où elle nous montre que nous sommes des humains à l'égal des patients qui viennent nous demander notre aide. Nos savoirs ne nous transforment pas en êtres désincarnés habités par les seuls savoirs scientifiques. »(1)

Extrait de Pédiatrie croyances et rituels de soins S. GERBER.

I. PREAMBULE

Après avoir reçu la formation hospitalo-universitaire selon le modèle de la médecine conventionnelle, j'ai découvert lors de mes premiers remplacements en médecine générale que certains patients avaient recours à une médecine bien différente de celle que l'on m'avait enseignée jusqu'à présent.

A l'heure où la médecine tend vers des technologies médicales de plus en plus innovantes et où nous sommes classés parmi les pays les plus consommateurs de médicaments au monde(2), je m'étonnais de voir subsister une médecine populaire. Je n'ignorais pourtant pas totalement ces pratiques, y étant moi-même confrontée depuis l'enfance, ce qui avec le recul me rendait peut-être plus attentive à la perception de celles-ci.

J'ai remarqué par exemple que certains nourrissons portaient des amulettes ou des colliers, d'autres patients utilisaient des recettes aussi différentes les unes que les autres pour traiter des pathologies virales.

Afin d'illustrer ces propos, voici l'exemple d'une patiente rencontrée lors de mes remplacements. Elle consultait pour mettre à jour sa vaccination antitétanique et était suivie depuis quelques semaines par mon collègue pour son pouce droit qui ne guérissait pas. Celui-ci était le siège d'un panaris initialement traité par des antibiotiques oraux puis locaux. Je regardais alors l'extrémité distale de son pouce dont la peau apparaissait rongée, elle m'affirmait alors qu'elle appliquait uniquement l'antibiotique que le médecin lui avait prescrit et que ça ne lui réussissait pas du tout. Je lui demandais donc de m'expliquer comment elle nettoyait son pouce. Voyant mon air interrogatif quant à la vision de son pouce, elle m'avoua qu'elle trempait son pouce dans de l'eau de javel tous les matins pendant une dizaine de minutes, depuis plusieurs semaines. C'était sa grand-mère qui détenait ce remède et c'était très efficace d'après elle. Elle n'en avait jamais discuté avec son médecin, et avait l'air gêné, elle me dit alors comme pour se justifier que « ça ne lui paraissait pas important d'en parler ».

J'ai alors réalisé que le médecin et la patiente n'avaient pas partagé leurs connaissances. Il apparaît dès lors pertinent de se demander pourquoi ce manque de communication ? La patiente considérait-elle le médecin comme une personne uniquement apte à prescrire des médicaments ? De son côté, le médecin était-il prêt à envisager d'autres pratiques non médicamenteuses ?

Dans cette situation, cela a eu un réel impact car il s'en est suivi, si ce n'est un échec, un retard thérapeutique. Partant de ce constat je décidais de m'y intéresser et d'approfondir le sujet en m'interrogeant sur la perception des « remèdes de grand-mère » par les médecins généralistes.

II. INTRODUCTION

1. Définition des « remèdes de grand-mère »

Les « remèdes de grand-mère » pourraient s'inclure selon François Laplantine⁽³⁾ dans le registre de la « Pharmacopée populaire » .

Celle-ci constitue un des quatre domaines de thérapie en médecine populaire, les trois autres étant représentés par les « Dévotions aux saints protecteurs et guérisseurs », les « Panseurs de secrets » et la « Sorcellerie ».

D'après cet anthropologue, les RGM correspondent à « des remèdes empiriques, utilisés le plus souvent sur les conseils d'une grand-mère ou d'un voisin, c'est à dire en « automédication familiale », au sens large du terme. Ces remèdes, dont les formules ne sont pas soumises au secret, sont parfois aussi conseillés par le guérisseur. Ils sont composés de matériaux d'origines diverses (végétales, animales, minérales, voire humaines), utilisés soit sous leur forme brute, soit après préparation selon une recette. »

Un exemple concret de RGM est celui du savon noir qui, placé au fond du lit aurait la vertu de calmer les crampes musculaires.

Francine Saillant complète cette définition, « Les recettes de médecine populaire sont partout dans le monde l'une des bases de médecine ancestrale incluant des savoirs et pratiques susceptibles d'être utilisés par des tradipraticiens ou dans les familles. Ces recettes recourent plusieurs dimensions de l'ethnomédecine, telles les croyances sur le corps, la pharmacopée, les classifications populaires, les prescriptions préventives et autres ».

2. Étymologie des « remèdes de grand-mère »

Le terme « Remède » vient du latin *remedium*. A l'origine, *remedium* désignait l'écart autorisé entre le titre affiché d'une pièce d'argenterie et son titre réel. Par la suite, le mot a désigné la thérapeutique visant à combler l'écart entre un état perçu comme normal et un état dont l'anormalité est désignée comme pathologique.

Avec le temps, les thérapeutiques populaires devenant obsolètes au regard de la médecine « scientifique », le terme fut connoté péjorativement « remède de bonne femme ». En effet, le fossé est devenu très important aux yeux des médecins entre les remèdes populaires et les

médicaments conventionnels qui furent obtenus par extraction de principes actifs dans un premier temps puis par synthèse.(4)

L'origine étymologique de cette expression « remède de bonne femme » est intéressante à connaître : (5) Pour certains, le mot *femme* de notre expression serait une déformation de l'ancien français *fame* qui voulait dire « renommée ». Autrement dit, on utilisait avant *de bonne fame*, venu du latin *bona fama*, pour dire « de bonne renommée » et, le mot *fame* (origine de *fameux* ou *mal famé*) ayant été oublié, il s'est transformé en son homophone *femme* à l'écrit.

Néanmoins, pour de nombreux sémanticiens cette hypothèse est irrecevable, notre *femme* ne serait rien d'autre qu'une femme. *Bonne femme* apparaît au milieu du XVIIe siècle et désigne à la fois une femme bonne et une femme âgée, donc d'expérience, ce qui explique la connaissance par cette dernière de remèdes simples pour soigner de nombreux soucis physiques, *remède* devant bien sûr être compris comme quelque chose qui guérit un mal quelconque.

Ces remèdes auraient tout simplement suivi la courbe dépréciative de l'expression « bonne femme ».(6)

3. Les RGM au sein de la communauté scientifique.

Au sein de la communauté médicale, la difficulté repose sur la définition des RGM, en effet son statut n'est pas établi de façon formelle dans les articles scientifiques. Étant donné l'existence en France d'autres pratiques médicales qui se distinguent de la médecine fondée sur les preuves, ils sont parfois confondus à tort avec les médecines parallèles dont l'homéopathie.

Les RGM pourraient éventuellement s'inclure dans la définition de la médecine traditionnelle qui serait, selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), « la somme totale des connaissances, compétences et pratiques qui reposent sur les théories, croyances et expériences propres à une culture et qui sont utilisées pour maintenir les êtres humains en bonne santé ainsi que pour prévenir, diagnostiquer, traiter et guérir des maladies physiques et mentales ».

A ce jour, peu d'articles scientifiques ont fait des RGM un objet d'étude.

Francine Saillant, nous donne à ce sujet quelques précisions : « Dans les sociétés occidentales, les recettes de médecine populaires ont rarement été l'objet d'études approfondies, entre autres

parce qu'une certaine ambiguïté, sinon une méfiance, s'est installée quant à leur niveau de pertinence en tant qu'objet d'étude »(7).

Une étude quantitative allemande(8) parue en 2014 explorant l'utilisation de « remèdes maison » par les patients montre que ces pratiques étaient largement utilisées et connues (environ 80% des répondants) pour des problèmes de santé courants.

Il est important de noter que la plupart des symptômes liés aux pathologies jugées bénignes, tous degrés confondus, ne sont pas présentés en premier lieu à des professionnels de soins, mais au mieux, pris en charge, quand ils le sont, par l'intéressé lui-même ou par un membre, le plus souvent féminin, de sa famille ou de son entourage.(9)

Ainsi il existait bien un travail sanitaire profane et donc un savoir médical populaire concernant la santé, le corps, la maladie et le soin.

Partant de ces faits, il me paraissait intéressant de nous demander quelle était la perception des Médecins Généralistes (MG) de la Somme à propos de ces pratiques populaires en utilisant l'exemple des « remèdes de grand-mère » et également de connaître leur attitude face aux patients y ayant recours.

III. MATERIEL ET METHODE

1. Type d'étude

La perception des RGM par les MG de la Somme et leur attitude ont été explorées au cours d'une étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés. La recherche qualitative ne cherche pas à quantifier ou à mesurer, elle consiste le plus souvent à recueillir des données verbales par l'entretien puis d'analyser ce matériel par thème. Elle a pour but d'étudier des mécanismes d'action, des schémas de pensées et des représentations.

Ces entretiens individuels ont été réalisés dans le but de favoriser la libre expression des médecins.

2. Elaboration du guide d'entretien

Notre script d'entretien comportait quelques questions de présentation puis les six questions ouvertes suivantes :

La première, assez générale, était : Comment définiriez-vous les « remèdes de grand-mère » ?

Les quatre suivantes permettaient de recueillir la perception et l'attitude du médecin généraliste à l'égard des RGM.

Enfin la dernière plus individuelle portait sur l'utilisation personnelle de RGM par le généraliste.

L'utilisation de questions ouvertes a permis d'obtenir des réponses individualisées. Les entretiens ont été menés par l'enquêtrice qui a également réalisé l'analyse des résultats.

Dans un souci d'amélioration, le guide a d'abord été testé afin que l'enquêtrice appréhende les techniques de cette méthode de recueil. La formulation et l'ordre des questions ont été modifiés dans un premier temps. Puis, au fur et à mesure des entretiens, il a été enrichi avec les nouvelles idées émanant des médecins généralistes interrogés.

Le script d'entretien définitif est disponible en annexe 1.

3. Population étudiée

L'étude a été menée auprès d'un échantillon de médecins généralistes installés ou remplaçants dans le département de la Somme. Après avoir fait une liste exhaustive des médecins de la Somme, ceux-ci ont été contactés par téléphone ou par mail afin d'obtenir leur consentement à la participation de l'étude. Certains des participants ont été sélectionnés parmi nos contacts personnels. Le thème de notre travail était rapidement expliqué ainsi que les modalités de l'entretien. Ensuite, un lieu et un horaire de rendez-vous étaient fixés à la convenance du participant.

