



HAL
open science

Attitudes et perceptions des médecins généralistes face à la demande croissante des patients pour l'utilisation des médecines alternatives et complémentaires

Hugo Charhon, Alizée Michel

► To cite this version:

Hugo Charhon, Alizée Michel. Attitudes et perceptions des médecins généralistes face à la demande croissante des patients pour l'utilisation des médecines alternatives et complémentaires. Sciences du Vivant [q-bio]. 2020. dumas-02952362

HAL Id: dumas-02952362

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02952362>

Submitted on 29 Sep 2020

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.

Attitudes et perceptions des médecins généralistes face à la demande croissante des patients pour l'utilisation des médecines alternatives et complémentaires.

T H E S E E N B I N Ô M E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES

DE MARSEILLE

Le lundi 30 avril 2020

Par Madame Alizée MICHEL

Née le 17 août 1991 à Avignon

Par Monsieur Hugo CHARHON

Né le 31 mai 1991 à Paris 14^{ème}

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MEDECINE GENERALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur PAGANELLI Franck

Président

Monsieur le Docteur LAMARCHI Jean-François

Directeur

Monsieur le Professeur Associé GUIDA Pierre

Assesseur

Monsieur le Professeur DURAND Jean-Marc

Assesseur

Attitudes et perceptions des médecins généralistes face à la demande croissante des patients pour l'utilisation des médecines alternatives et complémentaires.

T H E S E E N B I N Ô M E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES

DE MARSEILLE

Le lundi 30 avril 2020

Par Madame Alizée MICHEL

Née le 17 août 1991 à Avignon

Par Monsieur Hugo CHARHON

Né le 31 mai 1991 à Paris 14^{ème}

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MEDECINE GENERALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur PAGANELLI Franck

Président

Monsieur le Docteur LAMARCHI Jean-François

Directeur

Monsieur le Professeur Associé GUIDA Pierre

Assesseur

Monsieur le Professeur DURAND Jean-Marc

Assesseur

AIX-MARSEILLE UNIVERSITE

Président : Yvon BERLAND

FACULTE DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES

Doyen : Georges LEONETTI

Vice-Doyen aux Affaires Générales : Patrick DESSI
Vice-Doyen aux Professions Paramédicales : Philippe BERBIS

Assesseurs :

- * aux Etudes : Jean-Michel VITON
- * à la Recherche : Jean-Louis MEGE
- * aux Prospectives Hospitalo-Universitaires : Frédéric COLLART
- * aux Enseignements Hospitaliers : Patrick VILLANI
- * à l'Unité Mixte de Formation Continue en Santé : Fabrice BARLESI
- * pour le Secteur Nord : Stéphane BERDAH
- * aux centres hospitaliers non universitaires : Jean-Noël ARGENSON

Chargés de mission :

- * 1^{er} cycle : Jean-Marc DURAND et Marc BARTHET
- * 2^{ème} cycle : Marie-Aleth RICHARD
- * 3^{ème} cycle DES/DESC : Pierre-Edouard FOURNIER
- * Licences-Masters-Doctorat : Pascal ADALIAN
- * DU-DIU : Véronique VITTON
- * Stages Hospitaliers : Franck THUNY
- * Sciences Humaines et Sociales : Pierre LE COZ
- * Préparation à l'ECN : Aurélie DAUMAS
- * Démographie Médicale et Filiarisation : Roland SAMBUC
- * Relations Internationales : Philippe PAROLA
- * Etudiants : Arthur ESQUER

Chef des services généraux : * Déborah ROCCHICCIOLI

Chefs de service :

- * Communication : Laetitia DELOUIS
- * Examens : Caroline MOUTTET
- * Intérieur : Joëlle FAVREGA
- * Maintenance : Philippe KOCK
- * Scolarité : Christine GAUTHIER

DOYENS HONORAIRES

M. Yvon BERLAND
M. André ALI CHERIF
M. Jean-François PELLISSIER

PROFESSEURS HONORAIRES

MM AGOSTINI Serge
ALDIGHIERI René
ALESSANDRINI Pierre
ALLIEZ Bernard
AQUARON Robert
ARGEME Maxime
ASSADOURIAN Robert
AUFFRAY Jean-Pierre
AUTILLO-TOUATI Amapola
AZORIN Jean-Michel
BAILLE Yves
BARBOT Jacques
BARBOT André
BERARD Pierre
BERGOIN Maurice
BERLAND Yvon
BERNARD Dominique
BERNARD Jean-Louis
BERNARD Pierre-Marie
BERTRAND Edmond
BISSET Jean-Pierre
BLANC Bernard
BLANC Jean-Louis
BOLLINI Gérard
BONGRAND Pierre
BONNEAU Henri
BONNOIT Jean
BORY Michel
BOTTA Alain
BOURGEADE Augustin
BOUVENOT Gilles
BOUYALA Jean-Marie
BREMONT Georges
BRICOT René
BRUNET Christian
BUREAU Henri
CAMBOULIVES Jean
CANNONI Maurice
CARTOUZOU Guy
CAU Pierre
CHABOT Jean-Michel
CHAMLIAN Albert
CHARPIN Denis
CHARREL Michel
CHAUVEL Patrick
CHOUX Maurice
CIANFARANI François
CLAVERIE Jean-Michel
CLEMENT Robert
COMBALBERT André
CONTE-DEVOLX Bernard
CORRIOL Jacques
COULANGE Christian
DALMAS Henri
DE MICO Philippe
DESSEIN Alain
DELARQUE Alain
DEVIN Robert
DEVRED Philippe
DJIANE Pierre
DONNET Vincent
DUCASSOU Jacques

MM DUFOR Michel
DUMON Henri
ENJALBERT Alain
FAVRE Roger
FIECHI Marius
FARNARIER Georges
FIGARELLA Jacques
FONTES Michel
FRANCES Yves
FRANCOIS Georges
FUENTES Pierre
GABRIEL Bernard
GALINIER Louis
GALLAIS Hervé
GAMERRE Marc
GARCIN Michel
GARNIER Jean-Marc
GAUTHIER André
GERARD Raymond
GEROLAMI-SANTANDREA André
GIUDICELLI Roger
GIUDICELLI Sébastien
GOUDARD Alain
GOUIN François
GRILLO Jean-Marie
GRISOLI François
GROULIER Pierre
HADIDA/SAYAG Jacqueline
HASSOUN Jacques
HEIM Marc
HOUEL Jean
HUGUET Jean-François
JAQUET Philippe
JAMMES Yves
JOUVE Paulette
JUHAN Claude
JUN Pierre
KAPHAN Gérard
KASBARIAN Michel
KLEISBAUER Jean-Pierre
LACHARD Jean
LAFFARGUE Pierre
LAUGIER René
LE TREUT Yves
LEVY Samuel
LOUCHET Edmond
LOUIS René
LUCIANI Jean-Marie
MAGALON Guy
MAGNAN Jacques
MALLAN- MANCINI Josette
MALMEJAC Claude
MARANINCHI Dominique
MARTIN Claude
MATTEI Jean François
MERCIER Claude
METGE Paul
MICHOTEY Georges
MILLET Yves
MIRANDA François
MONFORT Gérard
MONGES André

PROFESSEURS HONORAIRES

MM MONGIN Maurice
MONTIES Jean-Raoul
NAZARIAN Serge
NICOLI René
NOIRCLERC Michel
OLMER Michel
OREHEK Jean
PAPY Jean-Jacques
PAULIN Raymond
PELOUX Yves
PENAUD Antony
PENE Pierre
PIANA Lucien
PICAUD Robert
PIGNOL Fernand
POGGI Louis
POITOUT Dominique
PONCET Michel
POUGET Jean
PRIVAT Yvan
QUILICHINI Francis
RANQUE Jacques
RANQUE Philippe
RICHAUD Christian
RIDINGS Bernard
ROCHAT Hervé
ROHNER Jean-Jacques
ROUX Hubert
ROUX Michel
RUFO Marcel
SAHEL José
SALAMON Georges
SALDUCCI Jacques
SAN MARCO Jean-Louis
SANKALE Marc
SARACCO Jacques
SARLES Jacques
SASTRE Bernard
SCHIANO Alain
SCOTTO Jean-Claude
SEBAHOUN Gérard
SERMENT Gérard
SERRATRICE Georges
SOULAYROL René
STAHL André
TAMALET Jacques
TARANGER-CHARPIN Colette
THOMASSIN Jean-Marc
UNAL Daniel
VAGUE Philippe
VAGUE/JUHAN Irène

VANUXEM Paul
VERVLOET Daniel
VIALETTES Bernard
WEILLER Pierre-Jean

EMERITAT

2008

M. le Professeur	LEVY Samuel	31/08/2011
Mme le Professeur	JUHAN-VAGUE Irène	31/08/2011
M. le Professeur	PONCET Michel	31/08/2011
M. le Professeur	KASBARIAN Michel	31/08/2011
M. le Professeur	ROBERTOUX Pierre	31/08/2011

2009

M. le Professeur	DJIANE Pierre	31/08/2011
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2012

2010

M. le Professeur	MAGNAN Jacques	31/12/2014
------------------	----------------	------------

2011

M. le Professeur	DI MARINO Vincent	31/08/2015
M. le Professeur	MARTIN Pierre	31/08/2015
M. le Professeur	METRAS Dominique	31/08/2015

2012

M. le Professeur	AUBANIAC Jean-Manuel	31/08/2015
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2015
M. le Professeur	CAMBOULIVES Jean	31/08/2015
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2015
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2015
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2015
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2015

2013

M. le Professeur	BRANCHEREAU Alain	31/08/2016
M. le Professeur	CARAYON Pierre	31/08/2016
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2016
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2016
M. le Professeur	HENRY Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	LE GUICHAOUA Marie-Roberte	31/08/2016
M. le Professeur	RUFO Marcel	31/08/2016
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2016

2014

M. le Professeur	FUENTES Pierre	31/08/2017
M. le Professeur	GAMERRE Marc	31/08/2017
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2017
M. le Professeur	PERAGUT Jean-Claude	31/08/2017
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2017

2015

M. le Professeur	COULANGE Christian	31/08/2018
M. le Professeur	COURAND François	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2016
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2016
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2016

EMERITAT

2016

M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2017
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2019
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2017
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2017
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2019
M. le Professeur	JAMMES Yves	31/08/2019
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2017
M. le Professeur	POITOUT Dominique	31/08/2019
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2017
M. le Professeur	VIALETTES Bernard	31/08/2019

2017

M. le Professeur	ALESSANDRINI Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2018
M. le Professeur	CHAUVEL Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2018
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2018
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2018
M. le Professeur	SEBBAHOUN Gérard	31/08/2018

2018

M. le Professeur	MARANINCHI Dominique	31/08/2021
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2019
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2019

2019

M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2020
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2020
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2020
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2020
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2020
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2020
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2020

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert	CHOSSEGROS Cyrille	GUEDJ Eric
ALBANESE Jacques	COLLART Frédéric	GUIEU Régis
ALIMI Yves	COSTELLO Régis	GUIS Sandrine
AMABILE Philippe	COURBIERE Blandine	GUYE Maxime
AMBROSI Pierre	COWEN Didier	GUYOT Laurent
ANDRE Nicolas	CRAVELLO Ludovic	<i>GUY'S Jean-Michel Surnombre</i>
ARGENSON Jean-Noël	CUISSET Thomas	HABIB Gilbert
ASTOUL Philippe	<i>CURVALE Georges Surnombre</i>	HARDWIGSEN Jean
ATTARIAN Shahram	DA FONSECA David	HARLE Jean-Robert
AUDOUIN Bertrand	DAHAN-ALCARAZ Laetitia	<i>HOFFART Louis Disponibilité</i>
AUQUIER Pascal	DANIEL Laurent	HOUVENAEGHEL Gilles
AVIERINOS Jean-François	DARMON Patrice	JACQUIER Alexis
AZULAY Jean-Philippe	D'ERCOLE Claude	JOURDE-CHICHE Noémie
BAILLY Daniel	D'JOURNO Xavier	JOUVE Jean-Luc
BARLESI Fabrice	DEHARO Jean-Claude	KAPLANSKI Gilles
BARLIER-SETTI Anne	DELAPORTE Emmanuel	KARSENTY Gilles
BARTHET Marc	<i>DELPERO Jean-Robert Surnombre</i>	KERBAUL François
BARTOLI Christophe	DENIS Danièle	KRAHN Martin
BARTOLI Jean-Michel	DISDIER Patrick	LAFFORGUE Pierre
BARTOLI Michel	DODDOLI Christophe	LAGIER Jean-Christophe
BARTOLOMEI Fabrice	DRANCOURT Michel	LAMBAUDIE Eric
BASTIDE Cyrille	DUBUS Jean-Christophe	LANCON Christophe
BENSOUSSAN Laurent	DUFFAUD Florence	LA SCOLA Bernard
BERBIS Philippe	DUFOUR Henry	LAUNAY Franck
BERBIS Julie	DURAND Jean-Marc	LAVIEILLE Jean-Pierre
BERDAH Stéphane	DUSSOL Bertrand	LE CORROLLER Thomas
<i>BERNARD Jean-Paul Retraite au 25/11/2019</i>	EBBO Mikael	LECHEVALLIER Eric
BEROUD Christophe	EUSEBIO Alexandre	LEGRE Régis
BERTUCCI François	FAKHRY Nicolas	LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
BLAISE Didier	<i>FAUGERE Gérard Surnombre</i>	LEONE Marc
BLIN Olivier	FELICIAN Olivier	LEONETTI Georges
BLONDEL Benjamin	FENOLLAR Florence	LEPIDI Hubert
BONIN/GUILLAUME Sylvie	FIGARELLA/BRANGER Dominique	LEVY Nicolas
BONELLO Laurent	FLECHER Xavier	MACE Loïc
BONNET Jean-Louis	FOURNIER Pierre-Edouard	MAGNAN Pierre-Edouard
<i>BOTTA/FRIDLUND Danielle Surnombre</i>	FRANCESCHI Frédéric	MANCINI Julien
<i>BOUBLI Léon Surnombre</i>	FUENTES Stéphane	<i>MATONTI Frédéric Disponibilité</i>
BOUFI Mourad	GABERT Jean	MEGE Jean-Louis
BOYER Laurent	GABORIT Bénédicte	MERROT Thierry
BREGEON Fabienne	GAINNIER Marc	METZLER/GUILLEMAIN Catherine
BRETELLE Florence	GARCIA Stéphane	MEYER/DUTOUR Anne
BROUQUI Philippe	GARIBOLDI Vlad	MICCALEF/ROLL Joëlle
BRUDER Nicolas	GAUDART Jean	MICHEL Fabrice
BRUE Thierry	GAUDY-MARQUESTE Caroline	MICHEL Gérard
BRUNET Philippe	GENTILE Stéphanie	MICHEL Justin
BURTEY Stéphane	GERBEAUX Patrick	MICHELET Pierre
CARCOPINO-TUSOLI Xavier	GEROLAMI/SANTANDREA René	MILH Mathieu
CASANOVA Dominique	GILBERT/ALESSI Marie-Christine	MILLION Matthieu
CASTINETTI Frédéric	GIORGI Roch	MOAL Valérie
CECCALDI Mathieu	GIOVANNI Antoine	MORANGE Pierre-Emmanuel
CHAGNAUD Christophe	GIRARD Nadine	MOULIN Guy
CHAMBOST Hervé	GIRAUD/CHABROL Brigitte	MOUTARDIER Vincent
CHAMPSAUR Pierre	GONCALVES Anthony	<i>MUNDLER Olivier Surnombre</i>
CHANEZ Pascal	GRANEL/REY Brigitte	NAUDIN Jean
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle	GRANVAL Philippe	NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
CHARREL Rémi	GREILLIER Laurent	NICOLLAS Richard
CHAUMOITRE Kathia	GRIMAUD Jean-Charles	OLIVE Daniel
CHIARONI Jacques	GROB Jean-Jacques	OOUAFIK L'Houcine
CHINOT Olivier		OVAERT-REGGIO Caroline

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

PAGANELLI Franck	ROCH Antoine	TRIGLIA Jean-Michel
PANUEL Michel	ROCHWERGER Richard	TROPIANO Patrick
PAPAZIAN Laurent	ROLL Patrice	TSIMARATOS Michel
PAROLA Philippe	ROSSI Dominique	TURRINI Olivier
<i>PARRATTE Sébastien Disponibilité</i>	ROSSI Pascal	VALERO René
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure	ROUDIER Jean	VAROQUAUX Arthur Damien
PELLETIER Jean	SALAS Sébastien	VELLY Lionel
PERRIN Jeanne	<i>SAMBUC Roland Surnombre</i>	VEY Norbert
PETIT Philippe	SARLES/PHILIP Nicole	VIDAL Vincent
PHAM Thao	SARLON-BARTOLI Gabrielle	VIENS Patrice
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique	SCAVARDA Didier	VILLANI Patrick
PIQUET Philippe	SCHLEINITZ Nicolas	VITON Jean-Michel
PIRRO Nicolas	SEBAG Frédéric	VITTON Véronique
POINSO François	SEITZ Jean-François	VIEHWEGER Heide Elke
RACCAH Denis	SIELEZNEFF Igor	VIVIER Eric
RANQUE Stéphane	SIMON Nicolas	XERRI Luc
RAOULT Didier	STEIN Andréas	
REGIS Jean	TAIEB David	
REYNAUD/GAUBERT Martine	THIRION Xavier	
REYNAUD Rachel	THOMAS Pascal	
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth	THUNY Franck	
ROCHE Pierre-Hugues	TREBUCHON-DA FONSECA Agnès	

PROFESSEUR DES UNIVERSITES

ADALIAN Pascal
AGHABABIAN Valérie
BELIN Pascal
CHABANNON Christian
CHABRIERE Eric
FERON François
LE COZ Pierre
LEVASSEUR Anthony
RANJEVA Jean-Philippe
SOBOL Hagay

PROFESSEUR CERTIFIE

BRANDENBURGER Chantal

PRAG

TANTI-HARDOUIN Nicolas

PROFESSEUR DES UNIVERSITES MEDECINE GENERALE

GENTILE Gaëtan

PROFESSEUR ASSOCIE DE MEDECINE GENERALE A MI-TEMPS

ADNOT Sébastien
GUIDA Pierre

PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES (disciplines médicales)

LOUIS-BORRIONE Claude

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AHERFI Sarah	ELDIN Carole	NINOVE Laetitia
ANGELAKIS Emmanouil (<i>dispo oct 2018</i>)	FABRE Alexandre	NOUGAIREDE Antoine
ATLAN Catherine (<i>disponibilité</i>)	FAURE Alice	OLLIVIER Matthieu
BARTHELEMY Pierre	FOLETTI Jean- Marc	PAULMYER/LACROIX Odile
BEGE Thierry	FOUILLOUX Virginie	PESENTI Sébastien
BELIARD Sophie	FRANKEL Diane	RADULESCO Thomas
BENYAMINE Audrey	FROMNOT Julien	RESSEGUIER Noémie
BERGE-LEFRANC Jean-Louis	GASTALDI Marguerite	ROBERT Philippe
BERTRAND Baptiste	GELSI/BOYER Véronique	ROMANET Pauline
BEYER-BERJOT Laura	GIUSIANO Bernard	SABATIER Renaud
BIRNBAUM David	GIUSIANO COURCAMBECK Sophie	SARI-MINODIER Irène
BONINI Francesca	GONZALEZ Jean-Michel	SAVEANU Alexandru
BOUCRAUT Joseph	GOURIET Frédérique	SECQ Véronique (<i>disponibilité</i>)
BOULAMERY Audrey	GRAILLON Thomas	STELLMANN Jan-Patrick
BOULLU/CIOCCA Sandrine	GUERIN Carole	SUCHON Pierre
BOUSSEN Salah Michel	GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné	TABOURET Emeline
BUFFAT Christophe	GUIDON Catherine	TOGA Caroline
CAMILLERI Serge	GUIVARCH Jokthan	TOGA Isabelle
CARRON Romain	HAUTIER/KRAHN Aurélie	TOMASINI Pascale
CASSAGNE Carole	HRAIECH Sami	TOSELLO Barthélémy
CERMOLACCE Michel	KASPI-PEZZOLI Elise	TROUSSE Delphine
CHAUDET Hervé	L'OLLIVIER Coralie	TUCHTAN-TORRENTS Lucile
CHRETIEN Anne-Sophie	LABIT-BOUVIER Corinne	VELY Frédéric
COZE Carole	LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina	VION-DURY Jean
CUNY Thomas	LAGIER Aude (<i>disponibilité</i>)	ZATTARA/CANNONI Hélène
DADOUN Frédéric (<i>disponibilité</i>)	LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude	
DALES Jean-Philippe	LEVY/MOZZICONACCI Annie	
DAUMAS Aurélie	LOOSVELD Marie	
DEGEORGES/VITTE Joëlle	MAAROUF Adil	
DELLIAUX Stéphane	MACAGNO Nicolas	
DESPLAT/JEGO Sophie	MAUES DE PAULA André	
DEVILLIER Raynier	MOTTOLA GHIGO Giovanna	
DUBOURG Grégory	NGUYEN PHONG Karine	
DUCONSEIL Pauline		
DUFOUR Jean-Charles		

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

ABU ZAINEH Mohammad	DEGIOANNI/SALLE Anna	POUGET Benoît
BARBACARU/PERLES T. A.	DESNUES Benoît	RUEL Jérôme
BERLAND/BENHAIM Caroline	MARANINCHI Marie	THOLLON Lionel
BOUCAULT/GARROUSTE Françoise	MERHEJ/CHAUVEAU Vicky	THIRION Sylvie
BOYER Sylvie	MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte	VERNA Emeline
COLSON Sébastien	POGGI Marjorie	

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

CASANOVA Ludovic

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

BARGIER Jacques
BONNET Pierre-André
CALVET-MONTREDON Céline
JANCZEWSKI Aurélie
NUSSLI Nicolas
ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

BOURRIQUEN Maryline

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

EVANS-VIALLAT Catherine
LUCAS Guillaume
MATHIEU Marion
MAYENS-RODRIGUES Sandrine
MELLINAS Marie
REVIS Joana
ROMAN Christophe
TRINQUET Laure

**PROFESSEURS DES UNIVERSITES et MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS
PROFESSEURS ASSOCIES, MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES mono-appartenants**

ANATOMIE 4201

CHAMPSAUR Pierre (PU-PH)
LE CORROLLER Thomas (PU-PH)
PIRRO Nicolas (PU-PH)

GUENOUN-MEYSSIGNAC Daphné (MCU-PH)
LAGIER Aude (MCU-PH) disponibilité

THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203

CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH)
DANIEL Laurent (PU-PH)
FIGARELLA/BRANGER Dominique (PU-PH)
GARCIA Stéphane (PU-PH)
XERRI Luc (PU-PH)