L'échantillon s'est élevé à 12 médecins en raison d'une suffisance des données.

4. Déroulement des entretiens

La mise en condition du participant a été un temps fondamental pour assurer un entretien productif. Après s'être présenté, l'intervieweur a rappelé succinctement le thème du travail et le déroulement de l'entretien. Les participants ont été informés de l'anonymisation totale des données.

Afin de favoriser l'échange, nous avons pris soin d'adopter une attitude d'écoute active, témoignant de l'intérêt porté aux réponses formulées sans jugement et en évitant d'exprimer toute opinion personnelle. Nous nous sommes adaptés aux réponses obtenues, en faisant parfois développer des idées, et en conservant une certaine flexibilité dans le déroulement de l'entretien ou dans l'ordre des questions en fonction des items spontanément abordés par le participant.

Afin d'encourager d'autres commentaires ou le développement d'une idée, nous avons systématiquement demandé à la fin de chaque entretien s'ils avaient quelque chose à ajouter sur le sujet.

Lors des entretiens, la conversation a été enregistrée avec l'application dictaphone du smartphone avec l'accord de l'interviewé.

5. Analyse des données

Les entretiens ont été retranscrits mot à mot. Les pauses et les expressions non-verbales ont été notées entre parenthèses. Afin de garantir l'anonymat, les entretiens ont été identifiés par des numéros (de E1 à E12).

Les entretiens ont été découpés en groupes de mots, appelés verbatim, puis codés en différentes catégories selon la signification du verbatim.

Les entretiens ont été analysés au fur et à mesure et poursuivis jusqu'à suffisance des données. Afin de limiter au maximum les biais de préconception nous avons réalisé une triangulation des données avec une autre enquêtrice.

L'ensemble des entretiens est disponible en *annexe 2 (CD-ROM)*. Le codage des entretiens a été réalisé grâce au logiciel N'vivo®12 par la méthode de théorisation ancrée (10).

IV. RESULTATS

1. Les entretiens

Au total, quarante médecins généralistes ont été contactés sur une période de six mois. La plupart d'entre eux a refusé de participer par manque de temps, d'autres sans explication ou parce qu'ils ne recevaient pas les thésards.

Douze entretiens ont été nécessaires afin d'arriver à saturation des données. Les entretiens se sont déroulés du 22 novembre 2017 au 1^{er} mars 2018.

Selon la volonté du participant :

- Six entretiens ont eu lieu au cabinet du médecin généraliste (E1, E2, E3, E6, E9, E12)
- Trois entretiens au domicile du médecin généraliste interviewé (E4, E10, E11)
- Trois entretiens (E5, E7, E8) se sont déroulés à mon domicile.

2. Caractéristiques de l'échantillon

Code	Sexe	Age	Date	Formation complémentaire/activité annexe	Type patientèle	Milieu familial	Durée de l'entretien
E1	F	51	22-nov	Néant	Rural	Agricole	8'70
E2	F	59	22-nov	Homéopathie	Semi-rural	Agricole	15'14
E3	F	32	28-nov	Homéopathie	Rural	Agricole	11'30
E4	H	59	30-nov	Électrocardiogramme	Rural	Agricole	33'04
E5	F	27	30-nov	Néant	Remplaçant	Fonctionnaire	15'38
E6	H	63	01-déc	Anthropologie / Conseiller ordinal / Membre de l'ORSS (observatoire régional sanitaire et social)	Rural	Agricole	22'42
E7	F	34	07-déc	Gynécologie	Semi-rural	Fonctionnaire	12'50
E8	H	37	13-déc	Néant	Urbain	Médical	23'05
E9	H	68	13-déc	Homéopathie / Acupuncture / Hypnose	Urbain	Non spécifié	12'29
E10	F	33	12-janv	Néant	Remplaçant	Semi-médical	7'34
E11	H	47	30-janv	Praticien au centre d'évaluation et de traitement de la douleur / Médecin expert agréé pour l'ARS / Médecin expert pour le tribunal de grande instance / Médecin agréé des examens d'aptitudes à la conduite / Médecin inspecteur de la DRAAF	Urbain	Employé	22'12
E12	F	53	01-mars	Homéopathie	Urbain	Médical	7'31
Moyenne	7F/5H	47					15,905

3. Analyse des résultats

Afin de faciliter la lecture, nous avons choisi de rendre compte ici uniquement des extraits des verbatim les plus explicites. Néanmoins, pour chaque code, il sera mentionné l'ensemble des entretiens dans lequel le code apparaît. L'entretien 1 sera ainsi noté E1, ... Les propos prononcés par le participant 1 seront précédés de P1, ...

La première question était la suivante : « Comment définiriez-vous les « remèdes de grand-mère » ? ». Cette question permettait d'aborder notre sujet et d'obtenir une réponse partielle à notre objectif principal concernant les représentations des médecins généralistes de la Somme à l'égard des « remèdes de grand-mère ».

A. Caractéristiques des « remèdes de grand-mère »

a. Définition du « remède de grand-mère »

Préparation à base de produits domestiques.

Deux participants ont souligné les préparations empiriques (E11 ; E5).

P11 : « Alors les remèdes de grand-mère... peut être des choses que l'on peut faire entre guillemets en soin par soi-même avec des produits qu'on trouve à la maison ou dans le jardin »

P5 : « ...va pouvoir préparer soi-même à la maison en suivant une recette »

Automédication

Pour un participant il pouvait s'agir d'un traitement médicamenteux (E7).

P7 : « ça peut être les remèdes vraiment médicamenteux où ils se servent des choses de façon détournée »

Conseils

Pour deux médecins, (E6, E11) il pouvait s'agir de conseils :

P6 : « c'est aussi les conseils que la grand-mère peut donner quand vous êtes en consultation »

Pharmacopée populaire

Pour la plupart des médecins généralistes, les remèdes étaient à base de plantes (E2 ; E7 ; E1 ; E3 ; E10 ; E5 ; E12).

P2 : « quand j'étais constipée il faisait prendre des racines de rhubarbe bouillies et il fallait boire l'eau »

P2 : « j'avais des verrues il allait arracher une plante et il mettait sur la verrue »

P1 : « C'est quelque chose qui n'existe pas dans la pharmacie classique, souvent c'est à base de plantes »

P3 : « La majorité bon y'en a pas beaucoup mais ceux qui le font ça va être les inhalations de thym, le mélange miel citron ou le petit coup de rhum avec le miel le soir ou je ne sais quoi »

Colliers et amulettes

Pour certains les colliers et amulettes faisaient partie des remèdes de grand-mère. (E6 ; E7 ; E8)

P7 : « chez les enfants, ça peut être oui les petites choses pour les dents les colliers d'ambre, les allumettes dans les petits pochons, les épingles à nourrice pour éloigner les douleurs dentaires. »

P1 : « Ah oui les maux de dents c'est leur fameux truc là c'est des remèdes de grand-mère ça tu sais leur collier en...j'sais plus ce que c'est... »

Croyances

Les croyances étaient citées parmi « les remèdes de grand-mère » (E7 ; E9)

P7 : « comme ça peut être des croyances comme l'allumette dont on a parlé ! »

P9 : « y'a une part de croyances et aussi une part d'expérience vécue auxquelles on rapporte des produits. »

Pas de reconnaissance scientifique

Pour plusieurs, les « remèdes de grand-mère » n'étaient pas fondés sur des faits scientifiques (E1 ; E4 ; E8)

P4 : « [...] qui a pas de base scientifique forcément dessus »

Médecines alternatives :

Deux participants classaient les remèdes de grand-mère dans les médecines douces ou parallèles (E2 ; E8).

P2 : « je pense que les remèdes de grand-mère ça entre dans le cadre des médecines douces »

P8 : « Eh ben je dirais que c'est les remèdes de médecine parallèle »

b. Les intervenants

La femme dans la santé

Le rôle de la femme dans le travail domestique de santé et plus particulièrement de la grand-mère a été relevé de nombreuses fois au cours des entretiens (E6 ; E7 ; E8 ; E11 ; E12 ; E1 ; E3)

P11 : « Je pense qu'il y a plein de voies possibles pour ce genre de chose comme pour tout conseil médical d'ailleurs, alors y'a l'ancien système c'est la grand-mère, la mère, la femme de ménage, la voisine ou la copine. »

P6 : « donc le premier des médecins de famille c'est les remèdes de grand-mère avec la relation jeune vieux entre guillemets encore actuellement puisque femme et homme travaillent et n'ont plus le temps de s'occuper de l'enfant, l'enfant est mis chez la grand-mère »

P7 : « Souvent les mamans par exemple quand elles viennent accompagnées de leur enfant, y'a souvent la maman de la maman avec pour les premiers examens, c'est vrai qu'à la place du mari tu vois souvent la grand-mère ou même la grand-mère seule »

Recours à un guérisseur

L'intervention d'un guérisseur a été citée à deux reprises, mais n'était pas nécessairement définie comme un RGM à proprement parler.

P2 : « mais il y avait un monsieur qui passait dans le village dans les fermes pour un travail agricole et en même temps il était guérisseur »

P12 : « Après y'a les gens qui vont chez le rebouteux mais c'est pas forcément des remèdes de grand-mère mais ils y vont et parfois ça marche alors... ! A partir du moment où c'est pas dangereux pour eux je suis absolument pas contre ! »

Professionnel de santé

L'absence de recours à un professionnel de santé a été citée une fois (E11).

P11 : « sans avoir besoin du médecin ou en tout cas d'un professionnel de santé quel qu'il soit médical ou paramédical. »

c. La population utilisant les RGM

L'avis des MG était partagé sur les catégories sociales, culturelles, éducatives, etc... des utilisateurs de RGM.

Population rurale

La population rurale a été citée de nombreuses fois (E12 ; E1 ; E6 ; E8)

P6 : « Comme je suis de mauvaise foi, je dirais rurale »

P8 : « et dans mon expérience personnelle je retrouve ça plus dans ma patientèle rurale que dans ma patientèle citadine peut-être parce qu'il y a un petit peu plus de lien familial en rural [...] j'en ai vu plus quand même quand je remplaçais en milieu rural que sur M. par exemple. »

P12 : « Ouais j pense quand même... (sourire) c'est plus peut être des gens de la campagne. »

Les « bobos »

Le groupe social « bobo » a été cité par une participante (E5).