DALES Jean-Philippe (MCU-PH)
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH)
LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH)
MACAGNO Nicolas (MCU-PH)
MAUES DE PAULA André (MCU-PH)
SECQ Véronique (MCU-PH)

**ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ;
MEDECINE URGENCE 4801**

ALBANESE Jacques (PU-PH)
BRUDER Nicolas (PU-PH)
LEONE Marc (PU-PH)
MICHEL Fabrice (PU-PH)
VELLY Lionel (PU-PH)

BOUSSEN Salah Michel (MCU-PH)
GUIDON Catherine (MCU-PH)

ANTHROPOLOGIE 20

ADALIAN Pascal (PR)

DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)
POUGET Benoît (MCF)
VERNA Emeline (MCF)

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501

CHARREL Rémi (PU PH)
DRANCOURT Michel (PU-PH)
FENOLLAR Florence (PU-PH)
FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH)
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH)
LA SCOLA Bernard (PU-PH)
RAOULT Didier (PU-PH)

AHERFI Sarah (MCU-PH)
ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH) disponibilité octobre 2018
DUBOURG Grégory (MCU-PH)
GOURIET Frédérique (MCU-PH)
NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH)
NINOVE Laetitia (MCU-PH)

CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)

LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section)
DESNUES Benoit (MCF) (65ème section)
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401

BARLIER/SETTI Anne (PU-PH)
GABERT Jean (PU-PH)
GUIEU Régis (PU-PH)
OUAFIK L'Houcine (PU-PH)

BUFFAT Christophe (MCU-PH)
FROMNOT Julien (MCU-PH)
MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)
ROMANET Pauline (MCU-PH)
SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

ANGLAIS 11

BRANDENBURGER Chantal (PRCE)

BIOLOGIE CELLULAIRE 4403

ROLL Patrice (PU-PH)

GASTALDI Marguerite (MCU-PH)
KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH)
LEVY-MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)

**BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT
ET DE LA REPRODUCTION ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5405**

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)
PERRIN Jeanne (PU-PH)

GUEDJ Eric (PU-PH)
 GUYE Maxime (PU-PH)
 MUNDLER Olivier (PU-PH) *Sumombre*
 TAIEB David (PU-PH)

BELIN Pascal (PR) (69ème section)
 RANJEVA Jean-Philippe (PR) (69ème section)

CAMMILLERI Serge (MCU-PH)
 VION-DURY Jean (MCU-PH)

BARBACARU/PERLES Teodora Adriana (MCF) (69ème section)

**BIostatistiques, Informatique Médicale
 ET Technologies de Communication 4604**

GAUDART Jean (PU-PH)
 GIORGI Roch (PU-PH)
 MANCIN Julien (PU-PH)

CHAUDET Hervé (MCU-PH)
 DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH)
 GIUSIANO Bernard (MCU-PH)

ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section)
 BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)
 BLONDEL Benjamin (PU-PH)
 CURVALE Georges (PU-PH) *Sumombre*
 FLECHER Xavier (PU PH)
 PARRATTE Sébastien (PU-PH) *Disponibilité*
 ROCHWERGER Richard (PU-PH)
 TROPANO Patrick (PU-PH)

OLLIVIER Matthieu (MCU-PH)

CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702

BERTUCCI François (PU-PH)
 CHINOT Olivier (PU-PH)
 COWEN Didier (PU-PH)
 DUFFAUD Florence (PU-PH)
 GONCALVES Anthony PU-PH)
 HOUVENAEGHEL Gilles (PU-PH)
 LAMBAUDIE Eric (PU-PH)
 SALAS Sébastien (PU-PH)
 VIENS Patrice (PU-PH)

SABATIER Renaud (MCU-PH)
 TABOURET Emeline (MCU-PH)

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)
 BONELLO Laurent (PU PH)
 BONNET Jean-Louis (PU-PH)
 CUISSET Thomas (PU-PH)
 DEHARO Jean-Claude (PU-PH)
 FRANCESCHI Frédéric (PU-PH)
 HABIB Gilbert (PU-PH)
 PAGANELLI Franck (PU-PH)
 THUNY Franck (PU-PH)

CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE 5202

BERDAH Stéphane (PU-PH)
 DELPERO Jean-Robert (PU-PH) *Sumombre*
 HARDWIGSEN Jean (PU-PH)
 MOUTARDIER Vincent (PU-PH)
 SEBAG Frédéric (PU-PH)
 SIELEZNEFF Igor (PU-PH)
 TURRINI Olivier (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)
 BEYER-BERJOT Laura (MCU-PH)
 BIRNBAUM David (MCU-PH)
 GUERIN Carole (MCU PH)

CHIRURGIE INFANTILE 5402

GUYS Jean-Michel (PU-PH) *Sumombre*
 JOUVE Jean-Luc (PU-PH)
 LAUNAY Franck (PU-PH)
 MERROT Thierry (PU-PH)
 VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH)
 FAURE Alice (MCU PH)
 PESENTI Sébastien (MCU-PH)

LOUIS-BORRIONE Claude (PR associé des Universités)

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503

CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH)
 GUYOT Laurent (PU-PH)

FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)

CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103

COLLART Frédéric (PU-PH)
 D'JOURNO Xavier (PU-PH)
 DODDOLI Christophe (PU-PH)
 GARIBOLDI Vlad (PU-PH)
 MACE Loïc (PU-PH)
 THOMAS Pascal (PU-PH)

FOUILLOUX Virginie (MCU-PH)
 TROUSSE Delphine (MCU-PH)

CHIRURGIE PLASTIQUE,**RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛLOGIE 5004**

CASANOVA Dominique (PU-PH)
 LEGRE Régis (PU-PH)

BERTRAND Baptiste (MCU-PH)
 HAUTIER/KRAHN Aurélie (MCU-PH)

CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104

ALIMI Yves (PU-PH)
 AMABILE Philippe (PU-PH)
 BARTOLI Michel (PU-PH)
 BOUFI Mourad (PU-PH)
 MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)
 PIQUET Philippe (PU-PH)
 SARLON-BARTOLI Gabrielle (PU PH)

GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201

BARTHET Marc (PU-PH)
BERNARD Jean-Paul (PU-PH) retraite au 25/11/2019
BOTTA-FRIDLUND Danielle (PU-PH) Surnombre
 DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)
 GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)
 GRANDVAL Philippe (PU-PH)
 GRIMAUD Jean-Charles (PU-PH)
 SEITZ Jean-François (PU-PH)
 VITTON Véronique (PU-PH)

HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202

LEPIDI Hubert (PU-PH)
 LEPIDI Hubert (PU-PH)

PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

GONZALEZ Jean-Michel (MCU-PH)

DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003

BERBIS Philippe (PU-PH)
 DELAPORTE Emmanuel (PU-PH)
 GAUDY/MARQUESTE Caroline (PU-PH)
 GROB Jean-Jacques (PU-PH)
 RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)

GENETIQUE 4704

BEROUD Christophe (PU-PH)
 KRAHN Martin (PU-PH)
 LEVY Nicolas (PU-PH)
 SARLES/PHILIP Nicole (PU-PH)

DUSI

COLSON Sébastien (MCF)

BOURRIQUEN Maryline (MAST)
 EVANS-VIALLAT Catherine (MAST)
 LUCAS Guillaume (MAST)
 MAYEN-RODRIGUES Sandrine (MAST)
 MELLINAS Marie (MAST)
 ROMAN Christophe (MAST)
 TRINQUET Laure (MAST)

NGYUEN Karine (MCU-PH)
 TOGA Caroline (MCU-PH)
 ZATTARA/CANNONI Hélène (MCU-PH)

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403

AGOSTINI Aubert (PU-PH)
BOUBLI Léon (PU-PH) Surnombre
 BRETELLE Florence (PU-PH)
 CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH)
 COURBIERE Blandine (PU-PH)
 CRAVELLO Ludovic (PU-PH)
 D'ERCOLE Claude (PU-PH)

**ENDOCRINOLOGIE ,DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ;
GYNECOLOGIE MEDICALE 5404**

BRUE Thierry (PU-PH)
 CASTINETTI Frédéric (PU-PH)
 CUNY Thomas (MCU PH)

AUQUIER Pascal (PU-PH)
 BERBIS Julie (PU-PH)
 BOYER Laurent (PU-PH)
 GENTILE Stéphanie (PU-PH)
 SAMBUC Roland (PU-PH) *Surnombre*
 THIRION Xavier (PU-PH)

BLAISE Didier (PU-PH)
 COSTELLO Régis (PU-PH)
 CHIARONI Jacques (PU-PH)
 GILBERT/ALESSI Marie-Christine (PU-PH)
 MORANGE Pierre-Emmanuel (PU-PH)
 VEY Norbert (PU-PH)

LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)
 RESSEGUIER Noémie (MCU-PH)

DEVILLIER Raynier (MCU PH)
 GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)
 LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)
 LOOSVELD Marie (MCU-PH)
 SUCHON Pierre (MCU-PH)

MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF)(06ème section)
 TANTI-HARDOUIN Nicolas (PRAG)

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

IMMUNOLOGIE 4703

MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603

KAPLANSKI Gilles (PU-PH)
 MEGE Jean-Louis (PU-PH)
 OLIVE Daniel (PU-PH)
 VIVIER Eric (PU-PH)

BARTOLI Christophe (PU-PH)
 LEONETTI Georges (PU-PH)
 PELISSIER-ALICOT Anne-Laure (PU-PH)
 PIERCECCHI-MARTI Marie-Dominique (PU-PH)

FERON François (PR) (69ème section)

TUCHTAN-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

BOUCRAUT Joseph (MCU-PH)
 CHRETIEN Anne-Sophie (MCU PH)
 DEGEORGES/VITTE Joëlle (MCU-PH)
 DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH)
 ROBERT Philippe (MCU-PH)
 VELY Frédéric (MCU-PH)

BERLAND/BENHAIM Caroline (MCF) (1ère section)

BOUCAULT/GARROUSTE Françoise (MCF) 65ème section)

MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905

MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503

BENSOUSSAN Laurent (PU-PH)
 VITON Jean-Michel (PU-PH)

BROUQUI Philippe (PU-PH)
 LAGIER Jean-Christophe (PU-PH)
 MILLION Matthieu (PU-PH)
 PAROLA Philippe (PU-PH)
 STEIN Andréas (PU-PH)

MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

MEDECINE D'URGENCE 4805

BERGE-LEFRANC Jean-Louis (MCU-PH)
 SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

KERBAUL François (PU-PH)
 MICHELET Pierre (PU-PH)

**MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU
 VIEILLISSEMENT ; ADDICTOLOGIE 5301**

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH)
 DISDIER Patrick (PU-PH)
 DURAND Jean-Marc (PU-PH)
 GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)
 HARLE Jean-Robert (PU-PH)
 ROSSI Pascal (PU-PH)
 SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)

BENYAMINE Audrey (MCU-PH)
 EBBO Mikael (MCU-PH)

CASANOVA Ludovic (MCF Méd. Gén. Temps plein)
 GENTILE Gaëtan (MCF Méd. Gén. Temps plein)
 ADNOT Sébastien (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)

BRUNET Philippe (PU-PH)
 BURTEY Stéphanne (PU-PH)
 DUSSOL Bertrand (PU-PH)
 JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)
 MOAL Valérie (PU-PH)

BARGIER Jacques (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
 BONNET Pierre-André (MCF associé Méd. Gén à mi-temps)
 CALVET-MONTREDON Céline (MCF associé Méd. Gén. à temps plein)
 GUIDA Pierre (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)
 JANCZEWSKI Aurélie (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
 NUSSLI Nicolas (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
 ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

NEUROCHIRURGIE 4902

DUFOUR Henry (PU-PH)
 FUENTES Stéphane (PU-PH)
 REGIS Jean (PU-PH)
 ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)
 SCAVARDA Didier (PU-PH)

NUTRITION 4404

DARMON Patrice (PU-PH)
 RACCAH Denis (PU-PH)
 VALERO René (PU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)
 GRAILLON Thomas (MCU PH)

ATLAN Catherine (MCU-PH) *disponibilité*
 BELIARD Sophie (MCU-PH)

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

NEUROLOGIE 4901

ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)

CHABANNON Christian (PR) (66ème section)
 SOBOL Hagay (PR) (65ème section)

ATTARIAN Sharham (PU PH)
 AUDOIN Bertrand (PU-PH)
 AZULAY Jean-Philippe (PU-PH)
 CECCALDI Mathieu (PU-PH)
 EUSEBIO Alexandre (PU-PH)
 FELICIAN Olivier (PU-PH)
 PELLETIER Jean (PU-PH)

OPHTALMOLOGIE 5502

DENIS Danièle (PU-PH)
 HOFFART Louis (PU-PH) *Disponibilité*
 MATONTI Frédéric (PU-PH) *Disponibilité*

MAAROUF Adil (MCU-PH)

PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904

DA FONSECA David (PU-PH)
 POINSO François (PU-PH)

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501

DESSI Patrick (PU-PH)
 FAKHRY Nicolas (PU-PH)
 GIOVANNI Antoine (PU-PH)
 LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH)
 MICHEL Justin (PU-PH)
 NICOLLAS Richard (PU-PH)
 TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH)

PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE -
PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE 4803

BLIN Olivier (PU-PH)
 FAUGERE Gérard (PU-PH) *Surnombre*
 MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH)
 SIMON Nicolas (PU-PH)

RADULESCO Thomas (MCU-PH)

BOULAMERY Audrey (MCU-PH)

REVIS Joana (MAST) (Orthophonie) (7ème Section)

RANQUE Stéphane (PU-PH)

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)

CASSAGNE Carole (MCU-PH)

MATHIEU Marion (MAST)

L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)

TOGA Isabelle (MCU-PH)

PHYSIOLOGIE 4402**PEDIATRIE 5401**

ANDRE Nicolas (PU-PH)

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)

CHAMBOST Hervé (PU-PH)

BREGEON Fabienne (PU-PH)

DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)

GABORIT Bénédicte (PU-PH)

GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)

MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)

MICHEL Gérard (PU-PH)

TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)

MILH Mathieu (PU-PH)

BARTHELEMY Pierre (MCU-PH)

OVAERT-REGGIO Caroline (PU-PH)

BONINI Francesca (MCU-PH)

REYNAUD Rachel (PU-PH)

BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)

TSIMARATOS Michel (PU-PH)

DADOUN Frédéric (MCU-PH) (disponibilité)

DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)

COZE Carole (MCU-PH)

RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)

FABRE Alexandre (MCU-PH)

THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

TOSELLO Barthélémy (MCU-PH)

PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903**PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101**

BAILLY Daniel (PU-PH)

ASTOUL Philippe (PU-PH)

LANCON Christophe (PU-PH)

BARLESI Fabrice (PU-PH)

NAUDIN Jean (PU-PH)

CHANEZ Pascal (PU-PH)

PSYCHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PCYCHOLOGIE SOCIALE 16

GREILLIER Laurent (PU PH)

REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

AGHABABIAN Valérie (PR)

TOMASINI Pascale (MCU-PH)

RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302**RHUMATOLOGIE 5001**

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)

GUIS Sandrine (PU-PH)

CHAGNAUD Christophe (PU-PH)

LAFFORGUE Pierre (PU-PH)

CHAUMOITRE Kathia (PU-PH)

GIRARD Nadine (PU-PH)

PHAM Thao (PU-PH)

JACQUIER Alexis (PU-PH)

ROUDIER Jean (PU-PH)

MOULIN Guy (PU-PH)

PANUEL Michel (PU-PH)

PETIT Philippe (PU-PH)

VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH)

VIDAL Vincent (PU-PH)

THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4804

AMBROSI Pierre (PU-PH)

VILLANI Patrick (PU-PH)

STELLMANN Jan-Patrick (MCU-PH)

DAUMAS Aurélie (MCU-PH)

REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE 4802**UROLOGIE 5204**

GAINNIER Marc (PU-PH)

BASTIDE Cyrille (PU-PH)

GERBEAUX Patrick (PU-PH)

KARSENTY Gilles (PU-PH)

PAPAZIAN Laurent (PU-PH)

LECHEVALLIER Eric (PU-PH)

ROCH Antoine (PU-PH)

ROSSI Dominique (PU-PH)

HRAIECH Sami (MCU-PH)

Remerciements communs

A Monsieur le Professeur Paganelli,

Nous vous remercions de nous avoir fait l'honneur d'accepter de présider la soutenance de notre thèse. Nous vous remercions également pour tout ce que vous nous avez apporté dans votre service. Cela a constitué une étape importante dans notre formation et constitue une fondation certaine dans notre pratique. Soyez assuré de notre reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Durand,

Nous vous remercions d'avoir accepté de juger notre travail et de siéger dans notre jury. Votre implication dans la formation des internes passant dans votre service est précieuse. Veuillez trouver ici l'expression de nos sincères remerciements et de notre profond respect.

A Monsieur le Professeur Guida,

Nous vous sommes très reconnaissants d'avoir accepté de participer à notre jury. L'attention et le temps que vous avez consenti à allouer à notre travail nous touchent. Soyez assuré de notre respectueuse considération.

Au Monsieur le Docteur Jean François Lamarchi,

Merci d'avoir accepté de diriger cette thèse. Merci, pour tes conseils et le temps que tu nous as consacré. Entrevois ici l'expression de notre gratitude.

A Mesdames les Docteur Levesque Laetitia principalement, Docteur Raguideau Chloé, Docteur Salem Claire, Docteur Imbeault Gabrielle et Docteur Sablier Maeva,

Nos relectrices, merci pour votre analyse précieuse et merci d'avoir pris autant de temps pour nous faire croire en notre travail.

A Laura,

Merci de nous avoir aidé à rendre ce travail plus professionnel et d'avoir pris le temps de le mettre en forme.

Aux médecins interrogés pour la réalisation de cette thèse, pour votre temps et votre disponibilité. Sans vous ce travail n'aurait pas pu voir le jour. Merci infiniment.

A toutes les équipes médicales et paramédicales, à nos pairs, nos collègues, à tous ceux qui ont su nous accompagner et nous guider sur notre chemin d'internes. Merci de nous avoir fait confiance.

A tous nos patients, que nous avons soignés du mieux que nous pouvions. Merci pour tout ce que vous nous avez transmis, parfois même sans le savoir, et de nous avoir aidé à grandir en tant que personne et en tant que médecin.

Remerciements Alizée

Professionnels particuliers,

A Katia,

Au-delà d'avoir été mon maître de stage, je peux dire aujourd'hui que tu es devenue une personne chère avec laquelle j'aime échanger par exemple lors de nos repas chez Cécile :)

A l'équipe de Cardiologie du 10A de l'Hôpital Nord,

Merci de nous avoir soutenus dans ces moments hauts en émotions.

A Jérémie et Johan et Jenifer,

Pour votre patience avec nous et votre soutien à tout épreuve.

A Lauris,

Une assistante sociale hors paire et la meilleure partenaire d'internes au monde, devenue une personne chère.

A l'équipe des urgences de Cavaillon, et plus particulièrement Delphine, Clara, Stéphane, Maryline, Ambre, Isa, Mimi, Carole, Claudio, Chouchou, Mathilde, Audrey, et tous les autres,

Merci pour votre soutien et votre esprit d'équipe, j'ai beaucoup appris avec vous.

A l'équipe de Diabète et Neuro de Nouméa (Bruno, Nico, Stéphane, Isabelle, Anne-Laure, Thierry, Nicolas, Olivier, à toutes les IDE, Anais, Naline, Anissa, Ida, à Delphine, Ashley et tous les autres),

Merci pour votre chaleur, votre hospitalité et votre simplicité. Tata bisous.

A Hugo, mon gogzy,

Je n'aurais pu trouver meilleur co-thésard. Tu as été le plus attentionné et le plus drôle durant tout ce travail, et ce malgré mon irréversible folie comme tu le dis si bien. Tu as été mon complément parfait qui a su adoucir cette besogne. Clôturer ces études avec toi représente sincèrement une chance, alors du fond du coeur merci pour tout.

A ma Famille,

A papi Chou,

Toi qui, particulièrement aujourd'hui, mène ton combat comme toujours et depuis toujours avec force et bravoure sans sourciller devant chaque épreuve, je te dédis ce travail.

A mes parents si protecteurs...

Maman, mon exemple de sincérité et de justesse, toi a qui je me réfère tant dans mes moments de doutes, qui a essuyé mes larmes et renforcé mes espérances, sans toi probablement je n'en serais pas là.

Papa, la générosité et la positivité incarnées, tu éloignes les obstacles d'un revers de main comme si rien n'était impossible, je ne me laisserai jamais de me perdre dans ton regard fier et attendri.

Merci de votre soutien et de votre amour inconditionnels, merci de m'avoir toujours fait croire que c'était possible et que nous sommes les personnes les plus importantes au monde.

A mes frères...

Mon Vic, mon clown à toute épreuve et Mon Paulo, inconditionnel battant, merci d'avoir su créer une team aux valeurs si simples et équilibrées ; nos différences font notre force et nous emmènent sur le même bateau.

A Mamie Chou, Mamie Arlette, Pilou, Caroline, Sacha et Victoria, à Papi Jeannot d là-haut.

Merci d'avoir contribué au cocon dans lequel je me sentirai toujours en sécurité.

A ma Lola,

Tu es le soleil qui apporte douceur et réconfort à la famille à travers mon frère alors merci.

A Camille et Richo, ainsi que ma belle famille,

Je ne pouvais souhaiter meilleur accueil.

Ma boule, tu es d'une douceur et d'une générosité sans failles. Richarrrrd, ton indicible recherche du meilleur et du mieux me rend admirative.

A mes amis,

A ma Matou...

Indéfectible alliance, tu es la soeur que je n'ai jamais eu. Mon meilleur public, ma beauté, ma plus intime, tu accroches toujours un sourire à mes lèvres. J'irai toujours où tu iras... Merci à Guillaume que j'aime tant, de te rendre ce que tu mérites.

A Sarah et Pauline mes plus chères...

Vous êtes devenues mon essentiel, mes confidentes, mes soutiens et mes conseils. Sarah, la faculté nous a mises sur le même chemin, et je le suivrai jusqu'au bout. Ma soeur au sourire vers le haut, j'admire ta force, ta simplicité et ta franchise. Je ne me laisserais jamais de tes éclats de rire.

Pauline, notre amitié s'est forgée petit à petit et je suis si reconnaissante de t'avoir si proche de moi aujourd'hui. Tu es ma référence dans beaucoup de domaines.

Tendrement et affectueusement, merci à vous mes bootyshakeuses.

A Laure, Jojo, Bobo et Gauth,

Vous êtes indissociables des 2 personnes précédentes et chacun de vous à part entière apporte sa touche d'humour et de folie dans ce cercle si précieux à mes yeux.

A Titou, Camou (et ses filles et Charles) et Momo, mes mousquetaires...

Là encore, une amitié de longue date. Chacune a tracé sa voie en gardant un oeil bienveillant sur celle des autres. Je vous considère comme mon socle de construction, solide et indestructible. Simplement et ouvertement, merci.

Au bureau des CRH, Tiche, ChloeR, Maud, Sara, Gogzy

Quels fou-rires gravés dans ma mémoire ! Partager ce stage aussi marquant avec vous, a été une des expériences les plus importantes de ma vie. J'ai hâte de vivre nos prochaines expériences et de relever d'autres défis.

A la coloc des filles (Lise-No, Claire, Gab et MC) et à Sandra,

Votre bonne humeur et votre fraîcheur ont rendu l'internat plus rose. Vous faites partie de mes piliers de l'internat et j'espère découvrir encore avec vous ce qui nous attend par la suite.

A Laure ma première co-interne,

Tu a été le cul, j'ai été la chemise (beaucoup plus flatteur pour moi dans ce sens la) pendant tout un semestre, la blonde et la brune. Merci pour ces débuts d'internat inoubliables.

Au penthouse (T, Q, Roche), à mon Beltra, à Nassou

Synonymes de soirées et de rigolades, vous avez marqué mon internat avec votre bonne humeur et vos conneries.

A mon Tommy d'amour,

Mon danseur préféré, mon créateur de sourires et fou-rires.

A mon Beubeu,

Mon avignonnais déporté dans le nord, nos rencontres s'espacent mais c'est toujours un bonheur de partager des moments avec toi.

A Olivia,

Notre amitié a fait un grand saut entre le CM2 et nos études Montpelliéraines. Depuis, nous ne nous sommes jamais perdues de vue et je ne compte pas y remédier.

A Marie,

C'est au-delà des frontières que notre amitié a débuté et je suis sûre s'y poursuivra.

A mes mouettes Violette et Alix, et le reste de la tribu du semestre de Nouvelle-Calédonie (Anais et Antoine chefs de tribu ++, et leur disciples Arthur, Aurore, Loic, Eve, Lolo, Alison, Clem et Hugues, Mathieu et Claire, Pierre Réa, Estelle et Valentin)

Mon coeur se serre quand je pense à ces 6 mois et je vous remercie de pouvoir partager ensemble ces souvenirs encore aujourd'hui. J'espère en créer encore beaucoup d'autres avec vous.

A Sarah Coynel,

Une amitié naissante que je chéris déjà beaucoup.

A Nico et Kim, Willem, Simon et Agathe,

Je suis heureuse d'avoir fait votre connaissance, vous êtes drôles et passionnants, je vous kiffe !

Enfin, à mon Pierrot,

Tu es l'essence même de ma vie aujourd'hui. Ton soutien indescriptible et ta bienveillance infinie ont fini de me hisser sur ma dernière marche. Comme si à bout portant, tu me faisais basculer dans le bonheur. Merci pour ton amour intime et absolu.

Remerciements Hugo

A Alizée...wow... Merci d'avoir réussi à me supporter, (surtout) pendant cette thèse, d'avoir su travailler avec moi, d'avoir réussi à faire partir les crispys. Merci pour tout ce que t'as fourni. T'es bien plus qu'une parenthèse. On peut être fiers de notre bébé ! Merci aussi d'avoir su être disponible pendant les moments moins faciles. Tu peux être sûre que tout ça sera gravé en moi.

A mes parents, Merci pour tout votre amour et vos conseils tout au long de ces années. Merci pour votre soutien indéfectible et merci de m'avoir accompagné dans mes chemins de vie. Merci Papa de m'avoir donné l'envie du métier. Merci Maman de m'avoir transmis l'importance de la famille. Vous nous dites souvent que vous êtes fiers de vos enfants, mais quelle chance nous avons de vous avoir. Je vous aime.

A Laura. Tu as toujours su être là pour moi. Tu as toujours su allier la bienveillance d'une grande sœur à la complicité d'un grand frère. Même si la distance nous a éloignés notre lien reste infailible. Sache que je serai toujours là pour toi, comme tu l'as été pour moi. Je suis si fier de ma grande-petite sœur. Les parents peuvent être heureux du lien fraternel qu'ils ont su créer entre nous.

A mes grands-parents, Mamy Jacqueline et Papy Gérard, toujours présents à 98 ans. Merci pour votre force de vie, votre ouverture d'esprit, votre bonne humeur constante, vos histoires... Vous êtes un vrai exemple pour moi et pour toutes les générations qui vous suivent.

A mes grands-parents partis plus tôt, Mady, Papy Guy, Papou. Merci pour vos valeurs et votre éducation. Merci pour le sens de la famille que vous avez su fédérer, et qui est tellement présent et fort encore ce jour. C'est tellement important.

A ChloR et Tich (par ordre alphabétique !), Merci mille fois de vous être replongées dans une deuxième thèse pour nous guider. Votre aide a été si précieuse, telle un phare dans l'obscurité. Merci merci merci merci merci merci merci merci merci merci.

Vous êtes des êtres de lumières qui me font voir certaines choses différemment. A tous les moments passés dans le bureau des CRH ou en dehors, avec FonkyFlo (mon plus beau *sparring partner* en terme de divertissement) et Veit.

Au 401

A Yannis, la famille Dussin, la petite voix, la poule, que vous soyez dans ma tête ou bien en dehors, on formera toujours un squad.

A Nox, pour ton honnêteté, ton regard sur la vie et d'apporter l'équilibre dont cette coloc a besoin. T'es un vrai exemple de sincérité et de force de vie.

A Vince de la Puce, de la plume, du brunion de Bruno, \ , fidèle chevalier présent depuis le début et toujours là quand il faut. Je me languis de nos prochaines aventures.

A Jibenouille, merci d'éclairer cette coloc de ta touche verte-décalée-berlinoise. Ta simplicité de vie est réconfortante. Change pas gros !

A LéoRenard, pour tout ce que t'as apporté à cette coloc et désormais tout ce que tu apportes en dehors. T'es l'ami dont tout le monde a besoin et j'ai la chance de te compter parmi mes plus proches.

Merci pour tous les moments qu'on passe ensemble. Vous êtes tous de belles personnes chacune à votre façon. Chaque instant avec vous (même pendant le confinement) est unique. On a su recréer une famille, qui me manque dès que je quitte Marseille... Il y a vraiment peu de personnes avec qui j'aurais pu créer une telle alchimie. Pas besoin d'être en soirée pour vous dire que je vous aime. Le 401 ne mourra jamais. 401 ! 401 401 ! Merci à vos moitiés Nanne, Karo, Mag, Marie et Elsa en supplément qui viennent parfaitement agrémenter tout ça.

Aux Castors-médecins.

A Vic. « Probablement l'un des meilleurs duos français » *Télérama*.

A Poute. Dire ce que je pense nous gênerait autant l'un que l'autre alors... GG gros

A Buck, le meilleur des Morty, continue de te marrer tout le temps.

A Schmat, pour ton asiatisme gangsta perché. Reste dans le tube gros.

A Pauline, une alliance de délicatesse et d'onctuosité, la meilleure des crèmes.

A Rafou, la réincarnation de Cindy, à la fois chou et dentue, merci d'être toujours là et de me supporter encore aujourd'hui.

A Tep, un Racailleu au cœur chocolaté.

A Alice, / , un triangle ne meurt jamais, accepte le.

A Benoit, pour ton naturel et ta gentillesse, c'est toujours un plaisir de se retrouver.

A Nass, hmmmec mec ! Fidèle sous marin de sortie.

A Bulle, pour ton saucage permanent sans frontière.

A Chloé, pour tes blagues nazes.

A Alej pour ton smile constant.

A Tich, t'as déjà eu ton paragraphe, surchauffe pas ...

Je ne pouvais pas tomber mieux, pour survivre à ces études. De Saint Quay à l'Argentine, chaque moment était INTENSE. Quel groupe on a su se créer. Merci de m'avoir pris dans votre team Stan. C'est ouf de vous avoir et c'est parti pour durer tellement longtemps encore. Ça va être cornu cornu... et ça sauce. Bravo à Manon, Edouard, Tits, Henri, Aurelie, Manon E et FonkyFlo qui ont rejoint la partie.

Aux amis de Bilingue. Po, Vivi, Lola, Aurel, Ekin, Lulu, Bapti, Balto, Ben, Jano, Julio, Marin, Paul-Michel, Sacha, Tom, Youss. Et à ceux qui ont su si bien rattraper le wagon en cours de route, Tam, Candice, Cams, Sixtine, Gloomz, Clem. A Hannah, la première de la lignée Brotale. Désolé pour tous les moments que j'ai pu louper durant mes études. Quelle chance de vous avoir, pour certains depuis quasiment le tout début. L'été dernier, où j'ai pu avoir des moments privilégiés avec vous, était l'un des plus beaux. Je suis choqué par autant de brotalisme et de nectar à chacune de nos retrouvailles. Je suis tellement heureux de vous revoir à chaque fois et de constater la fidélité de notre groupe. A tous les moments cornus et aux belles histoires qu'il nous reste à écrire. Je vous aime mes brotals.

Aux Nains Taxeurs, Alex-andre, Alex-is, Guy, Polo, Tomy, Tonio. Nous fourrer ensemble aussi jeune a été une des plus belles choses qui puisse m'arriver. Merci pour toutes les conneries faites ensemble. Ensemble on arrive à rendre tout trippant (même un roi du silence). Même si on est un peu dispatché, on reste toujours soudés, c'est ouf. J'espère qu'on continuera à se re-raconter toujours les mêmes histoires anciennes et qu'on en écrira surtout des nouvelles. Je vous kiffe tellement. Merci aux générations au dessus (Lo, Lulu, Jerem, Nico, Guendol, RG, Nassim, Agathe, Matthieu, Margaux, Capuc, Martin, Jérôme, Elsa) qui ont su nous driver de la meilleure des façons et, qui nous ont montré un vrai exemple de complicité.

A Krabiche, my man. Je te dis souvent que t'as de la chance d'avoir atterri là, mais en vérité, c'est nous qui avons la chance de t'avoir. Change pas parce qu'on a encore des bons moments qui arrivent.

A Oscar, Nuggets, mon filleul. J'espère que je serai à la hauteur de la mission qui m'a été donnée, comme Sirius l'a été pour Harry. Je me languis des années à venir et des moments que l'on passera ensemble.

A Sophie, Héloïse, Suzanne et Greg (les semis), à Bo. Une famille en plus c'est toujours marrant surtout quand elle est aussi sympa que vous. Merci pour vos nouveaux regards.

Aux cousins Petre et aux cousins Sauzay. Quel plus beau terreau que celui du Lentisque quand il est bien arrosé, pour voir grandir une si belle famille ? Merci pour toute cette mixité intergénérationnelle pendant les repas ou vacances passés ensemble.

Aux Bollini, merci de m'avoir attiré ici un peu par hasard et de veiller sur moi. Même si on se voit peu, je suis content de m'être rapproché de vous.

A Nana, pour avoir veiller sur moi comme une deuxième maman pendant toutes ces années.

A P, merci d'exister, merci d'avoir été là quand il le fallait, merci pour ta bonne humeur constante, ta facilité de discussion, tes prises en charge, les « pyjama-partys ». La totale, quoi. Merci de m'avoir prêté Alizée.

A la team 10A. Maud et Sara(h) même si c'était dans la douleur, quel beau semestre passé ensemble. Merci d'avoir été aussi présentes, aussi soudées et d'avoir autant égayé mes journées pendant les moments darks. A Lauris, Jerem et Johan. Merci pour tout ce que vous nous avez apporté, des temps que vous nous avez consacrés. Heureusement que vous étiez là !

A la team de médecine interne. Eugène pour ton grain de folie constant, Marie, tellement chou de nous avoir pris sous ton aile. Léa, même arrivée en cours de route, t'as su t'adapter. A Mathieu, d'avoir su aussi bien gérer cette petite troupe. Je ne pouvais pas mieux tomber pour commencer mon internat.

A la team du BMT, médicale comme paramédicale, merci pour ces instants à l'hôpital ou en dehors. On s'est RE-GA-LE.

A la team de gynéco, avec Sophie en tête de liste, pour m'avoir fait découvrir ce merveilleux monde.

Au TVKB, Carlos 15, Pitou, Léo, Clem, Dave, Elisa, Axel, Aulenne, Celio, Ju, Troger, Maité, Maco, Prev, Gips. Que ce soit au TVKB ou ailleurs, en petit ou grand groupe, c'est toujours kiffant de poper dans vos vacances aléatoirement et d'être aussi bien accueilli. Ca donne envie de revenir.

A Valfe pour ton brotalisme meufale original. « Ça saucceeeee » de t'avoir ! Au reste de la Veule, pour nos retrouvailles qui sont toujours aussi buenos.

Aux lillois marseillais, Manon, Pau et Cheuh. Merci pour tous ces moments avec vous, kite ou non, de m'avoir presque adopté dans votre groupe le temps d'un voyage (« Les lillois au Cap Veeerrt »).

Aux autres collocs marseillaises 104, au Dellos (Mario, Philou, Edouard), au Penthouse (Q, T, Bagda), à la Source (Jambonski, Macron, Lodo, Manz), à **Gus**, partenaire de Spike, pour toutes les soirées jeux et autres divertissements...

Aux autres parisiens venus à Marseille, Willy, Alfred, Nico, Clara. A tous mes nouveaux amis marseillais. C'est buen de vous avoir ici.

Aux Moldus de Marseille, Cons, Pepe, Bere, Thib. Je suis trop content de vous avoir découverts. Merci pour votre bonne humeur constante. C'est toujours une bouffée d'air frais. Trop chou !

A la Meute, Fageot, Grâce, Quentin, Mathilde, Caz, Jeanne, Zo, Susu. Toujours saucant de vous voir que ce soit dans le Nord le Sud ou dans le Centre.

A Amélie, pour nos discussions qui m'ont fait évoluer et ont changé ma vision de certaines choses.

Aux Imberts et à la troupe de Saint Martin. Merci pour ces semaines annuelles qui valent de l'or. Vous connaissez mon amour pour le ski... mais quel bonheur de revenir avec vous chaque fois. La famille est tellement plus grande avec vous.

A JP. Petit ange poilu parti trop tôt. Tu as été là pendant presque toutes mes études mais il te manque les derniers chapitres. Merci pour tous ces moments de tête à tête.

A mes prats, Jeff, Antho, Malika, Guy, Michel. Merci de m'avoir guidé pour mes premiers pas en médecine générale. Merci de m'avoir transmis votre savoir. Vous m'avez aussi fait comprendre à quel point la confraternité était importante dans notre métier.

Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admis(e) 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.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) 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 déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

TABLE DES MATIERES

1	Introduction.....	4
1.1	Définition	5
1.2	Classification	6
1.3	Présentation des principales MAC	7
1.3.1	Homéopathie.....	7
1.3.2	Acupuncture.....	8
1.3.3	Ostéopathie.....	9
1.3.4	Mésothérapie	11
2	Matériel et méthode.....	13
2.1	Type d'étude	13
2.2	Recherche préalable	13
2.3	Population étudiée.....	14
2.4	Recueil et analyse des données	14
3	Résultats	16
3.1	Caractéristiques de la population	16
3.2	Résultats médecins	17
3.2.1	Une société en demande	17
3.2.1.1	Des besoins sociétaux.....	17
3.2.1.2	Une société de consommation	19
3.2.1.3	Impact des médias	20
3.2.1.4	Une demande dépendante du niveau socio-culturel.....	21
3.2.2	Un sujet équivoque	22
3.2.2.1	Un sujet mal connu.....	22
3.2.2.2	Manque d'appui.....	24
3.2.2.3	Un sujet parfois appréhendé.....	25
3.2.2.4	Image du médecin	26
3.2.2.5	Un sujet tabou	27
3.2.3	Adaptation des pratiques	27
3.2.3.1	Evolution des représentations	28
3.2.3.2	Se former.....	29
3.2.3.3	Diversifier son arsenal thérapeutique	31

3.2.3.3.1	Eviter les effets secondaires	31
3.2.3.3.2	Pallier aux limites de la médecine conventionnelle	31
3.2.3.4	Une démarche empirique	33
3.2.3.5	Réorientation des patients	34
3.2.3.6	Vers une médecine intégrative	35
3.2.4	Relation médecin-malade protectrice	36
3.2.4.1	Patients fragiles sujets aux dérives	36
3.2.4.2	Préserver la relation médecin-malade pour mieux surveiller	37
3.2.4.2.1	Rester ouvert et écouter	37
3.2.4.2.2	Echanger pour mieux surveiller	38
3.2.5	Décision éclairée d'un patient plus autonome	39
3.2.5.1	Médecin-conseil	39
3.2.5.2	Décision finale du patient	42
3.2.6	Besoin d'aide	43
3.2.6.1	Arrêter d'ignorer les MAC	43
3.2.6.2	Recommandations claires	44
3.2.6.3	Homogénéiser les MAC	44
3.3	Modélisation des résultats	46
4	Discussion	48
4.1	Validité	48
4.1.1	Forces	48
4.1.2	Limites	49
4.2	Rester sur ses gardes	49
4.2.1	Responsabilité médicale	49
4.2.2	Sécurité du patient	50
4.3	Ne pas ignorer les MAC pour mieux surveiller	53
4.3.1	Penser à interroger plus souvent les patients	53
4.3.2	Intégrer dans le système de soins	54
4.4	Des dispositifs encore insuffisants	55
4.4.1	Limites malgré la multiplication des dispositifs mis en place	55
4.4.2	Besoins d'aides pratiques en consultation	56
4.4.3	Les MAC laissées à l'appréciation du médecin	56
4.5	Perspectives	57
4.5.1	Un système d'évaluation à modifier	57
4.5.2	Allier MC et MAC pour un patient remis au centre	58

4.5.3	Autonomisation du patient.....	60
5	Conclusion.....	62
6	Bibliographie.....	64
7	Annexes	71
7.1	Annexe 1 – Mail demande participation	71
7.2	Annexe 2 – Guide d'entretien format initial.....	73
8	Liste des abréviations.....	75

1 INTRODUCTION

Le système de soins actuel en France, s'appuie principalement sur l' « *Evidence Based Medicine* » (EBM). Cette notion est définie comme étant l' « utilisation consciencieuse, explicite et judicieuse de la meilleure “évidence” du moment, pour une prise en charge personnalisée de chaque patient » (1).

La médecine générale n'échappe pas à cette règle. Pourtant, elle est confrontée à un champ de questionnements de la part des patients bien plus vaste que celui délimité par l'EBM. En effet, elle a la particularité d'être une médecine de proximité et de premiers recours dans l'organisation du système de soins (2). Elle doit répondre « aux problèmes de santé dans leurs dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle » des patients (3). Les médecins généralistes se retrouvent alors face aux problématiques en tout genre des patients.

Depuis plusieurs années, les médecines alternatives et complémentaires (MAC), appelées Pratiques de Soins Non Conventionnelles (PSNC) par le Ministère des Solidarités et de la Santé (MSS) (4), connaissent un véritable essor dans les pays développés (5,6). En 2002, l'OMS estimait que 75% des français avaient déjà eu recours au moins une fois à une PSNC (7).

En 2016, un rapport sur les usages des internautes en matière de recherche en santé, établi par les PagesJaunes®, estimait que les recherches en relation avec les MAC ont quadruplé entre 2013 et 2016. Même si pour une recherche concernant les MAC, on en comptabilisait 17 pour la médecine conventionnelle, il existait une augmentation de 50% entre 2015 et 2016 (soit 4 millions de recherches au total sur les MAC). (8).

Si ces derniers chiffres révèlent des « intentions », plusieurs thèses évaluent la prévalence de l'utilisation des MAC par les patients allant de 42,6% à 66,2%, en fonction des régions de France (9–11). Quant au Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM), il estimait que 40% des patients avaient recours de façon régulière à ces thérapies en 2012 (12). Cette valeur augmentait chez les patients

d'oncologie, qui déclaraient y avoir eu recours dans 60% des cas, comme rapporté dans l'étude MAC-AERIO (13).

Par ailleurs, le CNOM dénombrait en 2015, 6615 médecins pratiquant des PSNC. Sur 198 365 médecins toutes spécialités confondues (dont 89 788 médecins généralistes), cela représentait environ 3,3% des effectifs (14,15).

Ces chiffres exposent l'ampleur du phénomène en soins primaires. Cependant, ces thérapies sont peu voire pas abordées dans le parcours obligatoire de l'étudiant en médecine (16). D'après Reix F., en 2010, seulement 7 facultés en France (sur 35) proposaient à leurs étudiants une formation à des MAC dans leur cursus initial (17). Une autre thèse exposait que les médecins généralistes qualifiaient leurs connaissances vis à vis des principales thérapies, comme étant nulles ou faibles dans 60-89% des cas (18). Néanmoins, de plus en plus de facultés proposent des diplômes universitaires (DU) ou inter-universitaire (DIU) validant. Mais, ceux-ci n'offrent pas le droit à une qualification ordinale (19).

Il existe donc un gouffre entre la demande croissante des patients pour des prises en charge faisant appel aux MAC et les possibilités de réponse des médecins. Face à ce constat, il nous a semblé pertinent d'étudier les perceptions et les attitudes des médecins généralistes, indépendamment de leur position vis à vis de ces pratiques. Analyser comment s'est organisée la réponse du corps médical pourrait permettre de donner des pistes sur lesquelles s'appuyer en consultation par la suite. Il est finalement question de faire un état des lieux des solutions, des obstacles et des besoins des médecins généralistes confrontés à l'attrait des patients pour les MAC.

1.1 DEFINITION

La multitude de termes utilisés pour définir ces pratiques « non conventionnelles », reflète leur variété et leur complexité. En effet, la Mission Interministérielle de Vigilance et de lutte contre les dérives sectaires (MILIVUDES) dénombre plus de 400 « médecines » à visée thérapeutique » (20).

Il n'existe pas de consensus sur la définition. Si le MSS parle de « pratiques de soins non conventionnels », l'OMS utilise le terme de « médecine traditionnelle » et fait référence à un « *vaste ensemble de pratiques de santé qui ne font pas partie de la tradition ni de la médecine conventionnelle du pays et ne sont pas pleinement intégrées à son système de santé prédominant.* » (21).

Nous utiliserons le terme de Médecine Alternative et Complémentaire (MAC), adopté par le National Center for Complementary and Integrative Health (NCCIH), ancien National Center for Complementary and Alternative Medicine (NCCAM).

Il nous semble que ce terme de « MAC » met en lumière l'aspect « médical » de ces thérapies. Selon le but recherché, le patient peut avoir recours à ces pratiques de manière différente. En effet, certaines thérapies vont représenter une alternative à la MC pour des patients, alors que les mêmes peuvent intervenir plutôt en complémentarité pour d'autres. Cette terminologie remet alors le patient au centre de la discussion, pour une prise en charge plus adaptée à ses besoins.