P5 : « bon y'a le cliché du patient bobo qui aime les choses naturelles mais j'ai pas l'impression que ce soit limité à un âge, aussi bien les sujets jeunes ou un peu plus vieux peuvent les utiliser. »

Niveau éducatif

D'autres ont évoqué le niveau éducatif ou social. (E1 ; E12 ; E11)

P12 : « c'est peut-être plus une population qui n'a...enfin...sans être péjoratif...mais qui n'a peut-être pas fait d'études supérieures »

P11 : « Euh... Et bin je pense pas , les catégories socio-professionnelles et éducatives que ça touche ce serait plutôt des niveaux supérieurs et je pense que entre guillemets ce n'est pas un jugement de valeur que de dire ça mais les gens qui ont un niveau éducatif faible vont chez le médecin ils cherchent pas midi à 14h ils vont pas chercher des choses compliquées sur internet ou des choses qu'ils ne vont pas comprendre ou ils vont pas prendre le risque de faire des choses dont ils ne sont pas sûrs et ils vont chez le médecin peut être des fois consulter pour rien mais ils y vont »

d. Le type de transmission

Intra-familial

Pour la plupart des participants les « remèdes de grand-mère » étaient transmis dans le milieu familial (E6 ; E7 ; E8 ; E4 ; E5).

P8 : « pour moi c'est plutôt enfin l'image que j'en ai c'est plutôt des remèdes qui sont transmis dans le milieu familial [...] j'ai encore beaucoup de gens qui ont la grand-mère qui habite à côté ou la famille qui habite à coté donc je vois plus ça oui comme un truc qui est transmis de bouche à oreille dans la famille que comme un truc que l'on trouve sur internet ou voilà. »

Transmission orale

La transmission se faisait de façon orale, de « bouche à oreille » (E12 ; E3 ; E10 ; E8 ; E9 ; E4).

P12 : « où il y a une transmission orale très importante... »

P10 : « C'est les patients qui racontent des trucs après c'est du bouche à oreille quoi ! »

La médecine 2.0

Trois des interviewés ont cité la source internet (E6 ; E11 ; E10).

P11 : « Et puis aujourd'hui on pourrait dire je fais de la médecine google parce que aujourd'hui y'a internet qui supplée ou qui remplace les bons vieux réseaux et c'est souvent sur ce type de réseaux qu'ils ont trouvé des conseils divers et variés... »

La presse

Deux médecins généralistes ont cité la presse (E7 ; E11).

P7 : « si tu regardes y'a beaucoup de magazines, de presse de salles d'attente on va dire ça comme ça, de « femme actuelle » qui vulgarisent beaucoup l'homéopathie, les huiles essentielles etc. je sais pas si on peut les inclure dans les remèdes de grand-mère mais les remèdes naturels en tout cas, les tisanes les frictions avec des baumes des choses comme ça. »

e. Motifs de recours aux « remèdes de grand-mère » et exemples.

Les motifs d'utilisation étaient variés et touchaient plusieurs domaines médicaux mais principalement les pathologies bénignes.

Parmi les plus cités :

Les verrues (E7 ; E1 ; E3 ; E8 ; E4) :

P8 : « ah oui pour les verrues quand j'étais en stage praticien j'étais en supervision, j'ai déjà vu sur les verrues de la couenne de cochon à frotter sur les verrues tous les soirs etc...[...]la dame disait qu'il fallait mettre la couenne de cochon à la pleine lune ou je ne sais plus quand »

Les pathologies virales (E11 ; E12 ; E3 ; E10 ; E9 ; E4) :

P11 : « Oh, en général c'est de la bobologie entre guillemets ça va de la rhino à la gastro, des problèmes de peau euh...des petites choses »

P10 : « souvent c'est plutôt pour des petits virus tout ça c'est plutôt du symptomatique que des grosses maladies qui essayent de soigner avec ça heureusement [...] Après j'avais entendu l'histoire de mettre un oignon sous le lit pour éviter que les enfants toussent enfin que ça soignerait plein de trucs !

B. Perception des « remèdes de grand-mère » par les généralistes.

a. Perception globale

Opinion positive

Globalement, les médecins généralistes n'étaient pas opposés aux « remèdes de grand-mère » (E1 ; E2 ; E3 ; E8 ; E9 ; E12).

P1 : « Je ne suis pas contre les remèdes de grand-mère mais il faut que ce soit sensé »

P12 : « j' pense qu'à partir du moment où c'est pas nocif ça peut être que positif j' pense oui un apport euh...pourquoi pas ! à partir du moment où c'est pas nocif pourquoi pas ! »

Opposition

Un médecin généraliste a exprimé son opposition face à ces remèdes. (E7)

P7 : « puis moi je suis vraiment opposée aux choses qu'on voit chez les enfants, ce que l'on voit sur les bodys les épingles à nourrices, les allumettes, les colliers d'ambre, quand on est passé comme toi et moi aux urgences, internes, on a vu quand même des choses assez catastrophiques quoi »

Culture de la prescription

La culture de la prescription en France était parfois un frein à la délivrance de conseils. (E2 ; E11)

P11 : « On est dans une culture en France de la prescription hein donc contrairement aux pays nordiques on va pas sur une ordonnance donner des conseils, ça vient ! petit à petit moi j'écris de plus en plus mais c'est compliqué, le logiciel d'ailleurs d'aide à la prescription médicale nous l'interdit ça, on peut plus faire une seule ligne, voilà c'est incohérent.[...] après je pense qu'effectivement c'est un peu difficile de sortir des prescriptions pharmacologiques habituelles »

Pas d'enseignement hospitalo-universitaire

Un interviewé a relevé l'absence d'enseignement hospitalo-universitaire. (E4)

P4 : « Je suis pas sûr que dans les jeunes générations ils utilisent même les trucs qu'on utilise nous en tant que vieux médecin, quand j'en parle des remèdes avec les jeunes (médecins) « hein c'est quoi ça » (rires) visiblement ils ne sont pas au courant ! Ils le prendront, ils le feront mais c'est pas mis dans les études ça et ça m'étonnerait que dans les études à la fac ils en parlent beaucoup ! »

b. Les motivations de l'utilisation par les patients vu par les généralistes

Ecologie

L'écologie a été citée une fois comme motivation au recours des remèdes de grand-mère. (E2)

P2 : « même les jeunes générations y reviennent un peu avec tout ce qui est écologie et tout ça. »

Une quête de produits naturels

Pour les généralistes, les patients recherchaient des produits naturels. (E7 ; E11 ; E3)

P7 : « Et je pense que les gens recherchent de plus en plus des choses naturelles avec l'essor de l'huile essentielle, de l'homéopathie, les médecines paramédicales, la sophro, l'hypnose et compagnie j pense que au contraire ça va être de plus en plus utilisé ! »

P11 : « aujourd'hui on a aussi un mode de quête de soins un peu plus naturel, un peu plus bio un peu moins agressif un peu moins antibio donc par exemple si je devais schématiser je suis une catégorie éducative supérieure, je suis prof, je pense que j'ai pas mal affaire à internet ou pas ou autre à des médecines dites naturelles et peut être des remèdes de grand-mère . »

Un premier recours à la maladie.

Pour la plupart des généralistes, les patients utilisaient ces remèdes de grand-mère en premier recours. (E2 ; E7 ; E11 ; E 12 ; E3 ; E4 ; E5)

P12 : « Tout ce qui est rhino, bronchite, les maladies infectieuses bénignes, c'est utilisé en première intention les gens l'utilisent et quand ça marche pas ils viennent voir le médecin ! (rires). »

Un complément thérapeutique

Pour une partie des interviewés, les « remèdes de grand-mère » étaient un complément thérapeutique. (E7 ; E3 ; E10 ; E9 ; E5)

P5 : « ces conseils que je donne en plus, je trouve que ça vient en complément de la prescription médicale. »

Pour certains, l'utilisation pouvait se faire en premier recours ou en complément. (E3 ; E5 ; E7)

Une utilisation toujours actuelle

Les généralistes ont fait remarquer l'utilisation encore actuelle des « remèdes de grand-mère ». (E7 ; E11 ; E10 ; E4).

P7 : « C'est assez minoritaire dans les miens j'ai pas l'impression que ce soit très très répandu mais après en faisant cet entretien je vais me rendre compte que si ! (rires) c'est vrai qu'il ne se passe pas une semaine sans que quand même j'en ai vu. »

Une utilisation obsolète

Pour d'autres ceux-ci étaient obsolètes : (E6 ; E1 ; E4).

P4 : « Bah c'est un peu tous les petits trucs que faisaient les vieux vieux ! »

Divergence de propos :

Un des interviewés pensait que l'utilisation était obsolète et réservée aux personnes âgées mais en recommandait actuellement. (E1)

P1 : « Non je dirais plutôt la génération de ceux qui sont nés après-guerre, après-guerre 45/50 après j pense qu'on passe sur autre chose [...] c'est plutôt les gens qui ont 70/80 ans , les jeunes je pense pas »

[...] d'ailleurs encore ce matin j'ai vu un gamin, j'ai dit faudrait essayer la chélidoine , bon là c'est un peu tard c'est plus vraiment la période

c. Le rôle de la relation médecin-patient

Influence de la relation médecin-patient (E6 ; E11 ; E12 ; E3 ; E8)

Selon le type de relation médecin-malade instaurée, le patient et son médecin échangeaient leur pratiques .(E12 ; E8)

P12 : « Ouais, j' pense que quand les gens en parlent j' pense c' est déjà qu' ils ont confiance en leur médecin ...enfin confiance, ils savent qu' ils vont pas se faire...un peu moquer d' eux quoi »

P8 : « Remplaçant on a pas toujours la même relation avec les patients des fois y' a des trucs qui osent pas dire au médecin traitant qui vont vous dire et des fois y' a des trucs où finalement comme le médecin ils le connaissent depuis 40 ans ils vont oser lui dire des trucs un petit peu...voilà des thérapeutiques un petit peu folkloriques entre guillemets !! »

Mais aussi l' utilisation des « remèdes de grand-mère » permettaient parfois de renforcer cette relation. (E3 ; E6 ; E11)