De plus, ce terme de « MAC » se distingue clairement sans opposer à la MC.

1.2 CLASSIFICATION

Parmi toutes les MAC, seules quatre sont reconnues par le CNOM : l'acupuncture, l'homéopathie, la mésothérapie et l'ostéopathie (22). Cette reconnaissance permet d'en faire mention sur sa plaque professionnelle et ses ordonnances.

Les MAC peuvent être classées en 4 catégories selon l'Ordre National des Médecins, le NCCIH et l'Inserm (23) :

- Les thérapies **biologiques**, à base de produits naturels issus de plantes, de minéraux, d'animaux (phytothérapies, aromathérapies...)
- Les thérapies **manuelles** axées sur la manipulation (ostéopathie, chiropraxie...)
- Les thérapies **corps-esprit** (hypnose médicale, sophrologie, méditation...)
- Les « **systèmes complets** » reposant sur des fondements théoriques et pratiques propres (acupuncture, homéopathie...)

1.3 PRESENTATION DES PRINCIPALES MAC

Devant la multiplicité des MAC existantes, nous avons décidé de développer principalement les quatre reconnues par le CNOM.

1.3.1 Homéopathie

Origine et fonctionnement (24–29)

C'est un médecin allemand, Samuel Hahnemann, qui est à l'origine de l'homéopathie à la fin du 18ème siècle. Cette thérapie est basée sur trois principes :

- principe de similitude : une substance pouvant entraîner des symptômes à forte dose chez quelqu'un de sain, peut les faire disparaître à faible dose chez un malade les présentant.
- principe de l'infinitésimal : la substance de base est diluée au centième un certain nombre de fois (x) donnant ainsi l'unité x CH (centésimale hahnemannienne) puis, est secouée afin de l'activer.
- principe d'individualisation : un médicament ne soigne pas qu'un symptôme et vice versa. Ainsi, le patient doit être pris dans sa globalité (physique et psychique) afin de recevoir le meilleur traitement.

Législation

La prescription de l'homéopathie peut être faite par un médecin, un sage femme ou un chirurgien dentiste. Les pharmaciens peuvent être aptes à conseiller mais ne sont pas autorisés à prescrire.

Les médicaments homéopathiques étaient remboursés par l'Assurance Maladie à un taux de 25% à 30% jusqu'au 1^{er} janvier 2020. Son déremboursement a été décidé par arrêté le 4 Octobre 2019, après rapport de la commission de transparence de la Haute Autorité de Santé (HAS). Il sera progressif, puis total au 1^{er} janvier 2021.

Utilisation

La France est un des pays les plus consommateurs d'homéopathie, comme le montre une étude IPSOS de 2018, dans laquelle, 75% de français y auraient déjà eu recours au moins une fois et 58% plus d'une fois. Une autre enquête réalisée par le même organisme prônait que sur un échantillon de 300 médecins généralistes, 1/3 avait recours quotidiennement à de l'homéopathie.

Risques :

De part sa concentration infinitésimale en principe actif, l'homéopathie ne présente que peu de risque. Le principal étant lié au mésusage de cette thérapie avec une éventuelle sortie de parcours de soins pour un patient qui nécessiterait un traitement médical avéré.

1.3.2 Acupuncture

Origine et fonctionnement (29–34)

Même si son origine est imprécise, l'acupuncture est indissociable de la médecine traditionnelle chinoise. En effet, son principe de base est fondé sur la théorie du Yin et du Yang qui doivent être en équilibre. L'énergie du corps, appelée le « Qi », va permettre le bon fonctionnement des organes vitaux qui circulent à travers les « méridiens », vecteurs invisibles. Ainsi, en manipulant des aiguilles sur les 361 points décrits, l'équilibre peut être restauré et aider à la guérison de divers symptômes.

En 2002, l'OMS publie une liste de 28 symptômes sur lesquelles elle serait efficace. Les principales sont reprises par le CNOM, à savoir : douleurs chroniques liées à l'arthrose, cervicalgies, lombalgie, céphalées de tension, nausées ou vomissement au cours d'une chimiothérapie...

Législation

En France, seuls les médecins, chirurgiens dentistes et les sages femmes, sont autorisés à la pratiquer, après obtention d'un DU ou DIU. L'acte est pris en charge par l'Assurance Maladie à hauteur de 18€ (cotation : QZRB001).

Utilisation

Le nombre de médecin acupuncteur est estimé entre 1300-4000 en fonction des différents organismes (Syndicat National des Médecins Acupuncteurs Français (SNMAF), CNOM ...). En 2012, le SNMAF estimait que 4000-6000 personnes pratiquaient l'acupuncture sans diplôme médical.

Risques :

Du fait de l'effraction cutanée par l'introduction d'aiguille, il existe un risque infectieux (localisé ou systémique). Le risque de transmission de maladie est existant si les aiguilles sont réutilisées sur plusieurs séances. Au niveau local, on peut aussi voir l'apparition d'hématomes. Les complications les plus graves sont liées à la survenue de pneumothorax. Les aiguilles peuvent aussi se casser dans le corps du patient, ou il est arrivé qu'elles soient parfois oubliées.

1.3.3 Ostéopathie

Origine et fonctionnement (33,35–37)

Cette thérapie a été inventée par l'américain Andrew Taylor Still, dans les années 1870. Cet ancien ingénieur en machine agricole apporte une vision plus mécaniste du corps. En effet, cette technique manuelle va permettre au « fluide vital » de circuler de façon correcte, après une manipulation des différentes structures anatomiques. C'est ainsi, qu'en manipulant des vertèbres, on pourrait soigner des

pathologies respiratoires, digestives etc... Les principales indications restent liées aux douleurs musculo-squelettiques.

Législation

Depuis 2002 et la loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, l'ostéopathie obtient un cadre juridique propre et n'est plus réservée aux médecins. Ainsi, de nombreux personnels médicaux ou paramédicaux sont autorisés à la pratiquer (médecins, kiné, sage femme, infirmière, ostéopathe...).

Il n'existe pas de remboursement spécifique d'une séance auprès de l'Assurance Maladie. Cependant, si celle-ci est réalisée au cours d'une consultation chez le médecin ou le kinésithérapeute, elle pourra être remboursée au titre d'une consultation « normale ». Certaines mutuelles prennent aussi en charge une ou deux séances par an. A noter, qu'une cotation (LHRP001) intitulée « Séance de médecine manuelle de la colonne vertébrale » existe pour les médecins, d'une valeur de 33,5€.

Démographie et utilisation

Le Syndicat Français Des Ostéopathes (SFDO) dénombre aujourd'hui 26 222 (dont 14 953 ostéopathes exclusifs et 1765 Médecins, Sages-Femmes, Chirurgiens-Dentistes, Pharmaciens ostéopathes). Un sondage OpinionWay estime que 26 millions d'actes d'ostéopathie ont été réalisés en 2015.

Risques :

Les principales complications sont liées aux manipulations vertébrales. On dénombre. Cela peut aller de la simple névralgie à des événements beaucoup plus grave tel que des fractures vertébrales, des accidents cérébraux ischémiques ou des accidents médullaires.

1.3.4 Mésothérapie

Origine et fonctionnement (14,38,39)

La mésothérapie a été fondée par le médecin Michel Pistor en 1952. La Société Française de Mésothérapie (SFM) la définit « comme une allopathie injectable par voies intradermique et sous-cutanée, superficielle, loco-régionale, polyvalente et micro-dosée ». Le principe est qu'en injectant des petites doses d'agent thérapeutique, au plus proche de la zone lésée, on maximise les effets du produit injecté tout en diminuant les effets secondaires systémiques. Les produits injectés peuvent être de plusieurs ordres : anti inflammatoires non stéroïdiens (AINS), décontracturants, vitamines...

Bien que l'indication principale soit la tendinopathie calcifiante de la coiffe des rotateurs de l'épaule, on en retrouve d'autres telles que : les troubles ostéo-tendineux (rachialgie, tendinite, entorses...), les migraines, les vertiges, les infections ORL à répétitions, le stress... On peut aussi utiliser la mésothérapie à visée esthétique.

Législation

L'acte de mésothérapie possède une cotation (ANLB003) mais non tarifée. Celle-ci étant réalisée au cours d'une consultation, le patient sera remboursé à ce titre la. Lorsque l'indication est esthétique, cela est considéré comme une « médecine de confort » et donc comme un acte non remboursé. Seuls les médecins peuvent pratiquer la mésothérapie. La possession d'un DIU n'est pas obligatoire mais recommandée.

Démographie et utilisation

Le nombre de médecin pratiquant cette thérapeutique est difficile à évaluer. La Société Française de Mésothérapie comptait environ 880 adhérents en 2008, alors que l'Ordre des Médecins estime à 600 le nombre de médecins portant ce titre. Certaines études évaluent entre 15 et 20 000 les médecins la pratiquant.

Risques :

Même si l'on prend des précautions d'hygiène lors des injections, le risque principal est infectieux. Celui-ci augmente avec le nombre d'injections réalisées. Localement, on décrit parfois la survenue de réaction granulomateuse ou d'hématomes. La sécurité d'utilisation des médicaments seuls, ou en association, n'est pas garantie car ils sont souvent utilisés hors AMM. Bien que l'on injecte des petites doses de substances, le passage systémique est toujours existant. On peut donc avoir des réactions allergiques avec très rarement des chocs anaphylactiques.

2 MATERIEL ET METHODE

2.1 TYPE D'ETUDE

Afin d'étudier ce sujet, nous avons décidé de réaliser une étude qualitative par théorisation ancrée, à partir d'entretiens individuels semi-dirigés auprès de médecins généralistes. Cette méthode nous semblait la plus appropriée pour explorer un phénomène aussi complexe, impliquant des processus décisionnels et des interactions entre individus et système de santé, et analyser de manière approfondie les concepts et les règles de compréhension d'un groupe qui perçoit et vit cette situation (40). Beaucoup d'études réalisées sur le sujet évaluent les conditions de recours aux MAC, les formations aux MAC dans le cursus médical ou les avis du corps médical, mais peu s'intéressent au vécu des médecins de cette demande croissante et à leurs réactions et mécanismes de réponse.

2.2 RECHERCHE PREALABLE

Préalablement, une analyse bibliographique a été effectuée afin de définir le contexte de l'étude, les investigations déjà réalisées et ainsi affiner nos critères de recherche. Ce travail s'est fait par le biais de moteurs de recherche tels que : PubMed, CAIRN, SUDOC, CisMef, LiSSa, Google.

Ensuite, quelques entretiens libres ont été réalisés avec des médecins généralistes, à but exploratoire, dans l'objectif de construire au mieux notre guide thématique initial.

2.3 POPULATION ETUDIEE

La population étudiée concernait les médecins généralistes installés en cabinet libéral depuis au moins un an, en région PACA (Alpes-de-Haute-Provence (04) Hautes-Alpes (05) Alpes-Maritimes (06) Bouches-du-Rhône (13) Var (83) Vaucluse (84)) pouvant pratiquer ou non des médecines alternatives reconnues par l'Ordre des Médecins (Acupuncture, Homéopathie, Ostéopathie, Mésothérapie).

Le recrutement s'est fait par appels téléphoniques majoritairement ou envoi de courriers électroniques (cf annexe). Un échantillonnage raisonné a été mené, visant à obtenir une diversité au niveau de l'âge, de la pratique et de la localisation.

Le nombre de médecins participant n'était pas prédéfini. L'inclusion s'est terminée au moment de la saturation des données, ce qui correspond à l'absence d'émergence de nouvelles idées dans les entretiens. Deux entretiens supplémentaires ont été réalisés pour vérifier que plus aucune nouvelle donnée n'apparaissait.

2.4 RECEUIL ET ANALYSE DES DONNEES

Le recueil des données a été fait au cours d'entretiens individuels semi-dirigés réalisés à l'aide d'un guide d'entretien évolutif. Ce dernier a été préalablement testé avec des médecins non inclus, afin d'examiner sa validité et sa compréhension. Ces résultats n'ont pas été incorporés dans l'étude.

Une fois testé et approuvé par les deux chercheurs, le guide thématique a permis de diriger les entretiens d'une manière la plus ouverte et la plus neutre possible pour les médecins interrogés. Les interviews ont été réalisées dans un lieu choisi par le médecin (cabinet, domicile, restaurant...). Nous avons privilégié le présentiel afin de mieux percevoir les réactions, la gestuelle rendant les entretiens plus riches. Cependant, du fait d'imprévis, deux entretiens ont été réalisés par vidéo-conférence. La durée de l'entretien n'était pas définie au préalable. Chaque entretien a été enregistré sur dictaphone, puis retranscrit manuellement sur le logiciel Microsoft Word®. Tous les entretiens ont été anonymisés.

Chaque chercheur a retranscrit puis analysé l'entretien qu'il a réalisé avec un médecin. Dans un second temps, le deuxième chercheur a analysé indépendamment ce même entretien. Puis les deux analyses ont été comparées afin que la codification prenne en compte les deux analyses, dans le but de réaliser au mieux une triangulation de l'analyse.

L'analyse entreprise a suivi le principe de la théorisation ancrée, comme elle a été décrite par P. Paillé (41). Cela signifie que les entretiens ont du être analysés au fur et à mesure, afin d'explorer des pistes nouvelles, en fonction des idées émergentes évoquées par les médecins participants. Cette méthode permet de faire des « aller-retours constants et progressifs entre les données recueillies sur le terrain et un processus de théorisation » (42). De ce fait, le guide thématique a évolué au fur et à mesure des entretiens.

Finalement, tous les *verbatim* codés ont été regroupés en catégories, puis les catégories ont été rassemblées en grands thèmes. Ainsi, une modélisation issue de ces analyses d'entretiens a permis de schématiser les théories émises.

3 RESULTATS

3.1 CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION

Les 16 médecins interrogés étaient âgés de 29 à 65 ans avec une moyenne de 43,5 ans. Neuf médecins (56%) possédaient un diplôme reconnu par l'Ordre pour la pratique d'une MAC contre sept médecins sans formation (44%) (cf : **figure 1**)

La durée des entretiens était comprise entre 16 et 50 minutes, avec une moyenne de 30 minutes. Deux départements étaient représentés : Bouches-du-Rhône (13) et Vaucluse (84). Ces caractéristiques sont rapportées dans le **tableau 1**.

SEXE	AGE	DEPARTEMENT	DU/DIU sur les MAC?	DUREE ENTRETIEN (MIN)
M	29	13	NON	33
M	47	84	NON	18
F	49	84	HOMEOPATHIE	28
M	45	13	OSTEOPATHIE	23
F	40	13	NON	27
F	42	13	HOMEOPATHIE	27
M	47	13	MESOTHERAPIE	16
F	52	84	NON	22
M	65	13	MESOTHERAPIE	34
F	32	13	NON	50
F	40	13	HOMEOPATHIE	39
F	39	84	HOMEOPATHIE	36
M	44	13	MESOTHERAPIE	54
F	50	13	NON	24
F	37	13	NON	29
F	39	13	HOMEOPATHIE	28

Tableau 1 : Caractéristiques des entretiens médecins (ordre aléatoire)

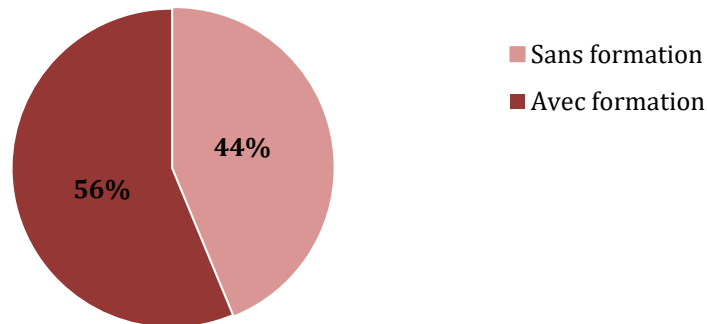


Figure 1 : Formations (DU/DIU) aux MAC des médecins interrogés

3.2 RESULTATS MEDECINS

3.2.1 Une société en demande

Les médecins généralistes interrogés rapportaient que la **demande des patients était dépendante de la société** dans laquelle ils évoluaient, et que cette dernière **modelait leurs comportements en santé**.

3.2.1.1 Des besoins sociétaux

Certains médecins pensaient que la demande accrue pour les MAC était **l'expression d'une société en souffrance** qui cherchait des réponses à ses maux.

M10 : « Je pense que c'est l'expression d'un malaise. Des gens se tournent vers autre chose. [...] Parce que c'est rassurant d'avoir autre chose plutôt que d'avoir du vide, pour combler. »

Beaucoup rapportaient en effet, que les patients étaient à la recherche d'une **approche différente** de leur problème : une démarche de **soins, de confort, de bien-être**.

M6 : « Parce que pour eux, c'est une philosophie différente. »

M10 : « Pour les soigner, mais pas forcément pour les guérir. Soigner, ça veut dire leur apporter du bien-être et une solution à leur problème qui n'est pas forcément une pathologie qu'on peut guérir de façon somatique. »

Une grande proportion de médecins dressait **un profil particulier de « patients en mal »** davantage en demande de MAC.

M10 : « De l'expérience que j'ai, il y a des profils types de patients qui vont faire ce type de demande, et il y en a qui ne vont pas du tout la faire. »

Les patients **anxieux** étaient selon eux, plus à même d'engendrer cette demande.

M1 : « Certaines personnes qui sont un peu plus anxieuses que les autres, ont besoin qu'on s'occupe d'elles. Donc du coup, c'est vrai que, le fait d'avoir plusieurs thérapies qui vont englober la personnalité, ça les rassure vachement. »

Les patients « **écolo** » semblaient aussi plus intéressés.

M6 : « Pour la population, pour les bobos, pour les verts, les écolos, etc... C'est certainement l'avenir. »

Un médecin pensait à contrario qu'une **patientèle polypathologique interrogeait moins** sur les MAC.

M14 : « Non, non, ça ne rentre pas dans mes consultations [...]. Le fait qu'ils soient poly-pathologiques, pour la plupart très lourds, on n'est peut-être pas dans ce type de médecine. »

Enfin, l'aspect **générationnel** pouvait rentrer en jeu.

M4 : « Je crois qu'il y a des vieilles générations à qui on ne peut pas parler de ça. Je pense qu'il faut que ce soit déjà des gens jeunes. »

Au delà de leurs propres aprioris, certains médecins constataient quand même que « ces patients en mal » **étaient satisfaits** de l'efficacité des MAC en pratique : ils se sentaient **rassurés par une prise en charge plus globale** de leur état de santé.

M4 : « C'est le patient qui vous raconte : "J'ai fait de l'acupuncture pour arrêter de fumer. Cela a très bien marché, ça m'a déstressé..." donc bon. C'est vraiment des retours de patient. »

M1 : « Certaines personnes qui sont un peu plus anxieuses que les autres, ont besoin qu'on s'occupe d'elles. Donc du coup, c'est vrai que le fait d'avoir plusieurs thérapies qui vont englober la personnalité [...], ça les rassure vachement. »

3.2.1.2 Une société de consommation

Beaucoup de médecins allaient jusqu'à penser qu'il s'agissait d'un **effet de mode** avec la nécessité de **retour au naturel**, dans une ère où "l'écolo" a la côte. Les MAC étaient alors vues comme un **produit de consommation en vogue**.

M15 : « On est de plus en plus dans une ère un peu d'écolo. On essaie de retourner quand même à tout ce qui attire à la nature. »

M6 : « Les gens sont de plus en plus friands de ce genre de choses. »

M5 : « Je pense qu'il y a un réel marché. Il ne faut pas se leurrer, il y a un peu de commerce derrière. »

Comme pour tout produit de consommation, **l'aspect financier** des MAC était décrié par plusieurs médecins. Un d'entre eux alertait sur les **dérives financières** potentielles du fait de **l'absence de surveillance par le remboursement**.

M5 : « Pour les huiles essentielles, les régimes particuliers, [...] dans la mesure où ce n'est pas remboursé, c'est libre court à toutes dérives. »

3.2.1.3 Impact des médias

Les médecins pensaient que la société avait **perdu confiance en la médecine conventionnelle**. En effet, les **scandales médiatiques** ayant été largement relayés par les médias, les patients rapportaient aux médecins qu'ils souhaitaient **éviter les effets secondaires** potentiels des traitements médicaux.

M11 : « Je pense qu'aujourd'hui, il y a quand même une perte de confiance dans le monde médical. [...] Au niveau de la grande échelle, pas au niveau individuel. »

M3 : « On a beaucoup communiqué sur les effets secondaires du médicament, l'affaire du Médiator, [...] qui ont mis un peu le doute sur la médecine en général, et sur les médicaments. Et du coup, je pense que les gens maintenant ont aussi envie peut-être de se passer du médicament et, essaient de trouver d'autres choses qui seraient peut-être moins délétères. »

Les médecins **regrettaient que ces sollicitations médiatiques** quotidiennes influencent les patients et **interfèrent dans leur relation** avec eux.

M5 : « Ce qui a beaucoup changé actuellement c'est qu'avec les réseaux, les gens, tu leur marques un truc, de toute façon ils te rappellent en disant : "Vous savez, j'ai vu sur internet ceci cela...". »

M9 : « Dans l'ordre, [je suis] agacé un peu énervé, un peu triste que la société arrive à faire rentrer certains messages dans la tête qui sont ceux que je ne juge pas les bons. »

3.2.1.4 Une demande dépendante du niveau socio-culturel

Certains médecins, dont le **cabinet était situé dans des zones au niveau socio-économique bas**, ne percevaient **pas l'augmentation de la demande** pour les MAC.

M7 : « Je pense que les patients dans mon quartier ne me demandent pas forcément, parce qu'ils n'ont pas forcément les moyens d'y aller. »

Cette **demande dépendante du niveau socio-économique** dérangeait plusieurs médecins. Pour eux, cela mettait en évidence le fait que les MAC étaient **réservées à une population socialement aisée**.

M13 : « Le problème étant que seuls les gens qui ont un peu les moyens peuvent se les permettre. »

A contrario, les MAC étaient décrites par certains médecins comme des **traditions culturelles importantes** presque inévitables **dans certaines populations...**

M4 : « C'est plutôt des traditions ces choses là, ce n'est pas du tout scientifique. Mais ce n'est pas grave. Enfin, ça dépend de ce que cherchent les gens en fait. »

M9 : « À la Réunion, il y a une grande part de la médecine des plantes, c'est vraiment la première médecine là bas [...] qui se transmet comme ça de générations en générations. Donc voilà, une partie un peu traditionnelle familiale. »

... auxquelles chacun serait **libre de s'adapter**.

M9 : « Je sais que si j'avais été amené à m'installer là bas [*à la Réunion*], je me serai effectivement formé dans une médecine des plantes. »

3.2.2 Un sujet équivoque

La demande de recours au MAC par les patients apparaissait comme un motif de consultation, ou une demande de prise en charge, **inhabituels**. Ce sujet, non sans équivoque dans les communautés scientifiques et non scientifiques, pouvait mettre en difficulté le médecin généraliste dépourvu d'acquis et d'outils sur le sujet.

3.2.2.1 Un sujet mal connu

Tout d'abord la majorité des médecins déplorait que ce type de soins ne soit **pas abordé** au cours de leurs études. Certains avançaient même le fait que ce soit dénigré. Ils ressortaient de la faculté avec une **vision plutôt péjorative, presque « mystique »** des MAC.

Ainsi ils **ne pouvaient pas s'appuyer sur leurs connaissances universitaires** pour répondre à la demande du patient, alors que selon eux, l'enseigner pourrait permettre de leur donner des clés pour « trier » et se faire un avis sur les MAC.

M6 : « Le seul reproche, c'est que la faculté ne te donne pas la possibilité de le trier, puisqu'on ne t'apprend rien. »

M13 : « Ce sont des choses, qui, quand on est étudiant, paraissent un peu farfelues, un peu de l'ordre du charlatanisme. »

Ainsi, donner une **définition générale** était un exercice **complexe**, du fait de **l'étendue du domaine** concerné. En effet, savoir faire le tri entre la multitude de thérapies existantes ne semblait pas aisé. Même si certaines thérapies étaient plus courantes que d'autres, cela restait parfois difficile pour le médecin de s'y retrouver. Leur réaction en consultation était alors différente si la demande concernait des thérapies communes ou non. De fait, beaucoup scindaient ces thérapies en **sous groupes de qualité** différente.

M9 : « Je pense qu'il doit y avoir un millier de médecine en dehors de celle qu'on pratique. Il peut y avoir à la fois des incantations gourous, des massages, des huiles essentielles, du yoga... Donc c'est difficile d'englober tout ça. »

M3 : « Il y aura ce qui aura prouvé son efficacité, et ce qui ne l'aura pas encore prouvé. »

Finalement, la plupart d'entre eux caractérisaient les MAC comme l'ensemble des soins prodigués **en dehors du champ de la médecine allopathique**. Cette définition en « opposition » à la MC faisait référence à leur système de pensée et de soins « habituel ». Les MAC semblaient correspondre à un champ de soins en dehors de celui dispensé à la faculté de médecine, **en dehors d'un raisonnement physiopathologique connu**.

M15 : « Disons que pour moi la médecine alternative, c'est tout ce qui n'est pas médecine allopathique en fait. »

M4 : « C'est complètement différent de notre raisonnement physiopath etc... C'est ça qui est le plus compliqué. »

3.2.2.2 Manque d'appui

Il est courant en consultation que des sujets soient mal connus du médecin. Cependant, la plupart du temps il est possible de trouver des éléments de réponse dans la littérature scientifique. Or dans le cas des MAC, les médecins semblaient ne **pas pouvoir s'appuyer sur l'EBM** pour répondre à la demande de leurs patients, comme ils l'auraient fait habituellement.

M9 : « Je ne suis pas du tout fermé aux médecines alternatives, mais juste, ce qui m'embête le plus souvent, c'est qu'il y a pas eu de belle étude faite. »

Pour autant, certains soutenaient que **l'EBM n'était peut être pas le moyen le plus adapté** pour tester ce genre de pratiques qui apparaissaient encore une fois inhabituelles. La faisabilité d'un essai clinique randomisé contre placebo sur des techniques manuelles par exemple, paraissait complexe.

M5 : « Il y a des thérapeutiques sur lesquels il est très difficile de réaliser des études scientifiques, menées en double aveugle, de manière prospective, multicentriques. »

Enfin, un médecin restait même sceptique quant au bienfondé des motivations des investigateurs et de la validité de certaines études.

M11 : « D'abord l'EBM, en vieillissant, j'émets quand même quelques critiques, parce que pour avoir vu comment se passaient certaines études, je suis un petit peu sceptique sur la fiabilité des résultats. »

De plus, il est habituellement possible d'obtenir l'avis d'un spécialiste lorsque le domaine dépasse celui du champ de la médecine générale. Dans le cas des MAC, la majorité des médecins **manquaient de contacts**. Le problème n'était pas tant de trouver un thérapeute, mais plutôt de trouver un **thérapeute de confiance**, que les médecins **jugeaient compétent et sérieux**. **L'hétérogénéité des thérapeutes et de leurs formations** leur posait un réel problème.

M7 : « Pour l'instant je n'ai pas de contact de confiance, d'une personne qui a été formée, par des réseaux qui sont quand même reconnus, compétents, idéalement médecin, et qui fait pas non plus du dépassement d'honoraires à 60€ la séance d'hypnose. »

M13 : « Tu n'as qu'à voir le nombre d'écoles dans chaque spécialité. Je crois qu'en ostéopathie il doit y avoir une vingtaine d'écoles différentes. Mais avec des pratiques complètement différentes. »

3.2.2.3 Un sujet parfois appréhendé

Dans un sens, les médecins rapportaient qu'ils étaient **rassurés que les patients viennent leur demander** leur avis sur les MAC. Ils voyaient cela comme une recherche d'**information issue d'une personne de confiance**. C'était la raison pour laquelle le sujet était évoqué en consultation. Ainsi, ils rapportaient que les patients se tournaient vers eux pour obtenir **leur expertise scientifique**.

M11 : « "J'essayerais bien, parce que untel m'a dit que c'était bien. Mais, je vais quand même demander au médecin, parce que c'est quand même ma référence médicale". »

M15 : « S'ils viennent nous voir pour parler de ce genre de choses, c'est qu'ils veulent avoir notre avis scientifique, je dirais, notre avis professionnel pour être confortés dans leur avis. »

Or, si la majorité des médecins ne rencontraient **aucune difficulté à avouer qu'ils ne maîtrisaient pas** toujours le sujet, certains pouvaient **se retrouver en difficulté**, en particulier **chez les jeunes médecins** moins expérimentés.

M2 : « Je suis moyennement à l'aise. Mais moi, pour être à l'aise, il faudrait que je maîtrise bien les sujets, or ce n'est pas le cas. »

M9 : « Cela peut poser encore plus de problèmes à un médecin débutant. »

Face à des patients **de plus en plus renseignés**, le schéma habituel du médecin possédant le savoir scientifique face au patient cherchant son expertise, pouvait être remis en doute selon certains médecins. Quelques-uns déclaraient même que cela leur occasionnait une **peur d'être dépassé** par leurs **patients en terme de connaissances**.

M11 : « *[Les patients]* se sont déjà renseignés, maintenant qu'il y a internet, ils savent exactement dans quoi ils mettent le doigt. »

M8 : « J'ai peur que le patient en sache plus que moi sur le sujet. »

3.2.2.4 Image du médecin

Plusieurs médecins rapportaient alors qu'ils **s'inquiétaient de leur image**, comme s'ils perdaient « leur puissance ». D'un côté, il ne fallait **pas paraître trop ignorant** lorsque le patient abordait le sujet.

M8 : « Il ne faut pas paraître trop ignare et arriver à garder leur confiance. »

De l'autre, il semblait important de **rester professionnel et objectif** afin de ne **pas être considéré comme un charlatan**.

M11 : « Parce qu'on a quand même la casquette de médecin, donc les gens nous croient et on ne peut pas se baser sur NOTRE croyance et NOTRE sensation... [...] À partir du moment où tu dois donner ta connaissance aux autres, ou utiliser ce que tu sais, tu ne peux pas juste faire en fonction de ta petite expérience et de tes impressions. »

M15 : « Les craintes de ne pas être pris au sérieux, d'être pris un peu pour des charlatans, ou des gens qui seraient payés par un quelconque labo ».

3.2.2.5 Un sujet tabou

Deux médecins suggéraient que les MAC pouvaient aussi représenter un élément **difficile à aborder par les patients en consultation. Entre un médecin pas toujours renseigné et un patient ayant peur d'être jugé**, parler de MAC en consultation pouvait devenir un sujet tabou. Le médecin n'était alors parfois pas mis au courant des pratiques de ses patients.

M7 : « Je ne la perçois pas [*la demande*]. Je me dis que peut-être, ils ne m'en parlent pas. Parce qu'il y a aussi des patients qui n'en parlent pas à leur médecin. »

M13 : « Il y en a qui sont rassurés. Ils me disent : "Olala, c'est bien que vous me proposiez ça parce qu'il y a des médecins qui ne veulent pas du tout en entendre parler". »

3.2.3 Adaptation des pratiques

Malgré le manque de formations et le manque de preuves scientifiques, les médecins remarquaient que les **besoins des patients étaient bien réels**, et que la demande accrue de recours aux MAC devait au moins **être entendue**. Si une

minorité de médecins ne modifiaient pas leur pratique, certains avaient tenté de **s'organiser par « leurs propres moyens »** pour pouvoir répondre à cette demande.

3.2.3.1 Evolution des représentations

A force d'être confrontés aux patients et à leurs questionnements, certains médecins observaient que leur **vision** vis à vis des MAC avait **évolué avec la pratique**. Plutôt réfractaires au départ, ils étaient plus modérés par la suite.

M9 : « Je voyais ça d'un mauvais œil au début, et au fur et à mesure que je travaille je me dis que si ça leur fait du bien, pourquoi les empêcher de le faire. »

M2 : « Au début de mon exercice, j'étais quand même très fermée, très orientée médecine conventionnelle. Avec les années, j'ai appris à un petit peu m'assouplir. »

Plusieurs personnes interrogées concédaient que les MAC pouvaient parfois constituer une **aide pour le malade** : dans une logique **bienveillante**, elles permettraient de répondre à leur demande.

M4 : « Alors, d'abord ce sont des pratiques de soins. C'est quand même un point commun entre toutes. [...] Il y a quelque chose de gentil à cette pratique. Ça part d'un bon sentiment. »

Une minorité de médecins rapportait même une modification de leurs **comportements** devant les patients en demande de MAC. Un médecin avançait qu'elle était **plus à l'écoute** et **adaptait son interrogatoire**.

M8 : « Donc oui, mine de rien mon comportement change face à des patients qui sont plus ouverts à ce genre de pratiques. »

M8 : « Peut-être que j'oriente différemment mon interrogatoire, pour creuser plus sur la cause de leur mal. »

3.2.3.2 Se former

Malgré le manque de preuves scientifiques concernant l'efficacité des MAC, certains médecins montraient leur **intérêt pour s'y former**. En effet, la **demande des patients avait incité** beaucoup de médecins à **se renseigner** sur ces pratiques.

M8 : « C'est au fil des années et au fil des contacts, à la fois avec le corps médical et les patients, que je m'intéresse de plus en plus et que j'ai envie de me former de plus en plus. »

Tout d'abord, et cela était valable pour la majorité des médecins intéressés, ils pouvaient se baser sur des expériences de terrain avec des **retours de paires ou même de patients**, ou bien les **expériences personnelles et familiales**.

M8 : « Puis sinon, de bouche à oreille un peu avec les copines médecins aussi qui pratiquent certaines choses. »

M5 : « J'ai eu l'occasion d'essayer un jour pour un dos bloqué [...] en 48h après manipulation, j'étais remis sur pieds (*rires*). »

Cette **auto-formation** pouvait aussi passer par la **littérature** scientifique ou non.

M9 : « La revue que je lis, *Prescrire*, les étudie [...]. Enfin, ils se sont sentis obligés du coup [*devant la demande*], de faire un papier pour dire ce qu'ils en pensent. »

M10 : « Je me repose sur les bouquins qui sont plus des livres de vulgarisation, ou des bouquins écrits par des gens qui sont bien reconnus dans ce type d'alternative. »

Ensuite, ils pouvaient avoir recours à des **formations** donnant lieu, ou non à un **diplôme** reconnu par le CNOM.

M10 : « Il y a des formations qui sont reconnues par l'Ordre et dont l'enseignement est fait de façon facultaire, et qui est un complément ou un à côté à la médecine somaticienne. »

M3 : « Il y a des formations qui sont proposées de façon indirecte par les laboratoires qui le produisent. »

Mais plusieurs étaient limités par différents facteurs. D'abord, le champ d'apprentissage de la **MC était trop vaste** : être un bon praticien de médecine conventionnelle, alerte sur tous ses domaines, paraissait déjà un grand chantier, et surtout une étape primordiale avant de se diversifier vers d'autres types de soins.

M9 : « J'ai l'impression qu'il y a trop de domaines encore dans la médecine entre guillemet classique pour me diversifier encore vers d'autres types de médecine. »

Pour d'autres, l'**aspect pratique** des formations était compliqué et certains restaient **perplexes concernant la qualité des formations** et des références les constituants.

M6 : « Il fallait monter sur Paris pour continuer les cursus, le week-end etc... Je ne suis pas monté, pour moi c'était trop compliqué d'aller à Paris. Du coup, j'ai arrêté. »

M2 : « Les quelques connaissances que j'ai c'est en homéopathie puisque j'ai fait une formation sur deux trois ans. Mais en fait on s'aperçoit qu'elles ne sont pas trop basées voire pas du tout basées sur des connaissances scientifiques. »

3.2.3.3 Diversifier son arsenal thérapeutique

Un peu plus renseignés, les médecins pouvaient parfois trouver en l'émergence des MAC, un outil supplémentaire à leur panel thérapeutique, afin de pallier à certaines limites rencontrées dans le parcours de soins en MC.

En effet, une majorité de médecins interrogés pensaient que, dans certaines **situations bien précises**, l'utilisation d'une MAC pouvait leur **prêter main forte**.

M5 : « Je pense que ces médecines alternatives, dans certains cas, dans certaines indications, par un suivi très spécifique, peuvent apporter une aide supplémentaire à notre bagage, qui n'est pas uniquement un ordonnancier ou des prescriptions. »

3.2.3.3.1 Eviter les effets secondaires

Certains médecins avançaient que ces MAC pouvaient permettre d'éviter les **effets secondaires** de traitements de MC.

M15 : « Ce que je vais leur donner peut leur faire plus de mal que de bien et donc c'est à ce moment là que je propose les médecines alternatives. »

M5 : « Si une inhalation te fait aussi bien qu'un spray vasoconstricteur, mais qui potentiellement peut te donner de la tachycardie, ou t'abimer un peu la muqueuse et te faire saigner, alors vaut mieux aller vers des huiles essentielles ou de l'inhalation. »

3.2.3.3.2 Pallier aux limites de la médecine conventionnelle

Les MAC permettaient aux médecins de **lever l'inconfort généré par l'absence de solutions en MC** en apportant une piste supplémentaire à proposer au patient.

M9 : « Je déteste avoir aucune solution à apporter. Je fais tout pour avoir des pistes encore en plus pour les patients. Il y a rien de pire que dire : “Je ne sais pas quoi faire pour vous“. »

M7 : « Je trouve que c’est plus satisfaisant à la fin, que de dire : “Ah non mais là, il y a rien à faire. Faites du kiné pendant 6 mois. Prenez du doliprane“. ».

En effet, selon la majorité des médecins, utiliser une MAC constituait une **option** envisageable dans les cas où la **médecine conventionnelle était en échec...**

M3 : « Puis des fois, quand tout le reste a échoué, ça peut être une aide qui fonctionne. »

M5 : « Je pense qu’un bon ostéopathe peut régler beaucoup de problèmes quand derrière le généraliste y est passé avec des anti inflammatoires, sa corticothérapie, ses antalgiques, que le kiné a fait ses 40 séances dessus. »

... ou lorsque la **médecine conventionnelle prouvée était limitée.**

M7 : « Pour moi, c’est une démarche intéressante quand on arrive à la limite de l’EBM, des traitements conventionnels, des traitements occidentaux. »

Un médecin confiait aussi que proposer une MAC pouvait être un moyen de **remplacer des médicaments retirés du marché** qu’il utilisait auparavant.

M2 : « Puis, quand on s’est retrouvé avec de moins en moins de médicaments en prescription allopathique [...], je me suis un peu plus intéressée aux médecines alternatives, et ça m’a permis d’en inclure un peu plus dans ma pratique. »

3.2.3.4 Une démarche empirique

Face à tous ces constats, des interrogations quant à l'utilisation d'une démarche empirique vis à vis des MAC ressortait dans la majorité des entretiens.

D'un côté, plusieurs médecins avançaient que la **démarche empirique** pouvait constituer une solution aux manques de données. Si **l'efficacité était objectivée en pratique**, il pouvait être licite de l'utiliser dans certains cas. En effet, certains prônaient que la **réalité n'était pas toujours identique à la théorie**.

M6 : « Ce n'est pas parce qu'il n'y a pas de preuves vraiment scientifiques que ce n'est pas bon. Ça peut être bon, dans certains cas, chez certains patients. »

Ainsi, certains tentaient **leur propre prise en charge** en adoptant une **démarche probabiliste**. La plupart se constituaient leurs **propres indications de manière empirique** en fonction des résultats obtenus avec leurs patients.

M6 : « Je marque quelque chose au départ, mais je ne sais pas si cela va marcher. Si la personne revient en disant : "Ce que vous m'avez donné la dernière fois ça marche". Très bien, on va le continuer. »

M5 : « Alors après quelles sont les bonnes indications? Je me fais un peu mes propres indications, en fonction du retour que j'ai eu. »

Quelques-uns avouaient **se satisfaire du seul retour positif des patients, sans forcément se soucier de la théorie**. La satisfaction des patients était finalement prioritaire.

M1 : « Peut-être que ça marche, ou que ça ne marche pas. En vrai, j'en sais rien. Ce n'est pas très grave, si les gens reviennent et qu'ils sont guéris pour leur truc. »

M15 : « C'est ce que je dis tout le temps au patient : "Tant que ça marche, qu'est ce qu'on s'en fiche de savoir comment ça marche, l'essentiel c'est que ça marche" (*rires*).»

D'autres au contraire, ne démordaient pas de la nécessité de **rester dans le cadre scientifique** prouvé du système de soins validé en France.

En effet, deux sujets faisaient remarquer que selon le **code de déontologie**, le médecin généraliste devait dispenser une médecine prouvée scientifiquement. Ainsi, la question de la **responsabilité médicale** forçait certains à ne pas s'éloigner du cadre déontologique considérant que les MAC ne faisaient pas partie de leur champ de compétences et de devoirs.

M14 : « Je reste avec mon code de déontologie qui me dit de donner une médecine qui a fait ses preuves. Je n'ai pas le droit de faire une médecine qui n'a pas fait ses preuves. »

3.2.3.5 Réorientation des patients

Certains considéraient qu'il était nécessaire d'**orienter les patients uniquement vers des médecins** pratiquant une MAC. Selon eux, cela était **gage de sécurité**.

M10 : « Alors, je réoriente chez des médecins qui peuvent avoir une orientation comme ça. Je n'oriente pas s'ils ne sont pas des « vrais » docteurs. »

D'autres, **au contraire**, pensaient que la **formation courte des médecins aux MAC ne pouvait pas être aussi complète** que celle d'un thérapeute spécialisé dans une MAC.

M5 : « J'aurais même plus tendance à faire confiance à un vrai ostéopathe qu'à un médecin formé en deux ans à de l'ostéopathie. Le côté « docteur » ne me rassure pas forcément dans l'ostéopathie. »

Ainsi, pour certains, **rencontrer le thérapeute devenait gage de sécurité** car cela leur permettait de se faire un avis sur ses pratiques et de discuter des prises en charge. Quelques médecins s'étaient alors construits un **réseau de thérapeutes** à qui adresser leurs patients, soulignant **l'importance de la communication interprofessionnelle**, dans le but d'améliorer la prise en charge du patient. Le **parcours de soins coordonnés** prendrait alors tout son sens ici : le médecin traitant centraliserait toutes les informations issues des différents thérapeutes qui prennent en charge le patient.

M3 : « J'ai certains interlocuteurs [...]. J'ai un hypnothérapeute qui est venu se présenter au cabinet et depuis, je travaille avec lui. »

M4 : « Avec cette idée qu'on fait du soin ensemble c'est à dire qu'ils nous disent : "J'ai vu votre patiente et donc... ". Ils nous font un retour. »

3.2.3.6 Vers une médecine intégrative

Finalement, ces adaptations avaient pour but de remettre au centre les besoins et ressentis des patients. Les médecins étaient dans une optique de prise en charge globale de la personne. Un médecin évoquait la **médecine intégrative** qui, en alliant MC et MAC, permettrait une **prise en charge optimale** du patient.

M15 : « Essayer de faire en sorte que les bénéfices et les avantages de chaque médecine puissent s'allier pour avoir une prise en charge optimale du patient [...] d'imbriquer, d'intégrer les deux sans faire forcément la distinction entre les deux. »

Pour appliquer ce type de soins globaux, la majorité des médecins se rendait compte que cela impliquait de repenser le cabinet. En effet, beaucoup évoquaient les problèmes de **logistique** avec notamment **un manque de temps et d'espace**.

M7 : « Il me faudrait des salles moins saturées et un environnement de travail plus adapté. »

M8 : « Manque de temps aussi car on a beaucoup de monde à voir dans la journée, on a peut-être pas le temps de développer autant de chose. »

Pour autant, rallonger le temps de consultation aurait à la fois, selon certains médecins, une **conséquence sur la qualité de prise en charge des autres patients**, et un **impact financier** non négligeable

M11 : « Parce que si les gens vont chez l'ostéo, l'hypnothérapeute, l'acupuncteur, c'est peut-être que là bas, ils ont une heure d'écoute et que chez nous ils ont dix minutes, un quart d'heure. [...] Mais on n'a pas le même prix de consult. »

3.2.4 Relation médecin-malade protectrice

A l'unanimité, les médecins pensaient qu'il était indispensable de **préserver la discussion** avec leurs patients sur le sujet des MAC. En effet, protéger la **relation médecin-malade permettait de mieux encadrer les soins** du patient.

3.2.4.1 Patients fragiles sujets aux dérives

Deux médecins avançaient que certains patients pouvaient se faire plus facilement **manipuler** et **manquer de discernement** concernant le soin réalisé.

M13 : « Si tu tombes sur quelqu'un d'un peu fragile, t'en fais ce que tu veux. Parce que souvent ce sont des personnes qui y vont [*chez le thérapeute*] en désespoir de cause, parce qu'ils n'ont pas de solutions. »

M14 : « Avec le retour des patients, de temps en temps, j'ai l'impression qu'il y a un peu de charlatanisme. »

Cette notion de **charlatanisme** a été évoquée plusieurs fois lors des interrogatoires. Les médecins s'inquiétaient des dérives possibles des MAC et du fait que le patient finisse par **s'éloigner du parcours de soin conventionnel**.