P6 : « Et vous arrivez avec un savoir complexe et ardu et redevenir humain...recette de grand-mère j' dirai redevenir humain ! [...] On voit des internes de spécialité qui suivent des protocoles alors qu' on ignore complètement comment vit la tribu [...] voilà il faut être l' allié quoi, c' est l' alliance thérapeutique ça s' appelle »

P11 : « Oui je pense que ça apporte une certaine proximité...prescrire de la FOSFOMYCINE forcément ça met une distance hein madame voilà je vous ai prescrit fosfomycine c' est pour ci c' est pour ça vous allez le prendre en sachet unique...ça mets de la distance par contre quand on dit à un de ses patients bah tu peux faire ce soir une inhalation avec du thym ça va dégager le nez et c' est pas bien méchant et puis tu passeras une meilleure nuit c' est quand même beaucoup plus proche en terme de relation médecin-patient. »

Préjugé du patient face à la perception du médecin

Plusieurs médecins pensaient que le patient n' osait pas en parler aux médecins par peur du jugement. (E6 ; E7 ; E10 ; E 8 ; E9)

P8 : « Ah c' est peut-être possible y' a des patients qui disent on va pas le dire au docteur qui ont peur de passer pour un...ils ont peur qu' on trouve ça ridicule »

d. Les avantages

Accessibilité

La facilité d'accès était un des avantages relevés au cours des entretiens. (E3 ; E11 ; E12)

P11 : « Le premier avantage on l'a dit tout à l'heure c'est que en principe c'est quand même souvent quelque chose qu'on a à disponibilité ou à portée de la main »

Fréquence des consultations

La diminution de fréquence des consultations est revenue à plusieurs reprises au cours des consultations. (E1 ; E3 ; E9 ; E4)

P4 : « Parfois les petits trucs ça leur permet de pas venir finalement c'est pas plus mal c'est qu'ils avaient pas besoin de grand-chose »

Usage de médicaments

La diminution de prise médicamenteuse a été citée par un généraliste parmi les avantages. (E8)

P8 : « si ça permet admettons de diminuer un antalgique, un anxiolytique ou un traitement à effets secondaires un p'tit peu pénible voilà »

Economique

Les « remèdes de grand-mère » étaient pour les médecins généralistes une façon de faire des économies. (E1 ; E10 ; E5)

P10 : « Les avantages c'est qu'ils font des économies de pharmacie des fois parce qu'ils tentent leur truc ils font leur tisane au thym leur machin, enfin bon pourquoi pas... »

Effet placebo

Deux généralistes pensaient que les « remèdes de grand-mère » avaient un effet placebo. (E10 ; E8)

P10 : « Au contraire je pense qu'il y a un effet placebo aussi s'ils sont contents je suis contente ! »

Meilleure adhésion au traitement

Pour plusieurs généralistes l'utilisation de « remèdes de grand-mère » par le patient permettait une meilleure adhésion au traitement. (E6 ; E11 ; E3 ; E10 ; E8)

P11 : « Je sais pas peut être mais c'est une hypothèse peut être que c'est quelque chose que le patient s'approprie plus facilement, plus facilement dans la mesure où il le fait par soi-même avec ses propres goûts et donc voilà le bon traitement c'est celui auquel on adhère. »

Alternative à l'automédication.

Un des médecins interrogés a cité le remède de grand-mère comme un avantage à l'alternative de l'automédication. (E5)

P5 : « les avantages, je me dis que c'est moins dangereux que de faire de l'automédication et de prendre ce qui traîne dans la pharmacie depuis je sais pas combien de temps par exemple les gens qui arrivent et me disent « ah j'ai mal à la gorge j'ai pris des antibiotiques »

Innocuité

Les médecins généralistes ont cité l'innocuité comme avantage aux « remèdes de grand-mère » (E2 ; E3 ; E12).

P2 : « Ben les avantages c'est que c'est pas toxique ça peut pas faire de mal »

e. Les inconvénients

Dangerosité liée à l'obscurantisme médical

Plusieurs généralistes ont rapporté la dangerosité liée à l'obscurantisme médical de certains patients. (E2 ; E4 ; E9)

P4 : « soit ils sont complètement obtus...(sifflement) et là c'est de l'obscurantisme profond et là de toute manière c'est pas toi qui auras raison c'est leur traitement qui a marché, ceux-là peuvent être des fois dangereux »

Retard diagnostique

Le risque de retard diagnostique a été cité comme inconvénient aux « remèdes de grand-mère » par la plupart des interviewés (E11 ; E12 ; E1 ; E10 ; E9 ; E4 ; E5).

P10 : « Les inconvénients, c'est que des fois ils perdent du temps au traitement par exemple pour les cystites quand ils se font des...ils essayent de se traiter en buvant je ne sais quoi pff...c'est sympa mais l'infection elle est là quoi ils perdent du temps et ils arrivent ils ont déjà la fièvre donc c'est moyen. »

Retard qui pourrait mener à l'erreur diagnostique (E4).

P4 : « c'est-à-dire si j'ai eu l'évolution je peux mettre parfois un antibiotique après , si j'ai pas l'évolution je sais pas si il avait des crépitants avant si il en avait pas , ou si il avait des sous crépitants ou dans l'interrogatoire par rapport à ce qu'ils disent savoir si il y a une participation cardiaque ou pas donc là j'ai pas la référence donc là oui je suis embêté donc des fois je leur dis faites le si vous voulez mais venez avant »

Techniques délétères

Les médecins généralistes ont rapporté plusieurs événements indésirables à la suite de « remèdes de grand-mère » dont les techniques étaient délétères. (E1 ; E6 ; E7 ; E11 ; E5)

P2 : « elle se déshabille et puis elle avait des grosses cloques sur l'épaule en fait elle s'était brûlé la peau avec de l'ail »

P7 : « par exemple j'ai des patients qui pour une otite très costaud mettent de l'huile d'olive dans l'oreille avant de venir en disant « bah ça n'a pas marché » voilà je viens vous voir »

P5 : « j'ai un patient qui est arrivé qui s'était coupé et pour coaguler la plaie il avait mis du marc de café alors il était très surpris que moi je ne connaisse pas ce remède de grand-mère et je lui ai déconseillé de le réutiliser parce que j'ai mis $\frac{3}{4}$ d'heure à nettoyer la plaie

Charlatanisme

Le risque de déviance en charlatanisme de ces pratiques a été exprimé au cours des entretiens. (E8 ; E9)

P8 : « Faut pas que ce soit une arnaque non plus pour moi le remède ça a été conseillé par un voisin etc. y'a aussi des gens qui font de la thérapeutique parallèle entre guillemets qui font payer très cher et qui connaissent rien. »

C. L'attitude du médecin généraliste face aux « remèdes de grand-mère »

Les médecins généralistes ont été questionnés sur leur attitude face aux patients utilisant les « remèdes de grand-mère ».

Ecoute du patient

L'écoute du patient par le généraliste a été citée de nombreuses fois lors des entretiens.

P1 : « Moi je pense que c'est important d'en parler, les écouter, leur demander comment ils font, ce qu'ils font »

Attitude de conseil

Le médecin indiquait au patient de façon plus ou moins contraignante ce qu'il fallait faire ou penser (E11 ; E1 ; E3)

P11 : « et qu'en même temps on dit oui bon pourquoi pas par contre « je ne suis pas sûr » [voilà c'est pas un jugement de valeur ça], « je ne suis pas sûr que c'eusse été l'idéal, on va peut-être mettre une crème de ceci au moins on va être plus sûr du résultat » »

Attitude de soutien et d'encouragement

Le médecin rassurait et favorisait la confiance en soi du patient. (E12 ; E5)

P5 : « ça me paraît plus adapté comme comportement en fait ça m'inquiète moins et souvent moi je les encourage, je leur dis « c'est bien vous pouvez continuer » »

Attitude d'évaluation

La plupart des médecins exprimaient leur accord ou leur désaccord face à ce qui était dit. (E2 ; E6 ; E7 ; E1 ; E3 ; E10 ; E8 ; E4 ; E5).

P1 : « Ah ben l'exemple alors là j'me suis mise un peu en pétard c'était une dame qui s'était soigné un mal d'épaule en fait elle avait un conflit au niveau de la coiffe des rotateurs et elle s'était soignée avec de l'ail »

P8 : « Y'a plusieurs cas, d'abord première étape je vérifie que c'est pas dangereux ! »

Considération positive du patient

Le médecin adoptait une attitude réceptive envers le patient sans réserve, ni jugement. (E11, E9)

P11 : « donc je suis le premier même à leur demander s'ils ont fait autre chose que des médicaments autre chose que des soins et même rebouteux il faut me le dire et je peux l'entendre et je n'ai pas de jugement de valeur ou sur ce choix ou cette attitude tant que ça leur fait pas de mal ou que ça leur fait du bien. »

P9 : « Il faut être très tolérant parce que de toute façon euh...si on les prend de front ils vont se fermer, simplement leur demander ce que c'est, leur dire que ça peut s'associer au traitement et puis leur dire vous pouvez continuer mais ce que je veux c'est qu'à ce moment-là si vous n'êtes pas guéri ou amélioré dans tant de temps, on se revoit ou quelque chose comme ça »

Approche délibérative

Après avoir exprimé leur avis sur la question, les médecins laissaient libre choix au patient face au traitement. (E2 ; E7 ; E1 ; E10).

P1 : « on donne notre avis après il font ce qu'ils veulent »

Utilisation de « remèdes de grand-mère » à titre professionnel.

Une partie des médecins interrogés recommandaient des « remèdes de grand-mère » à leur patient. (E2 ; E6 ; E7 ; E11 ; E1 ; E4 ; E5)

P4 : « Dans les petits trucs cutanés, les verrues, moi j'utilise aussi c'est des plantes qui sont dans les murs et quand on les coupe ça donne un jus jaune ça marche aussi bien qu'les autres trucs j'sais pas comment ça s'appelle mais j'sais où les trouver !! »

P7 : « par contre les trucs auxquels je crois je te parlais de la maïzena dans le bain pour l'avoir testé personnellement sur mes enfants, pour une fois c'est un patient qui me l'a appris ! et moi je l'ai utilisé et après j'en parle aussi aux autres mamans ! »

Utilisation de « remèdes de grand-mère » à titre personnel

Certains utilisaient des « remèdes de grand-mère » à titre personnel pour eux ou leur enfant.