M8 : « Il faudrait limiter les dérives pour certaines disciplines parce qu'il y a des gens qui ne voient plus de médecin et qui voient que des praticiens pas forcément médicaux. »

3.2.4.2 Préserver la relation médecin-malade pour mieux surveiller

3.2.4.2.1 Rester ouvert et écouter

La plupart des médecins pensait qu'il était nécessaire de **garder une ouverture d'esprit** face à la demande du patient pour **ne pas rompre la communication**.

M1 : « Si le patient vient avec une idée préconçue [...] et que le médecin le détruit en disant : "N'y allez pas c'est un charlatan", quelque part ça altère la confiance avec le patient. »

M6 : « J'en ai beaucoup des malades qui me disent : "Je vous le dis parce que je sais que vous, vous allez pas m'engueuler...". »

En effet, porter un **jugement tranché** voire même **réfuter** la demande du patient **d'emblée**, serait **infructueux et même délétère**. Ces notions étaient soulignées par nombreux médecins et semblaient être une pierre angulaire indispensable à la bonne relation médecin-malade.

M11 : « Je ne vais pas me braquer, parce que je pense que les gens qui viennent pour ça, ils ont une telle croyance dans ça, qu'on peut les braquer et perdre toute efficacité qu'on peut avoir sur le reste de notre pratique, en étant trop fermé. »

A l'extrême, un médecin rapportait qu'il **accédait machinalement à la demande** du patient « sans la discuter », dans le but de préserver au mieux leur relation.

M1 : « Si quelqu'un vient pour demander un hypnothérapeute, il repart avec un hypnothérapeute. C'est normal. Je ne vois pas pourquoi je lui dirais non. »

3.2.4.2.2 Echanger pour mieux surveiller

Une fois placé en **position d'écoute** face à la demande du patient, certains médecins pensaient pouvoir établir une **relation d'échange** et de **transparence** dans laquelle chacun aurait son temps de parole et pourrait exposer son point de vue.

M9 : « C'est pas une relation paternaliste que j'essaie de mettre en place, mais vraiment d'échange face à face. »

M5 : « Donc la personne est honnête vis-à-vis de moi puisqu'elle me parle d'une éventuelle approche qui va être faite, ou qui a été faite, et dans la mesure où elle est honnête avec moi, je suis honnête avec elle. »

Cette relation d'échange pouvait aller jusqu'à des **partages de supports de savoir** pour que chacun puisse se faire son propre avis.

M8 : « Il y a quand même quelques patients qui m'ont ramené des revues, des magazines [...] parce qu'ils savent que cela m'intéresse. »

M9 : « Je leur donne régulièrement des informations ou les résumés d'articles que j'ai lu [...] : "Tenez je vous le passe, faites vous votre propre avis". »

Ainsi, instaurer un échange et maintenir la relation de confiance MM permettait de **libérer la parole du patient**. La majorité des médecins pensait alors **garder un certain contrôle** sur la situation en étant convaincus de pouvoir **mieux surveiller** les pratiques de leurs patients.

M5 : « Le fait d'en discuter cela permet aussi de vérifier que derrière, ils n'y vont pas pour n'importe quoi. »

M13 : « Le rôle du médecin généraliste c'est justement que les gens lui parlent, lui disent : "Je suis allé faire ça". Et après leur dire : "Oui ou non. Ça peut être bien ou pas bien". Mais de les surveiller. »

3.2.5 Décision éclairée d'un patient plus autonome

Toute la démarche médicale qui découlait de la confrontation du médecin à la demande du patient, semblait converger vers un même but : permettre au patient de prendre une décision éclairée pour sa santé, tout en préservant au maximum sa sécurité.

3.2.5.1 Médecin-conseil

Plusieurs médecins rapportaient que les patients, très renseignés déjà, se tournaient vers eux pour obtenir **leur avis**.

Si certains patients sollicitaient leur médecin généraliste en vue **d'être « seulement » rassurés sur le plan somatique, d'autres attendaient une réelle expertise scientifique.**

M1 : « En réalité, le patient vient pour qu'on le rassure là dessus. »

M15 : « S'ils viennent nous voir pour parler de ce genre de choses, c'est qu'ils veulent avoir notre avis scientifique, je dirais, notre avis professionnel pour être confortés dans leur avis. »

Si la plupart des médecins semblait s'accorder sur le fait qu'ils avaient un **rôle à jouer** concernant les MAC...

M7 : « Evaluer qu'ils puissent ou non y aller, les conseiller là dessus, évaluer aussi la place des soins conventionnels, l'utilité potentielle de tenter des soins alternatifs. »

...ils attiraient cependant l'attention sur le fait que justement ils n'étaient **pas experts sur le sujet**. Conseiller et orienter restait un **exercice complexe** lorsqu'ils ne pouvaient pas dispenser une **information éclairée et fondée**.

M10 : « Je pense que notre responsabilité ce n'est pas forcément de les orienter mais de les éclairer sur la réelle fondée de leur demande et de la médecine pour laquelle ils font cette demande. »

M6 : « Je leur dis : "Ça je ne connais pas donc je ne vous donnerai pas de conseils là dessus. Je n'ai pas été formé pour ça". »

Ainsi, en cas de manque de connaissances, leur rôle était surtout de **mettre en garde** le patient des potentiels dangers.

M11 : « Par contre, je leur dis : “Soyez prudent, que ce ne soit pas un charlatan“. Je pense que notre rôle, c’est celui là. »

M11 : « Il faut expliquer que ce sont des sciences parallèles, que ce sont des trucs de plus en plus utilisés, mais qu’on ne connaît ni les risques ni les effets positifs. Que c’est un peu du domaine de l’expérimentation. »

Quelque soit leur position vis-à-vis des MAC, **tous** soulignaient la nécessité de réaliser un **bilan somatique préalable** pour **ensuite seulement**, laisser le patient avoir ou non recours aux MAC. Cet examen ainsi que la relation d’échange entretenue avec le patient permettaient de **garder la main sur les indications** et d’**insister sur la nécessité d’une prise en charge conventionnelle** le cas échéant.

M7 : « Je lui dis : “Par contre la prochaine fois, évitez de voir l’ostéopathe avant d’avoir mon avis, parce que sur un truc aigu, parfois cela peut aggraver“. »

M8 : « Si les patients sont vraiment trop à fond dans un truc, j’essaie aussi de les recadrer vers le coté médical. »

De plus, si une bonne partie des médecins pensait qu’il n’y avait **pas d’incompatibilité entre MC et MAC...**

M5 : « Je ne vois pas d’inconvénient à ce que la personne ait un suivi entre guillemet parallèle qui soit fait par un autre thérapeute, dans la mesure où j’ai quand même une vision médicale de la chose. »

... tous s’accordaient pour dire que **le danger résidait dans une utilisation exclusive des MAC. Les médecins insistaient** auprès de leurs patients pour leur faire comprendre que les MAC ne devaient pas être employées comme des soins substitutifs à la MC mais plutôt comme des **soins complémentaires**.

M3 : « Je pense que c'est complémentaire et qu'il faut voir les choses de façon complémentaire et que ce n'est pas exclusif. Enfin voilà, et je pense que c'est pareil pour toutes les médecines alternatives. »

3.2.5.2 Décision finale du patient

L'objectif de toute cette démarche de conseils, d'évaluation et de mise en garde était que le **patient ait reçu une information assez éclairée, pour qu'il puisse décider des actions qu'il souhaite réaliser pour sa santé.**

M9 : « C'est pour avoir des informations pour que lui-même il décide, qu'il prenne un peu le pouvoir. »

M9 : « Si par contre, je vois que ça peut les mettre en danger, je les informe, je leur donne mon point de vue, après ils prennent leur décision finalement. »

Deux médecins relataient en effet **que les MAC positionnaient encore plus le patient au centre des décisions.** Certaines lui permettaient même d'être davantage maître de ses maux et de **le responsabiliser dans ses choix pour sa santé.**

M6 : « Ça donne aux gens une responsabilité qui est importante. Alors que dans l'allopathie, on marque des médicaments, ils vont les prendre et puis c'est tout. »

M7 : « Cela participe à la prise de conscience du patient et du pouvoir qu'il peut avoir sur son corps. »

3.2.6 Besoin d'aide

Néanmoins, pour que tout ce système puisse se pérenniser, cela nécessite encore quelques réflexions et quelques actions pour **assister les médecins** dans leur démarche.

3.2.6.1 Arrêter d'ignorer les MAC

Plusieurs médecins affirmaient qu'une **prise de conscience générale** sur l'utilisation de ces MAC était nécessaire.

M1 : « Il faut admettre que ça existe premièrement. Pour l'instant, il y a beaucoup de gens qui se voilent la face et qui n'admettent pas que ça peut exister. »

Cette prise de conscience devrait passer par une reconnaissance au niveau des **instances médicales**.

M10 : « On a besoin d'une base scientifique et que ce soit reconnu par l'Ordre. »

M5 : « Alors, je pense qu'outre encadrer les pratiques remboursées [...] toutes ces thérapies [...] se doivent d'être encadrées. »

Instaurer un **cadre légal** pourrait alors permettre de mieux **contrôler les messages de santé publique**, selon une partie des médecins interrogés.

M5 : « On ne peut pas proposer [*des MAC*], si derrière, au niveau du personnel encadrant, on n'est pas capable d'imposer des règles obligatoires en terme de santé publique. »

3.2.6.2 Recommandations claires

La majorité des médecins souhaitait des **recommandations claires** sur lesquelles s'appuyer, sous tendues par des **références scientifiques**.

M15 : « Je dirais avoir eu la preuve que ça marche, ou que ça ne marche pas d'ailleurs, par un article dans une revue médicale, par une étude qui serait sortie. »

Ces recommandations pourraient être **relayées par des outils simples** à utiliser, ou déjà connus de la médecine conventionnelle.

M5 : « J'aimerais bien une petite synthèse sur ces différentes pratiques avec un énorme point d'exclamation quand il ne faut pas y aller. Ou à l'inverse, une fiche synthèse sur les principales actions, les mécanismes de la thérapeutique, les principales indications, les effets attendus, le nombre de séances nécessaires. »

M5 : « Il faudrait une sorte d'abaque comme l'HAS nous pond tous les 6 mois : les organigrammes, les conduites à tenir "Oui non, faut faire comme-ci comme ça, selon tels critères". »

3.2.6.3 Homogénéiser les MAC

Certains médecins souhaitaient qu'il existe **davantage de formations médicales**. Deux d'entre eux parlaient préférentiellement de **formations courtes**. En effet, selon eux, il s'agirait surtout de **sensibiliser aux MAC** afin de mieux en connaître les grands principes.

M6 : « Pour la pratique à venir, je pense qu'intégrer dans le cursus de la faculté, les médecines parallèles c'est une bonne chose. [...]. Ce n'est pas tout apprendre à fond mais juste un peu. »

M1 : « Je pense qu'il y a certaines disciplines où tu peux avoir juste une journée de formation, pas pour pratiquer mais pour savoir que cela existe et surtout quelles sont les indications. »

Concernant les formations des thérapeutes, un médecin avançait la nécessité de disposer d'un **accès plus transparent aux références professionnelles** de ceux-ci.

M3 : « La formation des uns et des autres devrait être peut-être plus accessible au patient et à nous-même, pour qu'on puisse l'intégrer à nos consultations. »

Ainsi, les médecins pourraient être **rassurés** par une **reconnaissance officielle** des formations des thérapeutes.

M15 : « À partir du moment où c'est reconnu quand même par des sociétés savantes, pour moi c'est ça qui fait qu'on peut leur faire confiance. »

Un médecin rajoutait même que les thérapeutes devraient être **formés par les médecins** dont la spécialité se rapprochait le plus de leur pratique.

M13 : « À ce moment là, l'ostéopathie il faudrait que ce soit appris par des rhumato. »

3.3 MODELISATION DES RESULTATS

L'augmentation de la demande de recours aux MAC par les patients était vue par les médecins comme un besoin sociétal qu'il était indispensable de prendre en considération. Même si ce domaine apparaissait comme équivoque pour une grande partie des médecins, ces derniers se plaçaient en position d'écoute et tentaient de s'adapter et de comprendre cette nouvelle demande. Préserver la relation médecin-malade apparaissait alors encore plus primordiale que lors d'une consultation classique. En effet, elle permettait de protéger le patient en lui dispensant une information la plus claire et la plus appropriée possible. Ainsi doté du bagage nécessaire, le patient en quête d'autonomisation pouvait faire ses propres choix pour sa santé. Il semblait indispensable que pour parvenir à ce résultat final, le médecin soit aidé à tous les niveaux de cette chaîne. Ces résultats ont été modélisés dans la **Figure 2**.

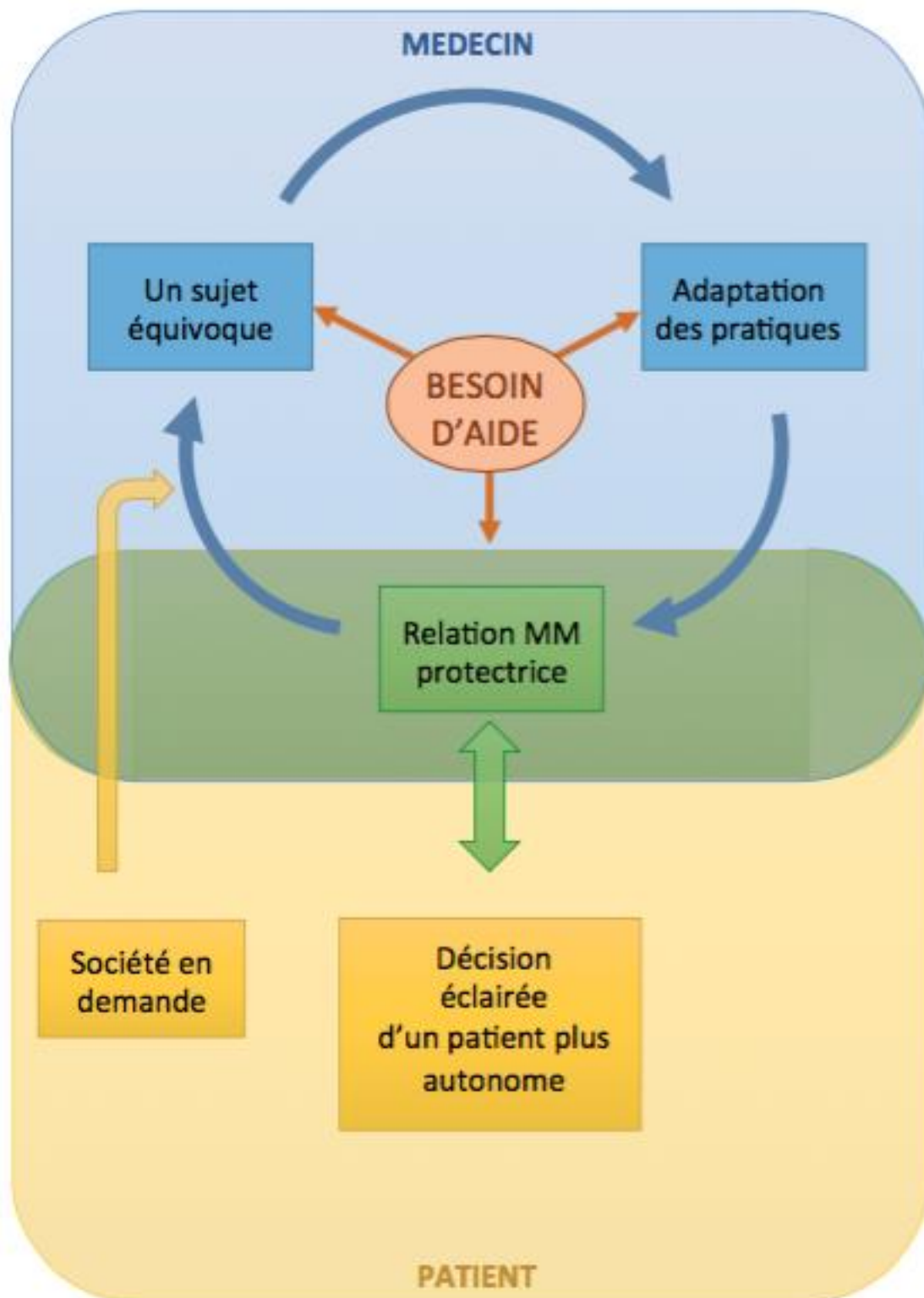


Figure 2 : Modélisation des résultats

4 DISCUSSION

4.1 VALIDITE

4.1.1 Forces

Le choix du type d'étude était adapté à la question de recherche. En effet, la recherche qualitative a permis d'étudier sans préjugés la complexité des ressentis et réactions des médecins généralistes face au phénomène des médecines alternatives.

Nous avons tenté au maximum de nous rapporter à la grille de critères COREQ (43) afin de respecter la démarche scientifique.

L'échantillon était en adéquation avec la question de recherche qualitative. En effet, un maximum de points de vue différents a pu être obtenu du fait de la population variée, évitant ainsi une saturation des données trop précoce. Outre la diversité des critères tels que le sexe, le lieu d'activité et l'âge, la répartition quasi équivalente des médecins pratiquant (9) ou non (7) une MAC, renforçait la validité de nos résultats. En effet, cette distribution équilibrée évitait une orientation des réponses des sujets interrogés vers un seul axe « pour » ou « contre » les MAC.

La triangulation de l'analyse a permis de réduire les biais d'interaction et d'interprétation des investigateurs, permettant de tendre vers une plus grande objectivité dans l'analyse. D'autre part, elle a autorisé une meilleure compréhension du phénomène étudié en fournissant une richesse qualitative.

Tous les participants interrogés ont été inclus et aucun n'a quitté l'étude en cours de réalisation.

A noter que la réalisation d'entretiens libres avant l'inclusion a permis de mieux cerner la problématique et d'adapter les questions du guide d'entretien.

4.1.2 Limites

Les principales limites de cette étude sont liées à notre manque d'expérience en recherche qualitative. En effet, aucun de nous n'avait participé à ce type d'étude auparavant. La gestion d'un entretien semi-dirigé est un exercice complexe, qui nécessite connaissances et entraînement. Il n'a pas été aisé de construire un guide thématique pertinent ni de maîtriser les relances durant les entretiens. Ceci a pu engendrer un biais d'information. Nous avons tenté de minimiser cet effet en nous documentant dans la littérature essentiellement et en adaptant continuellement nos pratiques.

De plus, nous avons retranscrit uniquement les enregistrements audios. Peu d'informations sur la communication non verbale ont été renseignées.

Tous les entretiens n'ont pas été réalisés dans des conditions idéales. L'interférence d'éléments extérieurs (planning de consultation, téléphone...) a pu affecter les réponses des médecins interrogés.

L'échantillonnage a été réalisé uniquement sur deux départements de la région PACA (13 et 84), perdant ainsi de l'hétérogénéité.

Les investigateurs connaissaient quatre médecins ce qui a pu affecter la qualité des données. En effet, une meilleure relation a pu d'un côté, permettre d'approfondir les entretiens plus facilement, et en contrepartie freiner l'interrogé dans ses réponses par peur d'être jugé par le chercheur.

4.2 RESTER SUR SES GARDES

4.2.1 Responsabilité médicale

A juste titre, certains médecins s'inquiétaient de leur responsabilité médicale dans le cadre des MAC. En effet, un médecin avait même cité pendant l'interrogatoire le code de déontologie médicale, qui rappelle qu'un médecin ne peut « proposer aux malades ou à leur entourage comme salubre ou sans danger, un remède ou un

procédé illusoire ou insuffisamment éprouvé » (Article R.4127-39) (44). C'est ce que mettaient en avant 124 médecins qui, en 2018, ont signé une tribune dans un journal français, demandant « l'exclusion des ces disciplines ésotériques du champ médical » (45). Ils dénonçaient la contradiction du CNOM qui avait publié en juin 2018 : « Le traitement préconisé par un médecin ne peut, en aucun cas, être alternatif aux données acquises de la science et à l'état de l'art, mais il peut comporter une prescription adjuvante ou complémentaire, médicamenteuse ou autre, que le médecin apprécie en conscience dans chaque situation, après avoir délivré au patient une information loyale, claire et appropriée. » (46).

Cette préconisation est vague et laisse le médecin apprécier seul l'utilisation des MAC.

4.2.2 Sécurité du patient

- **Tolérer sous conditions**

Certains médecins considéraient les MAC comme un outil supplémentaire dans leur arsenal médical, notamment à proposer en cas d'impasse thérapeutique lorsque l'on parvenait aux limites de la médecine conventionnelle. Cette notion d'utilisation en « dernier recours » est aussi retrouvée dans plusieurs études, notamment une anglaise, parue en 2015, où ces thérapies sont utilisées lorsque « la médecine conventionnelle arrive en bout de course » (47). Pour les médecins australiens aussi, il est important de garder une ouverture d'esprit pour explorer éventuellement d'autres pistes lorsque la MC a échoué (48).

La majorité des médecins tolérait l'utilisation des MAC si un examen médical était réalisé en amont et écartait tout danger potentiel pour le patient. Finalement, avoir la preuve d'une efficacité leur importait peu. Ils étaient surtout dans une démarche de minimisation du risque. Cette notion est en accord avec une étude Australienne réalisée en 2016 sur 585 médecins généralistes (48). Cette étude retrouvait les mêmes perceptions que les médecins interrogés : ils étaient plus attachés à une démarche de mise en garde plutôt que de preuves d'efficacité.

- **« Au pire, ça ne peut pas faire de mal ! »**

Il est important de préciser que, même si certains s'inquiétaient des risques pris par les patients, beaucoup de médecins pensaient que si les MAC n'étaient pas efficaces, elles ne pouvaient néanmoins pas être délétères. En réalité, même si ces types de soins sont parfois appelés « médecines douces », ils n'en sont pas dénués d'effets indésirables. En effet, dans une étude parue dans les Annales de Réadaptation et de Médecine Physique (49), 230 médecins (neurologue, neurochirurgien, médecin ostéopathe, rhumatologue, rééducateur) ont rapporté que les risques liés à des mauvaises manipulations étaient sous estimés. Les manipulations cervicales étaient incriminées dans 50% des accidents. Les effets pouvaient aller de la simple névralgie du membre inférieur (35 cas) à l'accident vasculaire cérébral (14 cas) ou à des syndromes de la queue de cheval (4 cas). De la même façon, l'HAS a rendu un rapport en 2014 d'évaluation des risques liés à la pratique de la Mésothérapie à Visée Esthétique (MVE) (50). Il concluait que le risque principal était infectieux et que ce danger était « supérieur à celui d'une injection unique du fait de la multiplicité des ponctions et de la variation des sites d'injection au cours d'une même séance ». La survenue d'un cas de choc anaphylactique mortel à un produit utilisé, avait même été déclarée.