P4 : « Euh. Ça m'arrive d'utiliser des remèdes de grand-mère, le truc de verrues j'en ai déjà fait mettre à I. parce que si ça marche tant mieux si ça marche pas tant pis ! ça met pas péril en demeure, moi j'avoue que je me fais des grogs ! je le dis pas aux patients parce qu'on va pas les rendre alcoolique en plus !! »

P5 : « j'l'ai déjà recommandé dans les lithiases salivaires, déjà utilisé pour moi donc j'ai vu que c'était efficace et je l'ai conseillé à des patients par la suite et j'avoue moi quand je l'ai utilisé de moi-même j'me suis dit « est ce que c'est pas totalement débile ce que j'suis entrain de faire d'utiliser mon citron » (rires) [...] C'était d'utiliser des bains de bouche au citron pour faire une hypersialorrhée et évacuer le calcul et effectivement ça marche !

D. Les motivations de l'emploi par les généralistes pour leurs patients

Alternative aux produits déremboursés

Les produits déremboursés étaient pour deux participants une des motivations de l'utilisation de « remèdes de grand-mère ». (E4 ; E11)

P11 : « ça peut suppléer aussi à des produits pharmaceutiques non remboursés, je pense que manger du miel c'est pas forcément pire que de sucer des bonbons au miel par exemple »

Diminution de la sécurité des médicaments

Les affaires médiatiques concernant les médicaments auraient été moteur d'utilisation de « remèdes de grand-mère ». (E2 ; E3 ; E4)

P2 : « je pense que les remèdes de grand-mère ça entre dans le cadre des médecines douces et pourquoi pas parce que de toute façon maintenant qu'on voit tout ce qui se passe avec les médicaments nous on a l'impression d'être un peu dupé par les laboratoires car depuis des années on prescrit des médicaments puis un jour on nous dit « vous avez empoisonné des gens » avec l'affaire du Mediator® par exemple »

Echec de la médecine conventionnelle.

L'échec de la médecine était un des motifs de recours. (E8)

P8 : « Le troisième cas où ça peut être utile des fois on n'a pas de réponse thérapeutique à un problème donné »

Influence du vécu du médecin sur sa pratique

Le vécu des médecins semblait jouer un rôle dans l'utilisation et la perception des « remèdes de grand-mère » (pour eux ou leurs patients) (E2 ; E6 ; E1 ; E4 ; E5 ; E3)

P2 : « Déjà de par ma culture quand j'étais petite j'ai vu ça chez moi donc ça me choque pas plus que ça [...] donc et puis moi je sais que personnellement je ne suis pas sûre que j'utiliserai pour moi parce que j'ai quand même une formation de médecin allopathe mais j'ai baigné là-dedans dans toute mon enfance donc forcément je reste attentive. »

P6 : « je suis d'origine rurale aussi mes grand-parents étaient cultivateurs, d'origine paysanne [...] moi je fais selon mes propres croyances et je fais a priori de la nature vers la culture [...] le rôle du généraliste il arrive là avec un savoir institutionnel formé dans les hôpitaux et avec sa propre culture, son enculturation, c'est l'éducation les habitudes ceci cela et quand tu vas dans le milieu médical tu te retrouves avec un savoir scientifique. » »

P1 : « Ben moi j'ai jamais utilisé de remède de grand-mère, parce que j'avais je pense une grand-mère moderne (rire) donc c'est peut être péjoratif c'que j'vais dire mais ma mère ne connaît pas de remède de grand-mère, ça n'a pas été transmis par sa mère donc tu vois je peux pas te dire. »

V. DISCUSSION

1. Forces et faiblesses de l'étude

A. La méthode

Afin de recueillir la perception et l'attitude des médecins généralistes face aux « remèdes de grand-mère », la méthode qualitative nous a paru être la plus adaptée.

L'enquêtrice n'ayant jamais réalisé de travail qualitatif, il est possible que certaines formulations ou réactions spontanées de celle-ci aient parfois pu influencer le discours des participants. Néanmoins, sa technique et son aisance se sont améliorées au fur et à mesure des entretiens.

Les premiers participants n'ont donc pas eu la même qualité d'écoute et de guidage que les derniers.

Ce type de méthode est parfois sujet aux biais d'interprétation. Afin de les limiter, un tiers des entretiens ont été relus et analysés par une autre enquêtrice (triangulation des résultats). La validité externe a été obtenue grâce à la suffisance des données à partir d'un échantillon diversifié.

De surcroît, le statut de jeune médecin de l'enquêtrice a pu influencer les réponses des participants, ces derniers pouvant craindre d'être jugés par une personne de la même profession.

B. La population étudiée

Le but de notre enquête était d'avoir la population la plus hétérogène possible. Néanmoins, le choix des participants a été réalisé au gré des réponses aux demandes de participation.

Nous avons comparé notre échantillon à la population médicale nationale afin de se situer par rapport à celle-ci.

La féminisation de la profession se poursuivant, les femmes représentent 47 % des médecins en activité régulière(11), notre étude comportait un peu plus de participants féminins que masculins (sept pour cinq) , elles étaient donc légèrement surreprésentées.

L'âge moyen des médecins dans notre échantillon était de 47 ans contre 51.2 ans au niveau national.(11)

Parmi notre échantillon, 4 exerçaient en zone rurale, 2 en semi-rurale et 4 en milieu urbain et 2 étaient remplaçants dans diverses zones.

Le lieu de rendez-vous était choisi par le médecin généraliste, nous nous déplaçons au domicile ou au cabinet des participants, ce qui leur permettait de se sentir plus rapidement à l'aise et donc de s'exprimer plus facilement. Pour ceux qui nous ont reçu au cabinet, une plage horaire de trente minutes était prévue à notre demande afin de ne pas subir la pression des patients qui attendent.

Certains participants ont été recrutés à partir de notre agenda professionnel ; ce qui pouvait induire un potentiel biais de recrutement. Néanmoins, nous avons opté pour cette méthode ; le fait que l'enquêtrice soit connue par le médecin généraliste permettait de mettre rapidement le participant en confiance rendant ainsi l'entretien plus productif.

Au niveau des compétences de chacun, nous notons la présence de 4 homéopathes sur 12 personnes soit 1/3 de la population étudiée, il est licite de nous demander si cela n'induit pas un biais de recrutement, en effet, le fait d'être homéopathe a pu favoriser la participation à nos entretiens. Inévitablement, la présence d'un anthropologue dans notre recrutement nous mène à la même réflexion. À posteriori, il serait intéressant de savoir si la saturation des données aurait tout de même été obtenue en interrogeant des médecins qui ont refusé de participer à l'étude ou qui ne se sont pas manifestés lors de nos demandes.

2. Discussion des résultats

A. Définition des RGM par les MG

Notre étude retrouve une grande disparité entre les définitions obtenues par les MG lors des entretiens.

Ainsi, au début de l'entretien, la majorité d'entre eux étaient d'accord pour dire que les RGM faisaient partie de la pharmacopée populaire. Certains intégraient également dans cette définition les croyances, les amulettes et le recours aux produits domestiques. D'autres voyaient les RGM comme des conseils. Au fur et à mesure des entretiens, on notait des confusions dans leur discours qui déviait parfois vers les médecines parallèles dont l'homéopathie ou les huiles essentielles.

L'hétérogénéité des « remèdes de grand-mère » semble expliquer l'ambiguïté de cette définition pour les médecins généralistes.

Au cours de l'entretien, un des médecins interrogés assimilait les RGM à des conseils. (P6) : « c'est aussi les conseils que la grand-mère peut donner ». Cette réflexion paraît intéressante, néanmoins pouvons-nous considérer tous les conseils comme des RGM ou inversement ? On retrouve là encore l'ambiguïté de la définition pour les MG. Effectivement, si nous reprenons notre exemple du savon contre les crampes, nous n'imaginons pas cela être une alternative ou un complément à une prescription médicamenteuse. Inversement, l'utilisation de « *maïzena dans le bain* » cité par un des médecins interviewés (P5) pourrait correspondre à un conseil donné aux enfants atteints de dermatite atopique mais peut aussi être considéré comme un RGM.

B. Domaines d'utilisation des RGM

La majorité des médecins généralistes étaient d'accord pour dire que les RGM étaient utilisés en cas de pathologies bénignes. Les pathologies les plus citées étaient les affections virales des voies aériennes supérieures et digestives, les verrues, la dermatite atopique, les rhumatismes articulaires, les poussées dentaires.

Ces résultats concordent avec l'ouvrage de Geneviève Cresson étudiant le travail domestique de santé. Ainsi pour le traitement des verrues, pathologie bénigne rencontrée quotidiennement dans 28 familles sur 40 interrogées dans son étude, les RGM (application d'ail, de couenne de lard, de pulpe de citron, de plantes sauvages sur les verrues) ont été mentionnées par 5 familles. En termes de nombre de mentions, ils arrivent après le traitement au laser par le dermatologue et le recours aux produits de contact délivrés par le pharmacien (9).

Un point de comparaison peut être établi entre notre étude et l'étude quantitative nommée « étude RGM » portant sur le point de vue et pratiques des « remèdes de grand-mère » par des médecins généralistes français (étude RGM) (12). Celle-ci démontrait que 10,7% des patients ayant consulté sur une semaine avait bénéficié d'une prescription de RGM par leur médecin traitant. Des remèdes communs à nos deux études sont mis en évidence. A titre d'exemple, dans le domaine des infections des voies aériennes supérieures : la consommation de thé au citron (avec ou sans miel) était prescrite par 34% des médecins interrogés dans l'étude RGM, la réalisation d'une désobstruction rhinopharyngée par l'instillation d'eau salée dans les narines représentait 74% de prescription et l'humidification de l'air était conseillée au patient chez 44% des MG interrogés.

Toutefois, l'utilisation de chélidoine dans le traitement des verrues et de farine d'amidon dans le bain pour les sécheresses cutanées, « remèdes de grand-mère » cités spontanément durant nos entretiens ne sont pas évoqués dans l'étude RGM. Nous pouvons penser que cette discordance est liée aux différences de conception d'étude et du questionnaire imposé dans l'étude quantitative .

A l'inverse de ces deux études françaises, les études réalisées aux USA montrent que les américains utilisent des RGM à la place d'un traitement de référence dans des pathologies plus sérieuses tel que l'hypertension artérielle ou le diabète.(13). Cela peut être expliqué par l'accessibilité et la gratuité de notre système de soins différent de celui des Etats-Unis.

C. Place de la femme dans la santé.

Depuis l'antiquité, la figure de la femme soignante, associée le plus souvent à celle de la mère est très présente. Romains, grecs, chrétiens, tous produisent des images féminines du soin. La place que la femme occupe traditionnellement dans la production sanitaire profane est construite culturellement. Il apparaît donc comme naturel que les femmes du foyer prennent soin d'autrui au nom du don de soi, de la fonction de maternage incorporée.(14)

Les études réalisées sur le soin domestique montrent la prépondérance des femmes dans la fonction de l'aidante « naturelle ». Par exemple, les enquêtes « handicap, incapacités, dépendances » réalisées en 1999 et 2001, montrent que le soin auprès de personnes âgées est réalisé à 60% par des femmes lorsqu'il s'agit de leur conjoint et à 70% lorsqu'il s'agit d'un ascendant.

Notre étude relève l'importance du rôle de la femme dans le travail domestique de santé, et particulièrement celui de la grand-mère dont les conseils sont souvent écoutés et appliqués.

Ceci est d'ailleurs retrouvé dans une étude parue en 2013(15) interrogeant les jeunes parents sur les sources relatives au savoir profane en matière d'automédication chez leurs enfants : la grand-mère maternelle a été citée dans la totalité des entretiens réalisés notamment au travers des soins prodigués par la grand-mère lorsque le parent était enfant .

Ainsi, les femmes jouent un rôle primordial dans la transmission des RGM.

Cela est mis en évidence par un des médecins interrogés : *P7 « pour les premiers examens, c'est vrai qu'à la place du mari tu vois souvent la grand-mère ou même la grand-mère seule donc je pense que oui c'est elles qui les transmettent »*. Même si cela n'a pas clairement été établi dans notre étude, cette transmission mère-fille semble être une cause de la survivance des RGM, on peut penser que les mères ou grand-mères sont considérées comme ayant l'expérience en matière de santé expliquant l'application de leurs remèdes.

Ce rôle est particulièrement prépondérant dans les sociétés non-occidentales, à ce titre, le centre d'expertise de nutrition a supervisé la mise au point d'un guide par Judi Aibel, anthropologue et fondatrice de Grand Mother Project afin d'impliquer les grand-mères dans la promotion de la nutrition, la santé et le développement de l'enfant en Afrique. Une de ses études réalisée en 2005 a révélé que bien que les connaissances et les pratiques des grand-mères soient propres à leur culture, les rôles qu'elles jouent dans les familles sont universels. Ils consistent essentiellement à prendre soin, conseiller et enseigner.

De plus, cette étude a mis en évidence le fait que non seulement les grand-mères sont impliquées dans la promotion du bien-être des jeunes femmes et de la famille mais aussi dans celui de la communauté. L'étude a aussi révélé que dans la plupart des cas, les rôles principaux des grand-mères sont semblables que ce soit dans les contextes ruraux ou urbains. (16)

Dans les sociétés occidentales, malgré l'arrivée massive des femmes sur le marché du travail ce médecin pense que le rôle de la grand-mère perdure en matière de transmission et de conseil : *P6 « donc le premier des médecins de famille c'est les remèdes de grand-mère avec la relation jeune vieux entre guillemets encore actuellement puisque femme et homme travaillent et n'ont plus le temps de s'occuper de l'enfant, l'enfant est mis chez la grand-mère »*.

Qui plus est, l'étude Loisel dont l'objectif était d'explorer la question de la transmission (ou de la non-transmission) du savoir-faire culinaire entre les mères et leurs filles, (17) démontre que cette transmission mère-fille ne s'arrête pas au seul domaine de la santé et est ainsi transposable en cuisine. Dans cette enquête, les mères et filles étaient interrogées de façon différée, ni l'une ni l'autre ne faisaient référence à une transmission « formalisée », mais bien plus à des échanges, des contacts, qui allait de l'observation passive à la participation active. Il ressort, de manière évidente, que ce sont beaucoup plus des valeurs et des représentations qui sont transmises que des savoir-faire techniques. Cela est à l'image du rôle de soin et de bienveillance que la grand-mère renvoie en matière de santé.

D. Eléments influant sur la perception des RGM par le généraliste.

Le vécu du MG semble influencer sa perception globale des RGM et en conséquence jouer un rôle dans sa pratique courante.

À ce sujet, quelques-uns ont évoqué, leur enfance et/ou leurs traditions familiales leur permettant d'avoir un autre regard et d'éviter des jugements trop hâtifs envers leurs patients à propos des RGM : P2 « *je ne leur ris pas au nez parce que je trouve pas ça...déjà de par ma culture quand j'étais petite j'ai vu ça chez moi donc ça me choque pas plus que ça [...] quand on avait une grippe ou un gros rhume maman me faisait un grog c'était du rhum avec du sucre on était content parce qu'on avait le droit de boire ça* »

A l'image du discours de ce médecin, les souvenirs d'enfance étaient retrouvés dans le discours des filles de l'étude Loisel détaillée plus haut dans notre discussion (17), elles se remémoraient des souvenirs agréables ou drôles relatant leurs premiers exploits culinaires.

Effectivement, selon le Dr Simone Gerber(1), « les médecins sont des humains issus de cultures et de traditions parentales et sociales qui n'ont pas comme seule source la science et la rationalité. Nos pratiques médicales ne sont jamais totalement exemptes de ces modes de pensée hérités de nos éducations et des messages transmis par les générations passées ».

Reconnaître ce savoir populaire peut constituer un risque pour le médecin : celui de partager et donc de perdre sa suprématie, son pouvoir. Il reconnaît dans le patient, un sujet détenant des connaissances complémentaires aux siennes et capable lui aussi de réflexion et de décision (18). S'ouvrir à cet alter ego n'est pas toujours chose aisée pour le professionnel : cela implique nécessairement de se remettre en question, de se laisser pénétrer par la pensée d'autrui, d'accepter de faire avec ce qui vient de l'autre.(6)

Un partage effectif des connaissances permet d'accéder à une co-décision du médecin et du patient. Cela a des répercussions très concrètes en médecine, notamment dans l'amélioration de l'observance du traitement médicamenteux.(19)

Dans notre étude, certains généralistes rapportent utiliser des RGM à des fins personnelles ainsi que professionnelles. Par exemple, P7 « *je te parlais de la maïzena dans le bain pour l'avoir testé personnellement sur mes enfants, pour une fois c'est un patient qui me l'a appris ! et moi je l'ai utilisé et après j'en parle aussi aux autres mamans !* »

Une étude américaine portant sur la Médecine Complémentaire et Alternative (MCA), intégrant les remèdes populaires, a permis de déterminer les facteurs orientant le médecin dans la prescription d'un traitement de ce type. Dans cette étude, la recommandation du médecin concernant la MCA était plus fortement associée à l'auto-utilisation de celle-ci par le médecin. ainsi, les praticiens qui utilisaient à titre personnel une ou plusieurs de ces thérapeutiques étaient presque 7 fois plus susceptibles de le recommander à leurs patients.(20)

La croyance en l'efficacité de certaines modalités de MCA et la réalisation d'une formation dans ce domaine étaient associées à une fréquence plus élevée de recommandations du médecin pour les patients. Pour les remèdes populaires par exemple, l'utilisation était de 7% pour les médecins ayant reçu une formation contre 2% pour les autres.

Par ailleurs, la plupart des médecins (60%) souhaitaient en savoir plus sur la MCA. Les femmes médecins étaient plus intéressées que les hommes médecins (91,0% vs 80,1%; $P = 0,02$). Parmi les raisons du désir de connaissance sur la MCA on retrouve « vouloir dissuader le patient si une méthode alternative est dangereuse et / ou inefficace » et « recommander une méthode au patient sûre et efficace ».

Les caractéristiques socio-démographiques des médecins généralistes semblaient jouer un rôle sur la perception des RGM. De prime abord, il apparaissait que les points de vue des médecins généralistes concernant les utilisateurs des RGM discordaient selon leur lieu d'exercice. Ainsi, les médecins ruraux attribuaient plutôt les « remèdes de grand-mère » aux personnes âgées et de faible niveau socio-culturel. *P4 âgé de 59 ans « c'est un peu tous les petits trucs que faisaient les vieux »* ou *P1 âgé de 51 ans « je te parlais du milieu social, plus tu es haut moins tu utilises ce genre de chose »*. Tandis que les médecins urbains avaient un avis divergent : *P11 âgé de 47 ans : « les catégories socio-professionnelles et éducatives que ça touche ce serait plutôt des niveaux supérieurs et je pense que [...] les gens qui ont un niveau éducatif faible vont chez le médecin »* ou *P5 âgée de 27ans « bon y'a le cliché du patient bobo qui aime les choses naturelles mais j'ai pas l'impression que ce soit limité à un âge »*. Ils mettaient en avant l'évolution de la société « *aujourd'hui on a aussi un mode de quête de soins un peu plus naturel, un peu plus bio un peu moins agressif un peu moins antibio* » nous laissant penser que cette quête d'un mode de vie « sain et naturel » pourrait expliquer la subsistance de ces remèdes populaires. Le discours de ce médecin pourtant rural âgée de 32 ans apportait une nouvelle perspective : *P3 « Il y a quand même des jeunes mamans qui disent j'ai donné un « bib » avec une cuillère de miel...donc non y'a quand même toutes catégories [...] Ils aiment bien le côté naturel des choses et les médecines de grand-mère ça reste des choses simples et accessibles et pas nocives pour la santé »*.

Il semblerait donc que la perception des RGM ne soit pas liée uniquement au lieu d'exercice mais aussi à l'âge du médecin. Ces opinions divergentes sembleraient être également le reflet d'un écart générationnel.

Dans « l'étude quantitative RGM » faite en avril 2018, étudiant l'association entre les caractères sociodémographiques des médecins généralistes et leur fréquence de prescription de RGM, seuls les médecins de moins de 35 ans étaient associés à une plus grande fréquence de prescription de RGM mais cela uniquement en analyse univariée et n'a pas été confirmé en analyse multivariée.