- **Des pratiques hétérogènes à contrôler**

L'autre aspect de la sécurité concernait les potentielles dérives sectaires. Plusieurs médecins de notre étude appréhendaient le fait que certains de leurs patients, plus fragiles sur le plan physique et psychologique, ne se laissent manipuler par un thérapeute mal intentionné. De plus, la plupart des médecins déploraient leur manque de réseau de thérapeutes de confiance, du fait notamment de formations hétérogènes et de pratiques parfois douteuses. La thèse de Flandrin Mouallem A. (51) expose les mêmes résultats.

C'est dans cette optique de protection que la Mission Interministérielle de Vigilance et de lutte contre les dérives sectaires (MILIVUDES) a été créée en 2002. Dans un rapport au sénat en 2013 (52), le président de cette agence mettait en garde sur certaines formations de thérapeutes. D'après lui, « sur les 60 000 organismes de formation existants, près de 4 000 semblent suspects » et ainsi « chaque année

[*arrivent*] sur le marché du soin des milliers de nouveaux praticiens, parfois “formés” en quelques dizaines d'heures ».

D'autres part, les investigations de la DGCCRF (La Direction générale de la Concurrence, de la Consommation et de la Répression des fraudes est une administration française relevant du ministère de l'Économie) ont été menées en 2018 sur 675 praticiens. Cette enquête visait à contrôler la loyauté des pratiques commerciales et le respect de leurs obligations par des professionnels pratiquant des « médecines non conventionnelles » (53). Elle montrait qu'encore en 2018, deux tiers des 675 praticiens contrôlés présentaient au moins un manquement (défauts d'information, pratiques commerciales trompeuses ...).

D'un point de vue juridique, la limite est théoriquement « formelle et stricte ».

En effet, d'après l'article de Cloatre E. publié dans la « *Medical Law Review* » (54), il existe 3 principes clairs de lois concernant les thérapies non conventionnelles : d'abord, seulement les médecins et professions autorisées ont le droit de pratiquer des soins à visée diagnostique et/ou thérapeutique. Deuxièmement, seuls les pharmaciens peuvent dispenser des produits considérés comme « médicinaux ». Troisièmement, toutes les MAC sont sous surveillance du MIVILUDES. Cette étude met en évidence l'ambiguïté du système légal, qui existe en pratique. Certains thérapeutes organisent leur activité de sorte qu'elle ne soit pas considérée comme une action « diagnostique ou thérapeutique ». Ainsi, ils restent dans les limites de la légalité.

Les patients se perdent alors dans ces ambiguïtés et un bon nombre a recours à des thérapies considérées au bord de l'illégalité. L'exemple principal étant la pratique de l'acupuncture qui, en France, ne peut être pratiquée que par un médecin ou sage femme, mais dont la SNMAF (Syndicat National des Médecins Acupuncteurs de France) estime encore entre 4000-6000, le nombre de thérapeutes la pratiquant sans diplôme médical reconnu (34).

4.3 NE PAS IGNORER LES MAC POUR MIEUX SURVEILLER

4.3.1 Penser à interroger plus souvent les patients

Bien que la demande d'utilisation des MAC soit en augmentation, certains médecins soulignaient qu'il était fréquent que les patients ne les consultent pas avant d'y avoir recours. On retrouve cette notion dans la thèse de Mayer-Lévy C. où 51% des patients interrogés utilisant des MAC, n'en avaient pas informé leur médecin (10). Dans celle de Ait M'Hammed M., on note que 65% des patients avaient eu recours à ces thérapies sur conseils de proches et non de leur médecin, et que 39% n'en informaient pas ce dernier (55). Un sondage Odoxa confirme que les médecins sous-estiment le recours aux MAC par les patients. Selon les médecins, 1/4 seulement auraient recours aux MAC alors qu'en réalité, ils sont le double (56).

Plusieurs études évaluent les raisons de cette sous estimation. Dans la majorité des cas, le patient avait peur de la réponse du médecin : peur d'une réponse négative, peur d'un conflit et d'un désaccord pouvant aller jusqu'à atteindre la relation de confiance entre lui et son médecin (57). Aussi, d'après le travail de Rosenberg, 50% des patients pensaient qu'il n'y avait pas d'interactions entre ces thérapies et la médecine conventionnelle (58), donc il n'existait pas forcément de raisons d'en parler à leur médecin.

Cette sous-estimation reflète le manque de communication en consultation. Les médecins de l'étude rapportaient que malgré l'augmentation de la demande, cela restait un sujet tabou à la fois pour le médecin et pour le patient. Une étude de 2007 sur la population australienne montre que les médecins n'abordaient pas non plus souvent le sujet (59). Comme dans notre étude, Mélois P. met en avant dans sa thèse, l'importance de la discussion entre médecin et patient, en rajoutant qu'en général les patients préféreraient que le médecin soit celui qui aborde le sujet (60). Un des médecins de notre étude rapportait aussi qu'il serait nécessaire poser plus souvent la question aux patients.

Le gouvernement australien a établi en 2014, un rapport à l'attention des médecins, expliquant pourquoi les patients s'intéressaient aux MAC et pourquoi il était important

d'en discuter avec eux (61). Cela permettrait alors de renforcer la relation médecin-malade, mais aussi de garder une certaine surveillance sur le parcours de soin du patient. Ces deux notions étaient retrouvées dans notre étude.

Ainsi, ignorer la demande du patient pour les MAC ne va pas les empêcher d'y avoir recours. A l'inverse, cela constitue une perte de chance pour le patient aussi bien sur le plan thérapeutique, que sur le plan sécuritaire. Préserver une bonne relation MM et rester ouvert à la discussion permet d'identifier les pratiques potentiellement bénéfiques ou au contraire dangereuses pour le patient.

4.3.2 Intégrer dans le système de soins

Les médecins interrogés pensaient qu'une information minimum sur les MAC était indispensable pour aider à répondre au mieux à la demande des patients. Comme le souligne le Pr. Bontoux sur le site du CNOM : « On ne peut pas tolérer une situation où le public se passionne (...) pour ces pratiques pendant que le corps médical s'en désintéresse ou se borne à les mépriser » (62).

Intégrer des notions sur ces thérapies à la faculté pourrait être une solution. Il n'est pas question de former les futurs médecins à la pratique des MAC, ni d'en faire la promotion, mais de les informer sur les pratiques les plus courantes. D'après Awad en 2012, une étude nationale sur près de 2000 internes montrait que 92% d'entre eux souhaitaient recevoir une formation, avec pour 83% l'envie de connaître les indications et limites des MAC (63). Cette notion est également retrouvée dans la thèse de C. Neves où les médecins interrogés déploraient le manque de possibilités de formation (64).

À l'adresse des facultés de médecine, l'ANM recommande d'introduire dans le programme obligatoire des études médicales, au cours du deuxième cycle ou en fin d'études, une information sur les thérapies complémentaires, leur place, leurs limites et leurs dangers, destinée à permettre aux futurs praticiens de toutes disciplines et modes d'exercice d'éclairer leurs patients (65).

Enfin, l'AP-HP a même intégré un chapitre sur les médecines complémentaires dans son plan stratégique 2010-2014 en réponse à cet essor pour les MAC non négligeable. En effet, dans son rapport paru en 2012 (66), elle met en avant trois objectifs : participer à l'offre de ce genre de soins dans le cadre hospitalier, participer au développement et à la recherche clinique, et enfin développer et prioriser l'offre de soins dans les indications validées . Ainsi, en incluant l'évaluation de ce domaine dans le projet hospitalier, on peut penser qu'il sera mieux contrôlé.

4.4 DES DISPOSITIFS ENCORE INSUFFISANTS

4.4.1 Limites malgré la multiplication des dispositifs mis en place

Les médecins se plaignaient du manque de preuves scientifiques et de recommandations de la part des autorités, ce qui représentait un obstacle retrouvé dans plusieurs autres études, comme celles de Flandrin Mouallem A. (51) et de Chamard A. en 2016 (18).

Depuis 1997, l'intérêt pour la recherche dans le domaine des MAC est pourtant grandissant comme le souligne la dépense croissante des centres et instituts pour la recherche relative aux MAC aux Etats Unis (67). En 2018, le budget total attribué dans ce domaine par le NCCIH était de 448 millions de dollars (68) contre 116 millions en 1999 (69).

Depuis 2010, la Direction Générale de la Santé (DGS) finance un programme pluriannuel d'évaluation des PSNC (62). Elle confie à « l'INSERM et aux sociétés savantes, la réalisation d'évaluations et de revues de la littérature scientifique internationale ». L'objectif est de distinguer les pratiques prometteuses de celles potentiellement dangereuses. Un groupe d'appui technique sur les pratiques non conventionnelles à visée thérapeutique, notamment composé de la MILIVUDES et de professionnels de santé, a été créé par la DGS le 3 février 2009. Il peut venir en

aide au directeur général de la santé dans la conception et la mise en œuvre de la politique de lutte contre ces thérapies et d'informations au public.

L'Académie National de Médecine (ANM) et les pouvoirs publics, dans leur rapport d'analyse stratégique d'octobre 2012 (70), proposent de développer des études bénéfice-risque et coût-efficacité, dans le but d'évaluer la pertinence du recours à certaines pratiques, et de promouvoir certaines méthodes via la HAS. De plus, l'ANM publie en 2013 des recommandations de « bonnes pratiques » mais qui se résument pour les usagers et les professionnels à éviter l'usage des MAC en l'absence de diagnostic médical (33).

4.4.2 Besoins d'aides pratiques en consultation

Comme on le retrouve dans une autre étude (51), les médecins relataient avoir besoin d'outils rapides et fiables auxquelles se référer.

En pratique, le Ministère des Solidarités et de la Santé (MSS) a mis a disposition des usagers et des médecins, des fiches d'information sur l'hypnose, la mésothérapie, l'acupuncture, l'auriculothérapie, l'ostéopathie, la chiropraxie, le jeûne à visée préventive ou thérapeutique, la biologie totale (4). Ces fiches exposent les principes généraux et les risques des thérapies citées.

4.4.3 Les MAC laissées à l'appréciation du médecin

Ainsi, par manque de recommandations et d'informations claires, les médecins interrogés rapportaient qu'ils s'étaient adaptés « seuls » à la demande. Certains avançaient employer une méthode empirique basée sur leur propre expérience, sur les retours des patients ou bien sur les expériences professionnelles des pairs. Chacun semblait s'être fait sa propre idée voire même ses propres indications concernant l'utilisation des MAC. Ces notions sont aussi retrouvées dans plusieurs thèses (64,71). Comme cela a déjà été évoqué précédemment, le CNOM laisse le médecin apprécier « en conscience dans chaque situation » le recours au MAC (46).

4.5 PERSPECTIVES

4.5.1 Un système d'évaluation à modifier

Certains médecins mettaient en avant le fait que les preuves scientifiques étaient limitées non pas à cause d'un nombre d'études insuffisant, mais plutôt du fait de moyens d'évaluation inadaptés à l'évaluation de ces pratiques. Gueguen J. (72) explique dans sa thèse que les méthodes actuelles ne sont pas forcément adéquates étant données les différences entre la MC et les MAC. En effet, contrairement à la MC, dans le domaine des thérapies non conventionnelles il n'est pas simplement question de mesurer l'efficacité statistique, mais d'étudier les effets, la subjectivité et les influences de contexte sur les patients. Le gold standard de l'essai randomisé contre placebo ne peut prendre en compte tous ces paramètres (73).

Pour certains médecins, les études qualitatives seraient plus adaptées à l'évaluation des MAC. Cependant, elles font l'objet de controverses car dans ce type d'étude, la subjectivité prédominerait sur l'objectivité, et la reproductibilité y serait donc affaiblie. L'OMS en 2000 faisait déjà remarquer que « *le manque de données est dû aussi bien aux politiques sanitaires qu'au fait que l'on ne dispose pas de méthodes de recherche adéquates ou agréées pour évaluer la médecine traditionnelle* » et proposait des principes méthodologiques généraux pour l'évaluation relative à la « médecine traditionnelle », qui restent cependant débattus (74).

Une revue de la littérature effectuée par *Veziari et al* portant sur 21 études et parue en 2017 (75), étudie les différents obstacles à la réalisation de recherches sur les MAC. Le principal était en rapport avec le fait que le mécanisme soit complexe à évaluer (du fait d'une prise en charge plus globale). Mais on retrouvait aussi des limites liées au manque de financement pour ce type de recherche, ainsi qu'un manque d'expériences et de compétences des thérapeutes y participant.

Pour d'autres auteurs au contraire, des études contrôlées, randomisées pour évaluer les MAC sont possibles, comme le présente un article paru dans le *British Medical Journal* (76). Celles-ci demanderaient alors davantage de préparation et d'investissement. Développer des méthodes plus adaptées et d'une valeur

scientifique reconnue est d'ailleurs une des principales missions du NCCIH aux USA (77).

4.5.2 Allier MC et MAC pour un patient remis au centre

- **Les MAC, une défiance de la MC ?**

Les médecins pensaient que les patients avaient perdu confiance en la MC, ce qui pouvait expliquer leur recours grandissant au MAC. Cependant, il faut nuancer ces propos. En effet, une étude Odoxa publiée en 2018 (56), montre que 63% des français préféreraient utiliser de l'homéopathie plutôt que la MC, pour des pathologies bénignes. Cependant, considérant la MC comme étant plus scientifique, ils préféreraient y avoir recours dans 90% des cas pour les maladies graves.

De plus, selon Rosenberg (58) et Träger-Maury (78), les patients cancéreux considèrent les MAC comme un moyen de recouvrer une autonomie perdue dans la gestion de leur traitement. Le recours aux MAC ne signifie donc pas une insatisfaction en la MC.

Il existe donc un décalage entre la perception des médecins et les explications des patients en ce qui concerne le recours aux MAC face à la MC. L'augmentation de la demande d'utilisation de ces thérapies ne semble pas signifier en contrepartie une perte de confiance envers la MC, mais plutôt un désir de prise en charge différente.

- **La médecine intégrative pour une prise en charge plus globale?**

La majorité des médecins avançaient que les patients étaient en demande d'une prise en charge plus globale de leur état de santé. Cette notion est retrouvée auprès des patients interrogés dans la thèse de Chamard A. en 2016 (18). La MC a

tendance à considérer le patient comme une maladie ou un symptôme, et oublie parfois de considérer la personne dans son ensemble.

Ainsi, plusieurs médecins évoquaient la médecine intégrative comme une éventuelle solution pour recentrer le soin sur le patient et son histoire, et déterminer ainsi le parcours le plus adapté pour accéder à une « meilleure santé ». En effet, elle « cherche à conjuguer les meilleures connaissances de la médecine conventionnelle et alternative, tout en offrant une perspective d'unification pour guider les médecins dans une combinaison éclairée de ces régimes hétérogènes de pensée » (79). Cette démarche curative tient compte du mode de vie du patient, de la relation avec le médecin et d'une utilisation appropriée des thérapies disponibles (conventionnelles ou non) (79).

En 2001 déjà, Eisenberg (80) interrogeait des patients américains non cancéreux : 79% des utilisateurs de MAC pensaient que la combinaison des deux médecines était supérieure à l'utilisation exclusive d'un seul type de traitement.

Aux Etats-Unis, un programme innovant de modèle de médecine intégrative est testé par l'Université d'Arizona (University of Arizona Integrative Health Center ou UAIHC). Les patients sont questionnés sur leur expérience dans ce programme : ils sont notamment satisfaits de leur prise en charge globale et se sentent au centre du système de soins (81).

Bien entendu ce modèle est idéal et testé dans un pays « inclusif » (82) (MAC reconnues mais pas pleinement intégrées au système de santé) contrairement à la France qui fait partie des pays plutôt « tolérants » (accès sur la MC en priorité, certaines MAC tolérées), mais il laisse sous entendre la possibilité d'une prise en charge globale.

Ainsi, plutôt qu'être alternatives, les MAC pourraient surtout être complémentaires à la MC, voire synergiques dans le but de donner à la médecine un aspect plus holistique.

4.5.3 Autonomisation du patient

- Médecin conseil

Les médecins remarquaient que leurs patients venaient parfois chercher en consultation, l'expertise du médecin, pour ensuite décider au mieux. Selon eux, ils représentaient pour le patient un homme de confiance auquel se référer, mettant ainsi en avant leur rôle de conseiller. Les médecins mettaient l'accent sur le fait de devoir mettre en garde le patient du manque de preuves existantes sur le sujet, des risques encourus et du caractère empirique de ces méthodes.

Au Canada, ce rôle de conseiller « officiel » est inscrit dans le code de Déontologie Médicale du Collège des médecins du Québec. Devant un patient envisageant de recourir à une MAC, « le premier devoir du médecin est d'informer le patient. Il doit lui fournir toute l'information dont il dispose pour l'aider à faire un choix éclairé » (83,84).

- Patients renseignés et impact des médias

Beaucoup de médecins interrogés rapportaient que les patients étaient très renseignés sur les MAC grâce notamment à la médiatisation et l'accès à l'information.

En effet, près d'un français sur deux consulte internet, ou un autre réseau, pour obtenir un conseil pour prendre en charge son problème de santé. Concernant les MAC, 67% des patients pensent qu'il est facile d'y trouver une information fiable les concernant (56). Enfin, 69% des médecins de l'étude Odoxa sont convaincus de l'effet néfaste d'internet, en véhiculant de fausses informations (56). Les médecins de notre étude rapportaient leur peur de l'impact des médias sur leur relation avec le malade. Cette notion est aussi mise en avant dans la thèse de Delforges F. en 2016 (85), qui étudie la place des médias dans la relation MM en médecin générale. L'accès à l'information via ceux-ci, n'est pas forcément un désavantage selon cette étude. Il permet de vulgariser l'information médicale, et de relayer des informations

primordiales de prévention comme pour l'AVC. Concernant les MAC, l'ANM et les pouvoirs publics, dans leur rapport d'analyse stratégique d'Octobre 2012 (70) proposent par exemple d'ouvrir une plateforme d'informations recensant les connaissances actuelles sur les MAC. Les médias, pourraient ainsi constituer un moyen de diffuser en masse des informations de prévention et de mise en garde à la population vis à vis des MAC. Une étude montre ainsi que 77% des français et 83% des médecins seraient favorables à la création d'un site internet officiel, labélisé par l'Etat, pour apporter ce genre d'information (56).

- Patients plus responsables

Les médecins évoquaient que leur rôle était de dispenser une information claire et loyale au patient afin qu'il puisse décider pour sa santé. Ils avançaient que la demande de MAC rendait les patients plus autonomes dans leurs actions. Ceci est en accord avec le courant de pensées actuel qui met en avant un patient davantage responsable de sa santé. Le rôle du médecin généraliste consiste à le guider afin de favoriser son autonomie plutôt qu'une réparation passive de ses troubles (86).

Ainsi, Guy Vallancien dans son livre « La Santé n'est pas un droit : Manifeste pour une autre médecine » pense que les patients « de mieux en mieux informés et de plus en plus responsables [...] regroupés en communautés, partageront de mieux en mieux leurs expériences que nous devons systématiquement intégrer dans l'évaluation des résultats de notre pratique médicale » (87).

5 CONCLUSION

Dans une société de consommation en perpétuelle quête de bien-être, répondre à la demande croissante des patients pour les MAC devient un véritable enjeu pour les médecins généralistes. Loin d'être formés, ces derniers se heurtent à des pratiques aussi complexes que variées faisant objet de controverses dans la communauté scientifique. Sujet largement diffusé et parfois manipulé par les médias, il semble néanmoins révéler le besoin de prise en charge plus globale et plus personnalisée de la part des patients, qu'on ne peut ignorer. Il met en évidence également leur désir d'obtenir toujours plus de solutions et de réponses à leurs maux. Ainsi, les médecins se retrouvent souvent face au patient détenteur du savoir sur les MAC et cela peut être déstabilisant.

A l'ère de l'EBM, le manque de preuves scientifiques pour la plupart de ces pratiques, ainsi que le manque de connaissances des médecins, constituent les freins principaux à leur recours. Pour autant, la plupart des médecins interrogés considèrent ces MAC comme un outil supplémentaire dans leur arsenal thérapeutique, notamment dans le cas d'impasses de la MC. De plus, confrontés quotidiennement aux demandes des patients, les médecins ont du adapter leurs pratiques parfois de manière empirique. Ils ont tenté au maximum de répondre aux besoins des patients tout en essayant de garantir une certaine sécurité.

Pour parvenir à cet équilibre, les médecins prônent une ouverture d'esprit et une relation de confiance médecin-malade permettant de libérer la parole du patient pour mieux surveiller ses pratiques.

Le médecin a alors le champ libre pour dispenser au patient une information la plus claire, loyale et appropriée possible pour le mettre en garde sur les dérives potentielles de ces thérapies. Ainsi doté de tous les éléments pour choisir, le patient plus responsable est remis au cœur du système de soin, en tant que principal acteur pour sa santé.

Les médecins généralistes appellent cependant encore au renfort des mesures à la fois politiques, pratiques et législatives pour les aider à mieux encadrer le recours à ce type de soins. Dans ces conditions, les médecins seraient armés du bagage

nécessaire pour répondre à l'évolution du système de santé vers une médecine intégrative, une alliance judicieuse des MAC et de la MC permettrait alors une prise en charge holistique.

Déjà conseiller et homme de confiance, le médecin global de demain intégrerait donc les informations issues des recommandations scientifiques, mises en relation avec le terrain, l'examen clinique ainsi qu'avec les informations rapportées par le patient, pour en faire une synthèse adaptée à chaque patient. Il pourra alors être le pivot d'un système sanitaire adapté à son temps.

6 BIBLIOGRAPHIE

1. Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. BMJ. 13 janv 1996;312(7023):71-2.
2. Rapport_Druais_Mars_2015.pdf [Internet]. [cité 27 janv 2020]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Druais_Mars_2015.pdf
3. Allen DJ, Heyrman PJ. préparé par la WONCA EUROPE (Société Européenne de médecine générale - médecine de famille) 2002. :52.
4. DGS. Les pratiques de soins non conventionnelles [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2020 [cité 26 janv 2020]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/qualite-des-soins-et-pratiques/securite/article/les-pratiques-de-soins-non-conventionnelles>
5. Fischer FH, Lewith G, Witt CM, Linde K, von Ammon K, Cardini F, et al. High prevalence but limited evidence in complementary and alternative medicine: guidelines for future research. BMC Complement Altern Med. 6 févr 2014;14:46.
6. Clarke TC, Black LI, Stussman BJ, Barnes PM, Nahin RL. Trends in the use of complementary health approaches among adults: United States, 2002-2012. Natl Health Stat Rep. 10 févr 2015;(79):1-16.
7. World Health Organization, Traditional Medicine Strategy 2002-2005. 2002 [Internet]. [cité 27 janv 2020]. Disponible sur: http://www.beovita.eu/pdf/WHO_EDM_TRM_2004.pdf
8. Communiqué de presse, Baromètre santé Pagesjaunes, 2017 [Internet]. [cité 27 janv 2020]. Disponible sur: https://www.solocal.com/sites/default/files/cpbaro_vf_12_12_2017.pdf
9. Geesen M. Le recours des patients aux médecines non conventionnelles en région Rhône-Alpes – Etude quantitative descriptive transversale par questionnaire de 373 patients. [Th. Méd] : Université Lyon 1, 2011.
10. Mayer-Lévy C. Recours aux Médecines Complémentaires et Alternatives parmi les patients de Médecine Générale à Paris. [Thèse d'exercice] : Université Paris Descartes, 2010.
11. Thiriart F. Le recours aux médecines complémentaires et alternatives en milieu rural. [Thèse d'exercice]. Université de Nancy, ; 2012.
12. Publication du guide Santé et dérives sectaires | Miviludes [Internet]. [cité 27 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.derives-sectes.gouv.fr/publications-de-la-miviludes/communiqu%C3%A9s-de-presse/publication-du-guide-sant%C3%A9-et-d%C3%A9rives-sectaires>
13. Rodrigues M. Les médecines alternatives et complémentaires en oncologie. déc 2011;67:8-17.

14. Ordre des médecins. Quelles places pour les médecins complémentaires ? [Internet]. Webzine n°3. [cité 27 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/webzine/2015-07/www/index.html#/page-2>
15. Bouet P. Synthèse de l'activité régulière : Situation au 1er janvier 2018 [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins; 2018 janv [cité 20 janv 2020]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/pie6yf/cnom_atlas_2018_synthese_activite_reguliere_0.pdf
16. Épreuves Classantes Nationales (ECN) - Mode d'emploi [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 27 janv 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_646948/fr/epreuves-classantes-nationales-ecn-mode-d-emploi
17. Reix, F. Les médecines complémentaires et alternatives dans les études de médecine en France : état des lieux et opinions des doyens et des étudiants [Thèse d'exercice]. Université Claude Bernard, Lyon ; 2010.
18. Chamard A. Etat des lieux du recours aux médecines alternatives et complémentaires en médecine générale, dans le Languedoc-Roussillon : étude quantitative auprès de patients et de médecins. [Th. Méd]. : Université de Montpellier-Nimes ; 2016.
19. Titres et mentions autorisés sur les plaques et ordonnances [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2019 [cité 27 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/medecin/carriere/titres-mentions-autorises-plaques-ordonnances>
20. Santé | Miviludes [Internet]. [cité 26 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.derives-sectes.gouv.fr/quest-ce-qu'une-d%C3%A9rive-sectaire/o%C3%B9-la-d%C3%A9celer/sant%C3%A9>
21. Organisation mondiale de la santé. Stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle pour 2014-2023. 2013.
22. Titres et mentions autorisés sur les plaques et ordonnances [Internet]. [cité 27 janv 2020]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/1k2cngt/titres.pdf
23. Ordre des médecins - Webzine n°3 [Internet]. [cité 27 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/webzine/2015-07/www/index.html#/page-2>
24. L'homéopathie plébiscitée par les Français [Internet]. Ipsos. [cité 31 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.ipsos.com/fr-fr/lhomeopathie-plebiscitee-par-les-francais>

25. Laboratoire Boiron. L'homéopathie en France - Tout sur l'homéopathie [Internet]. [cité 31 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.boiron.fr/connaitre-l-homeopathie/l-homeopathie-en-france>
26. Arrêté du 4 octobre 2019 portant radiation de médicaments homéopathiques de la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables aux assurés sociaux mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale | Legifrance [Internet]. [cité 31 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2019/10/4/SSAS1925246A/jo/texte>
27. Les médicaments homéopathiques [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. [cité 31 janv 2020]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/medicaments/le-circuit-du-medicament/article/les-medicaments-homeopathiques>
28. Loudon I. A brief history of homeopathy. *J R Soc Med.* déc 2006;99(12):607-10.
29. IPSOS. Enquête : Les médecins généraux et l'homéopathie [Internet]. 2019 [cité 31 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.apma.fr/wp-content/uploads/2019/05/IPSOS-mars2019-infographie.pdf>
30. World Health Organization. *Acupuncture: Review and Analysis of Reports on Controlled Clinical Trials.* Geneva: World Health Organization; 2003.
31. White A, Ernst E. A brief history of acupuncture. *Rheumatol Oxf Engl.* mai 2004;43(5):662-3.
32. INSERM. Médecine Alternative : ce qu'en dit la science. *Sci Santé.* 20:23-33.
33. Bontoux D, Couturier D, Menkès C-J, Allilaire MMJ-F, Duboousset J, Bontoux D, et al. Thérapies complémentaires — acupuncture, hypnose, ostéopathie, tai-chi — leur place parmi les ressources de soins. *Bull Académie Natl Médecine.* mars 2013;197(3):717-57.
34. Barry C, Seegers V, Gueguen J, Hassler C, Ali A, Falissard B. Evaluation de l'efficacité et de la sécurité de l'acupuncture. INSERM; 2014 janv p. 212.
35. La démographie des ostéopathes en France [Internet]. [cité 2 févr 2020]. Disponible sur: <https://www.osteopathe-syndicat.fr/osteopathie-france>
36. Barry C, Falissard B. Evaluation de l'efficacité de la pratique de l'ostéopathie [Internet]. INSERM; 2012 avr [cité 25 janv 2020]. Disponible sur: https://www.inserm.fr/sites/default/files/2017-11/Inserm_RapportThematique_EvaluationEfficaciteOsteopathie_2012.pdf
37. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé - Article 75.
38. Barry C, Falissard B. Evaluation de l'efficacité de la pratique de la mésothérapie à visée esthétique [Internet]. INSERM; 2010 juill [cité 25 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/sites/default/files/2017->

11/Inserm_RapportThematique_EvaluationEfficaciteMesotherapieEsthetique_2010.pdf

39. Haute Autorité de santé. Évaluation des risques liés aux pratiques de mésothérapie à visée esthétique [Internet]. 2014 juin p. 236. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-07/rapport_mve_vd_mel.pdf
40. Hudelson P. La recherche qualitative en médecine de premier recours. Rev Med Suisse 2004; volume 0. 24011.
41. Paillé P. L'analyse par théorisation ancrée. Cah Rech Sociol. 27 avr 2011;(23):147-81.
42. Méliani V. Choisir l'analyse par théorisation ancrée : illustration des apports et des limites de la méthode. 2011;Recherches qualitatives – Hors Série(15):435-52.
43. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. Int J Qual Health Care J Int Soc Qual Health Care. déc 2007;19(6):349-57.
44. Ordre National des Médecins - Conseil National de l'Ordre. Code Déontologie Médicale. 2019 nov.
45. L'appel de 124 professionnels de la santé contre les «médecines alternatives» [Internet]. [cité 1 mars 2020]. Disponible sur: <https://sante.lefigaro.fr/article/l-appel-de-124-professionnels-de-la-sante-contre-les-medecines-alternatives/>
46. « Médecines alternatives et complémentaires » [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2019 [cité 9 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/publications/actualites/medecines-alternatives-complementaires>
47. Jarvis A, Perry R, Smith D, Terry R, Peters S. General practitioners' beliefs about the clinical utility of complementary and alternative medicine. Prim Health Care Res Dev. mai 2015;16(3):246-53.
48. Wardle JL, Sibbritt DW, Adams J. Primary care practitioner perceptions and attitudes of complementary medicine: a content analysis of free-text responses from a survey of non-metropolitan Australian general practitioners. Prim Health Care Res Dev. 2018;19(3):246-55.
49. Dupeyron A, Vautravers P, Lecocq J, Isner-Horobeti ME. [Complications following vertebral manipulation-a survey of a French region physicians]. Ann Readaptation Med Phys Rev Sci Soc Francaise Reeduction Fonct Readaptation Med Phys. févr 2003;46(1):33-40.
50. Mayol C. Évaluation des risques liés aux pratiques de mésothérapie à visée esthétique. HAS. 2014. p 236 [Internet]. [cité 25 févr 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-07/rapport_mve_vd_mel.pdf

51. Flandrin Mouallem A. Perception des Médecines Alternatives et Complémentaires (MAC) par les médecins généralistes par la méthode du Focus Group [Thèse d'exercice]. Université de Nantes ; 2013.
52. Dérives thérapeutiques et dérives sectaires : la santé en danger (Auditions) [Internet]. [cité 1 mars 2020]. Disponible sur: <http://www.senat.fr/rap/r12-480-2/r12-480-20.html>
53. Médecines non conventionnelles [Internet]. [cité 10 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.economie.gouv.fr/dgccrf/Publications/Vie-pratique/Fiches-pratiques/medecines-non-conventionnelles>
54. Cloatre E. Regulating Alternative Healing in France, And the Problem of « Non-Medicine ». *Med Law Rev.* 1 mai 2019;27(2):189-214.
55. Ait M'Hammed M. Evaluation du recours aux médecines complémentaires et alternatives en médecine générale dans le département de l'Oise [Thèse d'exercice]. Université de Picardie, Amiens ; 2012.
56. Homéopathie & médecines alternatives et complémentaires : les patients et les médecins sont à front renversé [Internet]. Odoxa. [cité 9 mars 2020]. Disponible sur: <http://www.odoxa.fr/sondage/homeopathie-autres-medecines-alternatives-complementaires-patients-medecins-a-front-renverse/>
57. Kelak JA, Cheah WL, Safii R. Patient's Decision to Disclose the Use of Traditional and Complementary Medicine to Medical Doctor: A Descriptive Phenomenology Study. *Evid-Based Complement Altern Med ECAM.* 2018;2018:4735234.
58. Rosenberg EI, Genao I, Chen I, Mechaber AJ, Wood JA, Faselis CJ, et al. Complementary and alternative medicine use by primary care patients with chronic pain. *Pain Med Malden Mass.* nov 2008;9(8):1065-72.
59. Xue CCL, Zhang AL, Lin V, Da Costa C, Story DF. Complementary and alternative medicine use in Australia: a national population-based survey. *J Altern Complement Med N Y N.* août 2007;13(6):643-50.
60. Mélois P. Communication entre le patient et son médecin traitant à propos de Médecines Complémentaires et Alternatives : étude quantitative descriptive auprès de 453 patients morbihannais en 2014 [Thèse d'exercice]. Université européenne de Bretagne, Rennes ; 2014.
61. National Health and Medical Research Council - Australian Government. Talking with your patients about Complementary Medicine – a Resource for Clinicians. 2014 avr.
62. Ordre des médecins - Webzine n°3 [Internet]. [cité 10 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/webzine/2015-07/www/index.html#/page-3>
63. Dermigny A. Internes de médecine générale et médecines alternatives et complémentaires : enquête nationale quantitative sur leurs connaissances,

- perceptions et attentes de formation au cours du troisième cycle. [Thèse d'exercice] , Université de Lille 2 ; 2012.
64. Neves C. Motivations des médecins généralistes picards à la pratique d'une médecine non conventionnelle (MNC) [Thèse d'exercice]. Université de Picardie Jules verne, Amiens ; 2015.
 65. L'homéopathie en France : position de l'Académie nationale de médecine et de l'Académie nationale de pharmacie [Internet]. Académie nationale de médecine | Une institution dans son temps. 2019 [cité 2 mars 2020]. Disponible sur: <http://www.academie-medecine.fr/lhomeopathie-en-france-position-de-lacademie-nationale-de-medecine-et-de-lacademie-nationale-de-pharmacie/>
 66. Fagon, J-Y. Viens-Bitker C. Médecine Complémentaire à l'Assistance Publique - Hopitaux de Paris [Internet]. 2012 mars [cité 2 mars 2020]. Disponible sur: <https://pitialespetriere.aphp.fr/wp-content/blogs.dir/134/files/2014/04/Rapport-M%C3%A9d-Compl-%C3%A0-IAP-HP.pdf>
 67. Institute of Medicine (U.S.), éditeur. Complementary and alternative medicine in the United States. Washington, DC: National Academies Press; 2005. 337 p.
 68. Complementary and Alternative Medicine Funding by NIH Institute/Center [Internet]. NCCIH. 2011 [cité 11 mars 2020]. Disponible sur: <https://nccih.nih.gov/about/budget/institute-center.htm>
 69. Complementary and Alternative Medicine Funding by NIH Institute/Center 1999–2004 [Internet]. NCCIH. 2012 [cité 12 mars 2020]. Disponible sur: https://nccih.nih.gov/about/budget/institute-center_archive2.htm
 70. Centre d'Analyse Stratégique. Quelle réponse des pouvoirs publics à l'engouement pour les médecines non conventionnelles? [Internet]. [cité 10 mars 2020]. Disponible sur: http://archives.strategie.gouv.fr/cas/system/files/2012-10-02-_medecinesnonconventionnelles-na290_0.pdf
 71. Noel J. L'approche des médecines alternatives et complémentaires lors du stage ambulatoire de médecine générale. Le point de vue des maitres de stage des universités. [Thèse d'exercice], Université de Grenoble ; 2016.
 72. Gueguen J. Evaluation des médecines complémentaires : quels compléments aux essais contrôlés randomisés et aux méta-analyses ? [Thèse d'exercice]. Université Paris-Saclay ; 2017.
 73. Long AF, Mercer G, Hughes K. Developing a tool to measure holistic practice: a missing dimension in outcomes measurement within complementary therapies. *Complement Ther Med.* mars 2000;8(1):26-31.
 74. OMS. Principes méthodologiques généraux pour la recherche et l'évaluation relatives à la médecine traditionnelle. 2000.

75. Veziari Y, Leach MJ, Kumar S. Barriers to the conduct and application of research in complementary and alternative medicine: a systematic review. *BMC Complement Altern Med.* 23 mars 2017;17(1):166.
76. Nahin RL, Straus SE. Research into complementary and alternative medicine: problems and potential. *BMJ.* 20 janv 2001;322(7279):161-4.
77. NCCIH's Funding Priorities and Research Focus | NCCIH [Internet]. [cité 27 févr 2020]. Disponible sur: <https://nccih.nih.gov/about/researchfocus>
78. Trager-Maury S., Tournigand C., Maindrault-Goebel F, et al. Utilisation de médecine complémentaire chez les patients atteints de cancer dans un service de cancérologie français. nov 2007;94(11):1017-25.
79. Willms L, St Pierre-Hansen N. Blending in: is integrative medicine the future of family medicine? *Can Fam Physician Med Fam Can.* août 2008;54(8):1085-7, 1093-5.
80. Eisenberg DM, Kessler RC, Van Rompay MI, Kaptchuk TJ, Wilkey SA, Appel S, et al. Perceptions about complementary therapies relative to conventional therapies among adults who use both: results from a national survey. *Ann Intern Med.* 4 sept 2001;135(5):344-51.
81. Crocker RL, Grizzle AJ, Hurwitz JT, Rehfeld RA, Abraham I, Horwitz R, et al. Integrative medicine primary care: assessing the practice model through patients' experiences. *BMC Complement Altern Med.* 15 nov 2017;17(1):490.
82. OMS. Stratégies de l'OMS pour la Médecine Traditionnelle pour 2002-2005 [Internet]. 2002 [cité 10 mars 2020]. Disponible sur: <https://apps.who.int/medicinedocs/pdf/s2298f/s2298f.pdf>
83. Gaboury I, Johnson N, Robin C, Luc M, O'Connor D, Patenaude J, et al. Complementary and alternative medicine: Do physicians believe they can meet the requirements of the Collège des médecins du Québec? *Can Fam Physician Med Fam Can.* déc 2016;62(12):e772-5.
84. Collège des médecins du Québec. Le médecin et les traitements non reconnus. 2006 mars.
85. Delforge F. Place des médias dans la relation médecin-malade en médecine générale : impact de la médiatisation d'une question de santé publique [Thèse d'exercice]. Université de Picardie, Amiens ; 2016.
86. Véronique Suissa, Guérin Serge, Denormandie Philippe. Médecines complémentaires et alternatives, pour ou contre? Regards croisés sur la médecine de demain. Michalon. 2019.
87. Guy Vallancien. La santé n'est pas un droit: Manifeste pour une autre médecine. François Bourin Editeur. 2007.

7 ANNEXES

7.1 ANNEXE 1 – MAIL DEMANDE PARTICIPATION

Chère consœur, cher confrère,

Nous sommes actuellement internes en 6ème semestre du DES de médecine générale. Nous nous permettons de vous solliciter ce jour, dans le cadre de notre thèse qui porte sur les médecines alternatives et complémentaires, ou MAC (homéopathie, ostéopathie, acupuncture, mésothérapie...). Cette dernière est réalisée sous la direction du Dr Lamarchi J-F, médecin généraliste sur Marseille.

De plus en plus, les MAC prennent une place importante au sein de la société et de notre profession. Pourtant, très peu d'enseignement est délivré au cours du cursus initiale. Seules quelques facultés de médecine proposent des diplômes (DIU, DU, DESU...) pour compléter notre formation. Seules quelques unes sont reconnues par le Conseil de l'Ordre (homéopathie, ostéopathie, acupuncture et mésothérapie).

Bien que celles-ci ne soient basées que sur très peu de preuves scientifiques, les médecins ne sont pas unanimes sur leur utilisation : certains les pratiquent, d'autres les recommandent et certains sont réfractaires. Cependant, en général cette vision n'est pas figée et évolue au cours de sa profession. C'est en partie ce point que j'aimerais travailler, à savoir « perception et attitude des médecins généralistes face à la demande croissante des MAC ». Les médecins participants peuvent, ou non, exercer une MAC.

Pour se faire, une étude qualitative avec réalisation d'entretien semi dirigés, semble la plus appropriée. Ces entretiens, d'une durée inférieure à une heure, seront enregistrés puis analysés, avec votre accord.

Nous sommes bien évidemment disponibles pour vous retrouver, soit à votre cabinet, soit dans un autre lieu, à une horaire qui vous arrangerait au mieux.

Si vous êtes intéressé, merci de bien vouloir nous laisser vos coordonnées pour que nous puissions vous recontacter, afin d'arranger cet entretien.

Nous vous remercions d'avoir pris le temps de lire ce message

Bien confraternellement,

Alizée MICHEL et Hugo CHARHON (internes - DES de médecine générale)

7.2 ANNEXE 2 – GUIDE D'ENTRETIEN FORMAT INITIAL

1) Pouvez-vous vous présenter ainsi que votre parcours, votre patientèle ?

(Récupérer : Age, Lieu d'exercice rural, urbain ? Type d'exercice (diplôme, MAC...), nombre d'années d'exercice)

2) Qu'est ce que pour vous, les médecines alternatives et complémentaires ?

(Relance : qu'est ce qui différencie les MAC du reste de la médecine selon vous ?)

3) Comment qualifieriez vous vos connaissances en la matière ? Sur quoi reposent elles (formation universitaire, expérience personnelle, lecture, retour patient...) ?

4) Pouvez-vous me raconter comment « en général » le sujet des MAC arrive au cours de la consultation ? Pourquoi venez vous à en parler avec le patient ? Qui aborde le sujet ?

(Relance : êtes vous à l'aise d'en discuter avec le patient ?)

5) Quelle réaction avez vous face au patient lorsque le sujet est abordé (pas d'avis, avis fermé, neutre, encouragement, pas à l'aise... ?)

(Relance : Comment cela influe sur votre relation avec le patient ?)

6) Comment vous percevez ce genre de pratique par rapport à la médecine conventionnelle, à la science / EBM ... ?

7) Dans quel type de situation vous y avez recours, ou bien le patient vous en parle?

(type de pathologie ? dernier recours ?)

Relance : cela est il patient dépendant ?

8) Que vous faudrait il en plus pour intégrer cela à vos pratiques (recommandations ? articles ? formation ? plus de sécurité / encadrement des pratiques ?)

9) Comment votre vision des MAC a évolué entre la fin de vos études et aujourd'hui ?

8 LISTE DES ABREVIATIONS

ANM : Académie National de Médecine

ANP : Académie National de Pharmacie

CH : centésimale hahnemannienne

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

DGCCRF: La Direction générale de la Concurrence, de la Consommation et de la Répression des fraudes est une administration française relevant du ministère de l'Économie

DGS : Direction Générale de la Santé

DIU : Diplôme Inter-Universitaire

DU : Diplôme Universitaire

EBM : Evidence Based Medecine

HAS : Haute Autorité de Santé

INSERM : Institut national de la santé et de la recherche médicale

MAC : Médecine Alternative et Complémentaire

MC : Médecine conventionnelle

MILIVUDES : Mission Interministérielle de Vigilance et de lutte contre les dérives sectaires

MM : médecin-malade

MSS : Ministère des Solidarités et de la Santé

MVE : Mésothérapie à Visée Esthétique

NCCAM : National Center for Complementary and Alternative Medecine

NCCIH : National Center for Complementary and Integrative Health

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PSNC : Pratique de Soins Non Conventionnelle

SFDO : Syndicat Français Des Ostéopathes

SFM : Société Française de Mésothérapie

SNMAF : Syndicat National des Médecins Acupuncteurs de France

RÉSUMÉ

Introduction : Les médecins généralistes, premiers accès au système de soins, se retrouvent confrontés, en consultation, à une demande grandissante de recours aux Médecines Alternatives et Complémentaires (MAC) par les patients. Les médecins généralistes étant, pour la plupart, dépourvus de formation universitaire initiale dans ce domaine, l'objectif est d'étudier leurs perceptions et leurs attitudes face à cette demande.

Matériel et méthode : Une étude qualitative a été réalisée au travers d'entretiens semi-dirigés avec des médecins généralistes possédant, ou non, un diplôme en MAC. L'analyse a suivi le principe de la théorisation ancrée.

Résultats : Selon les médecins interrogés, les MAC étaient un domaine imprécis et hétérogène, pouvant être déstabilisant car ne rentrant pas dans les codes et le système de soins qu'ils connaissaient. Néanmoins, la demande croissante reflétait des besoins sociétaux qu'ils ne pouvaient ignorer. Certains tentaient d'adapter leur pratique de manière empirique pour y répondre au mieux. Une ouverture d'esprit de la part du médecin permettait de renforcer la relation avec le patient. Ainsi préserver le relation médecin-malade apparaissait particulièrement indispensable car aidait le médecin à surveiller la non mise en danger de son patient au travers de ces pratiques. L'objectif était alors de transmettre au patient une information la plus claire possible pour que celui-ci puisse décider de ses actions pour sa santé.

Conclusion : Indépendamment du point de vue personnel des médecins, il est indispensable de ne pas ignorer la demande des patients d'avoir recours aux MAC. Cela permet de remettre le patient au centre des décisions, tout en surveillant qu'il ne soit pas mis en danger. Les médecins généralistes appellent encore les instances à recadrer ce domaine et à leur apporter des outils pratiques pour les aider.

Mots clefs : Médecine alternative et complémentaire, relation médecin-malade, prise en charge globale, médecine générale