Notre étude n'a pas relevé de divergences d'opinion flagrantes en fonction du sexe des participants.

E. Validité et reconnaissance scientifique des RGM

Notre étude a montré qu'au cours des consultations de médecine générale, les praticiens pouvaient avoir besoin si ce n'est de conseiller, de donner les précautions à prendre aux patients sur l'utilisation des remèdes à la maison.

De nombreux généralistes donnaient leur approbation à l'utilisation des « remèdes de grand-mère » sous « conditions », P8 : *« j'trouve que des fois ça peut être un bon appoint si c'est inoffensif déjà [...] Si y'a un p'tit bénéfice que ça permet d'éliminer un peu la iatrogénie et qu'il y'a pas de danger ou d'arnaque »*

Néanmoins, la plupart de nos connaissances sont issues de l'Evidence Based Medecine qui s'est constituée sur des faits retrouvés dans le cadre de publications scientifiques. Or, on ne compte que peu d'études accordées au domaine des RGM ; entraînant probablement une disparité de pratiques de la part des médecins.

L'exception en termes de publication est celle de l'utilisation du miel. Ainsi, L'analyse de la littérature internationale démontre l'intérêt porté aux propriétés du miel (plus de 10000 articles référencés sur Pubmed).

L'application de miel comme topique représente un traitement simple, peu risqué, et facile à se procurer. Son spectre d'activité est large et couvre en particulier tous les germes mis en cause dans les infections cutanées. Parmi une revue de la littérature (21) réalisée à partir de sources de haut niveau de preuve scientifique portant sur les propriétés du miel, les essais contrôlés randomisés publiés concernant la mucite, la toux, et les brûlures retrouvaient une

efficacité du miel. Les traitements classiques proposés dans les escarres, les brûlures, les ulcères, la toux, et la mucite peuvent parfois conduire à des échecs thérapeutiques ou être inexistantes. Le miel pourrait alors servir de complément ou d'alternative thérapeutique.

Certains remèdes populaires sont recommandés par d'autres experts, ainsi les bains d'amidon sont utilisés en service de Dermatologie dans le cadre de dermatite atopique ou de psoriasis, l'utilisation d'huile d'amande douce est recommandée par les ORL dans le cadre d'eczéma du conduit auditif externe mais n'ont pas fait l'objet d'étude à part entière.

Parallèlement, d'autres RGM sont à proscrire ou à utiliser avec précautions. A ce titre les colliers d'ambre cités plusieurs fois dans les entretiens connaissent aujourd'hui un engouement de la part des parents. Malheureusement, si leur pouvoir antalgique n'a pas été scientifiquement prouvé, les accidents de strangulation sont bien réels.(22)

F. Apport de l'évolution de la relation médecin-malade dans l'attitude des MG face aux patients y ayant recours.

Bien souvent, le patient n'ose pas aborder ouvertement les RGM par peur que ses propos soient négligés ou disqualifiés. Ceci est relevé par un des médecins interrogés P8 : *« y'a des patients qui disent on va pas le dire au docteur qui ont peur de passer pour un...ils ont peur qu'on trouve ça ridicule ».*

Cette attitude paternaliste crainte par le patient aurait consisté à retrouver dans le discours des médecins interrogés une ignorance voire une dévalorisation du savoir profane du patient, considérant ses représentations comme fantaisistes. Or aucun des médecins n'est resté insensible à ce sujet et la majorité y semblait même ouverte, étant à l'écoute du patient afin de relever d'éventuelles pratiques dangereuses.

P11 : *« le médecin doit être ouvert, il doit pas juger, il doit être ouvert après il peut conseiller, il peut dire ce qu'il en pense, il peut orienter euh... mais voilà en tout cas il doit être ouvert parce que si d'entrée de jeu on est fermé à ça ou autre chose bah le patient nous dit plus rien [...] sinon on n'en sait que la moitié et savoir que la moitié c'est pas forcément idéal pour notre expertise. »*

Ils pouvaient alors donner les précautions à prendre tout en considérant les représentations et croyances du malade sans réserve, ni jugement. Le patient se sent considéré, tel qu'il est, écouté

et compris, il devient plus autonome comme sujet libre et pensant, participant aux prises de décisions permettant une meilleure alliance thérapeutique.

Le patient n'est plus « l'objet », mais le sujet des soins qui lui sont délivrés. La démarche de prescription laisse alors place à une démarche d'éducation.(23)

Cela rejoint le concept d'approche centrée sur le patient développé à partir des travaux du Dr Balint (24) ayant pour but d'aboutir à la construction conjointe d'une option de soins, au suivi de sa mise en œuvre et à son ajustement dans le temps.

Comme nous l'avons vu, les RGM pouvaient être assimilés à des conseils, selon le médecin P11 « *la culture de la prescription était un frein à la délivrance de conseils* », ainsi, la délivrance de RGM avait-elle un impact sur la relation médecin-malade ?

Le médecin P3 répond à cette question : « *Oui parce que ça ne nous décrédibilise pas forcément, le fait de dire que le miel ou le citron c'est bien ben non ils disent qu'on n'est pas arrêté que sur nos médicaments et c'est ce qu'ils recherchent quand même* »

A ce propos, une étude parue en 2013(25) dont l'objectif était d'explorer le ressenti des patients et des MG vis-à-vis d'une consultation médicale sans prescription médicamenteuse, les patients ne considéraient pas l'ordonnance comme une attente prioritaire même si celle-ci était « quasi » systématique à l'issue des consultations. Le médicament n'était pas toujours considéré comme une solution à leurs problèmes, et certains exprimaient même des réticences à son utilisation. La non-prescription pouvait être perçue comme un message rassurant.

En ce sens l'absence d'ordonnance n'apparaît en aucun cas comme un motif de détérioration de la relation patient/médecin, au contraire, d'après une enquête de l'Ipsos (Institut Politique de Sondages et d'Opinions Sociales) auprès de 4 000 patients et 1 000 médecins Européens (26) : 86% des Français déclarent qu'ils auraient confiance dans un médecin qui ne leur prescrirait aucun médicament à la fin de la consultation. Huit sur dix déclarent avoir confiance dans un médecin sachant remplacer certains médicaments par des conseils utiles. Ils sont quasi unanimes à déclarer que des attitudes de ce type valoriseraient l'image qu'ils ont de leur médecin. Ce dernier point est d'ailleurs un argument auquel les médecins sont sensibles : près de 6 praticiens français sur 10 jugent que le fait de donner 'plus de conseils' et 'moins de médicaments' à leurs patients serait de nature à conforter leur image.

Cette délivrance de « conseils » a été également discutée lors du déremboursement de certaines molécules, ce qui a été évoqué par deux médecins interviewés. A ce titre d'après une thèse étudiant des pistes de réflexions pour une autre pratique de prescription en médecine

générale(27), le déremboursement de centaines de molécules, notamment dans le cadre de pathologies bénignes, a été vécu comme un soutien pour quelques médecins généralistes « défenseurs » de la non-prescription.

Ainsi, ils bénéficieraient d'arguments supplémentaires face au patient pour ne pas prescrire, et recentrer leur discours sur l'éducation et la délivrance de conseils. Ces médecins prônaient souvent l'efficacité thérapeutique du praticien, et ne défendaient pas forcément la nécessité de molécules au Service Médical Rendu faible utilisées dans le but d'un effet placebo. Ils paraissaient plus en faveur du « remède médecin » à travers sa réassurance et ses conseils.

VI. CONCLUSION

Notre étude a permis de questionner un ensemble de médecins généralistes à propos des « remèdes de grand-mère ». Bien que la définition exacte se soit révélée ambiguë pour les généralistes, leur perception était plutôt positive et l'apport de ces médecines populaires pouvait être intéressant dans les pathologies jugées bénignes. Le vécu du médecin généraliste et ses caractéristiques socio-démographiques avaient un impact dans la perception globale de ces pratiques.

La subsistance de ces remèdes populaires pourrait être expliquée par plusieurs phénomènes. Tout d'abord la transmission intrafamiliale essentiellement mère-fille qui joue un rôle déterminant dans la survivance de ces « remèdes de grand-mère ». Ensuite, vient la quête d'un mode de vie « sain et naturel » induisant de nouveaux comportements et modes de consommation et d'achats, plus respectueux de l'homme, de la biodiversité et des territoires.

L'attitude du médecin face aux « remèdes de grand-mère » dans notre étude traduit bien l'évolution d'une « relation médecin-malade paternaliste » vers le « modèle de la décision partagée ». Pour la majorité des médecins interrogés, on relevait un rôle d'écoute et une ouverture d'esprit envers les patients y ayant recours.

Malgré quelques inquiétudes relatives au retard de guérison et/ou l'établissement d'un diagnostic, les médecins généralistes ont conscience que le dialogue établi avec le patient au sujet de l'utilisation des « remèdes de grand-mère », permet de délivrer les conseils et précautions à prendre dans un respect mutuel des connaissances, croyances et représentations, du sens et de la valeur attribués à la maladie et aux thérapeutiques.

VII. BIBLIOGRAPHIE

1. GERBER S. Pédiatrie croyances et rituels de soins. Coq Héron. 15 juin 2000;(161).
2. OCDE. Panorama de la santé 2017 : Les indicateurs de l'OCDE. Editions OCDE. Paris; 2017.
3. LAPLANTINE F. La médecine populaire des campagnes françaises aujourd'hui. Jean-Pierre Delarge; 1978. 234 p.
4. HAXAIRE C. Du médicament du point de vue du médecin au remède du point de vue du malade. In: Médecine, santé et sciences humaines sous la direction de : BONAHE Christian, HAXAIRE Claudie, MOUILLIE Jean-Marc , PENCHAUD Anne-Laurence, VISIER Laurent. Les Belles Lettres. 2011. p. 708. (Médecine & Sciences Humaines; vol. 17).
5. PLANELLES G. Les 1001 expressions préférées des Français - Edition définitive. L'opportun Eds De; 2018. 1184 p.
6. DENIS B. La médecine populaire des poussées dentaires : Approches biomédicale, anthropologique et psychanalytique. Angers; 2010.
7. SAILLANT F. Les recettes de médecine populaire. Pertinence anthropologique et clinique. Anthropol Sociétés. 1990;14(1):93-114.
8. PARISIUS LM, STOCK-SCHROER B, BERGER S, HERMANN K, JOOS S. Use of home remedies: a cross-sectional survey of patients in Germany. BMC Fam Pract. 11 juin 2014;15(1):116.
9. CRESSON G. Le travail domestique de santé. L'Harmattan; 1995. (Logiques sociales).
10. HENNEBO N. Guide du bon usage de l'analyse par la théorisation ancrée par les étudiants en médecine. 2009.
11. La démographie médicale 2017 en chiffres - Le Point [Internet]. [cité 9 juin 2018]. Disponible sur: http://www.lepoint.fr/societe/la-demographie-medicale-2017-en-chiffres-12-10-2017-2163947_23.php
12. BONIFACIO A. Point de vue et pratiques des remèdes de grand-mère par des médecins généralistes français : l'étude RGM. 2018.
13. ARCURY TA, GRZYWACZ JG, STOLLER EP, BELL RA, ALTIZER KP, CHAPMAN C, et al. Complementary Therapy Use and Health Self-Management Among Rural Older Adults. J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci. sept 2009;64B(5):635-43.
14. JACQUES B. Le soin est-il féminin? In: Médecine, santé et science humaines sous la direction de BONAHE christian, HAXAIRE Claudie, MOUILLIE Jean-Marc, PENCHAUD Anne-Laurence et VISIER Laurent. Les Belles Lettres. 2016. (Médecine & Sciences Humaines).
15. CLEMENT F-X. Comment et à partir de quelles sources se construit le savoir profane des jeunes parents citadins en matière d'automédication de leurs enfants ? Etude qualitative sur des parents d'enfants de moins de 6 ans de l'agglomération nantaise. [Nantes]; 2013.

16. AUBEL J. Involving Grandmothers to Promote Child Nutrition, Health and Development. A guide for programme planners and managers. 2015.
17. LOISEL J pierre, COUVREUR A. DE LA TRANSMISSION A L'APPRENTISSAGE DES SAVOIR-FAIRE CULINAIRES : regards croisés de filles et de mères. 2004;
18. BREMOND A, GOFFETTE J, MOUMJID-FERDJAOUI N. Qui décide en médecine ? : La relation médecin-malade : entre obéir, consentir et s'accorder. In: Manuel pour les études médicales, sous la direction de MOUILLIE Jean- Marc, LEFEVE Céline et VISIER Laurent. Paris; 2007. p. 667. (Médecine & Sciences Humaines).
19. HAXAIRE C. La participation du malade aux soins : comment le médicament devient-il un remède ? L'observance dans le traitement médicamenteux : les apports de l'anthropologie. In: Médecine et sciences humaines Manuel pour les études médicales, sous la direction de MOUILLIE Jean-Marc, LEFEVE Céline et VISIER Laurent. Les Belles Lettres. Paris; 2007. p. 667. (Médecine & Sciences Humaines).
20. CORBIN WINSLOW L, SHAPIRO H. Physicians Want Education About Complementary and Alternative Medicine to Enhance Communication With Their Patients. Arch Intern Med. 27 mai 2002;162(10):1176.
21. BALAS F. Les propriétés thérapeutiques du miel et leurs domaines d'application en médecine générale: revue de la littérature. :86.
22. FAUCOMPREZ R. Les remèdes de grand-mère en odontologie entre tradition et modernité, leurs vertus et leurs limites. Lille 2; 2015.
23. HAXAIRE C. La participation du malade aux soins : L'éducation thérapeutique du patient. In: Médecines et sciences humaines Manuel pour les études médicales sous la direction de Jean-Marc MOUILLIE, Céline LEFEVE et Laurent VISIER. Les Belles Lettres; 2009. (Médecine & Sciences Humaines).
24. PERDRIX C, GOCKO X, PLOTTON C. La relation médecin-patient. Exercer. 2017;(132):187-8.
25. FIQUET L, GRIMAULT C, ALLORY E. La consultation sans prescription médicamenteuse. Exercer. 2013;(110 (supp.3)):82-3.
26. IPSOS. Le rapport des Français et des Européens à l'ordonnance et aux médicaments. 2005;
27. DROT C. Déremboursements médicamenteux, reports de prescriptions et réflexions pour une autre pratique prescriptive en médecine générale. [Lyon]; 2014.

VIII. ANNEXES

1. Annexe 1 : SCRIPT D'ENTRETIEN (détaillé avec notes pour éventuelles relances)

Présentation :

- Age
- Sexe
- Poste occupé (remplacement, collaboration, installés)
- Activités en parallèle du libéral
- Type d'exercice (rural / semi-rural / urbain) actuel ou prévu
- Type de patientèle (famille, enfants, femmes, personnes âgées, variée)
- Ancienneté d'exercice
- Formation particulière (DU, DESC)
- Milieu familial

1. Comment définiriez-vous les « remèdes de grand-mère » ?

Pharmacopée populaire (potions, infusions, lotions, onguents, lavements, purgatifs)

Mode de transmission

Recours à un intermédiaire

Symbolique grand-mère / mère

Utilisation de produits domestiques

Exemple de remède de grand-mère

2. Que pouvez-vous me dire de l'utilisation de remèdes de grand-mère dans votre patientèle ?

Engouement pour ces médecines

Echec la médecine conventionnelle.

Option thérapeutique alternative / complémentaire

Insatisfaction du patient dans sa relation avec son médecin

Appétence pour le naturel/spirituel

Être acteur de sa santé

Effet internet

Type de population concerné

3. Quels sont les situations et motifs pour lesquels vos patients ont eu recours aux remèdes de grand-mère ?

Pathologies pédiatriques (hyperthermie, constipation, pédiculose, maux dentaires)

Pathologies ORL (rhinite, otite)

Pathologies dermatologiques (acné, piqure d'insecte, eczéma, verrues, pédiculose)

Pathologies rhumatologiques (entorse, arthrose)

Cancérologie

4. Quels sont d'après vous les avantages et les inconvénients de ces pratiques ?

AVANTAGES :

Évite usage de médicaments dans certaines pathologies

Effet placebo

Place du traitement (appoint/Complément ou alternative thérapeutique)

Coût (Économique)

Influences sur la relation médecin-malade (amélioration, préservation)

INCONVÉNIENTS

Rapidité du diagnostic (Retard diagnostic / thérapeutique)

Techniques délétères, dangerosité

Efficacité des techniques

Médecines non fondées sur des preuves

5. D'après vous, quel est l'Attitude du médecin à adopter face à ces pratiques ?

Volonté d'intégrer ces remèdes dans certaines situations

Simple conseiller

Indifférent le patient est libre de son choix

Volonté de ne pas entrer dans l'intimité du patient / peur du jugement

Non intéressé ou non sollicité par les patients

Encourager à demander un avis médical

Garder un esprit critique

Conseiller

Écouter pour déceler les techniques délétères / risque de retard diagnostic ou thérapeutique

6. Pour finir, utilisez-vous personnellement des remèdes de grand-mère ?

2. Annexe 2 : Retranscription des entretiens (cd-rom)

PERCEPTION DES « REMEDES DE GRAND-MERE » PAR LES MEDECINS GENERALISTES DE LA SOMME

Étude qualitative

Introduction : Les médecins généralistes ne sont pas toujours les premiers intervenants dans le traitement des symptômes liés aux pathologies jugées bénignes. Dans la plupart des cas, ceux-ci sont pris en charge par l'intéressé lui-même ou par un tiers, le plus souvent féminin. Ce constat nous amène à reconnaître l'existence d'un travail sanitaire profane, et donc, d'un savoir médical populaire se distinguant de la médecine fondée par les preuves enseignée aux praticiens. L'étude analyse ces pratiques populaires en se focalisant sur l'utilisation « des remèdes de grand-mère ». L'objectif principal de cette étude est de recueillir la perception des médecins généralistes à propos de ceux-ci et également de connaître leur attitude face aux patients y ayant recours. **Méthode :** Étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de généralistes installés ou remplaçants dans la Somme. **Résultats :** Douze généralistes ont été interrogés. Leur perception était positive et l'apport de certaines de ces pratiques était intéressant dans le traitement des affections bénignes. Les remèdes utilisés par le patient étaient pris en compte par les médecins car ils avaient conscience que ceux-ci pouvaient parfois retarder la guérison et/ou l'établissement d'un diagnostic mais aussi jouer un rôle dans l'observance d'un traitement. **Discussion :** Le vécu du médecin généraliste et ses caractéristiques socio-démographiques semblaient avoir un impact dans la perception globale de ces pratiques. **Conclusion :** La considération de ces pratiques permettait d'accéder à une meilleure alliance thérapeutique entre le médecin et son patient.

Mots clés : médecine populaire, remèdes de grand-mère, place de la femme dans la santé, vécu du médecin, relation médecin-malade.

PERCEPTION OF « HOME REMEDIES » BY THE GENERAL PRACTITIONERS FROM THE SOMME

a qualitative study

Introduction: General practitioners are not always the first responders in the treatment of symptoms related to benign illnesses. In most cases, these are taken in charge by the person concerned himself or by a third most often female. This observation allows us to recognise the existence of a lay health work, and so, the existence of a popular medical knowledge concerning illness which differs from the evidence-based medicine taught to doctors. The study analyse these popular practices focusing on the use of "home remedies", otherwise known as "old wives' cures". The main objective of this study is to gather the perception of general practitioners in "home remedies" and to know their attitudes towards the people that use them. **Method:** qualitative study based on semi-structured interviews with general practitioners installed or substitutes in the Somme. **Results:** twelve general practitioners were interviewed. Their perceptions of "home remedies" were positive, and the contribution of of some of these practices can have an interesting part to play in the treatment of benign illnesses. The "home remedies" used by patients were taken into consideration by the doctors because they were aware that these remedies could sometimes not only delay the patients' recovery and/ or the establishment of a medical diagnosis but also could play a role in the compliance of the treatment. **Discussion:** both the general practitioners' personal experience and their socio-demographic characteristics seemed to have an impact on on the overall perception of these practices. **Conclusion:** awareness of these practises allowed access to a better therapeutic alliance between a doctor and his/her patient.

Key words: popular medicine, home remedies, the place of women in health, doctor's personal experience, doctor-patient relationship.