HAL
open science

État des lieux du recours personnel et professionnel aux médecines alternatives et complémentaires, chez les professionnels de santé : étude quantitative transversale auprès de médecins généralistes

Anne Lebeugle

▶ **To cite this version:**

Anne Lebeugle. État des lieux du recours personnel et professionnel aux médecines alternatives et complémentaires, chez les professionnels de santé : étude quantitative transversale auprès de médecins généralistes. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-03085499

HAL Id: dumas-03085499

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03085499

Submitted on 21 Dec 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.

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance.

La propriété intellectuelle du document reste entièrement celle du ou des auteurs. Les utilisateurs doivent respecter le droit d'auteur selon la législation en vigueur, et sont soumis aux règles habituelles du bon usage, comme pour les publications sur papier : respect des travaux originaux, citation, interdiction du pillage intellectuel, etc.

Il est mis à disposition de toute personne intéressée par l'intermédiaire de l'archive ouverte DUMAS (Dépôt Universitaire de Mémoires Après Soutenance).

Si vous désirez contacter son ou ses auteurs, nous vous invitons à consulter la page de DUMAS présentant le document. Si l'auteur l'a autorisé, son adresse mail apparaîtra lorsque vous cliquerez sur le bouton « Détails » (à droite du nom).

Dans le cas contraire, vous pouvez consulter en ligne les annuaires de l'ordre des médecins, des pharmaciens et des sages-femmes.

Contact à la Bibliothèque universitaire de Médecine Pharmacie de Grenoble :
bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr

UNIVERSITÉ GRENOBLE ALPES

UFR DE MÉDECINE DE GRENOBLE

Année : 2020

ETAT DES LIEUX DU RECOURS PERSONNEL ET PROFESSIONNEL AUX MEDECINES ALTERNATIVES ET COMPLEMENTAIRES, CHEZ LES PROFESSIONNELS DE SANTE : ETUDE QUANTITATIVE TRANSVERSALE AUPRES DE MEDECINS GENERALISTES.

THÈSE
PRÉSENTÉE POUR L'OBTENTION DU TITRE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

DIPLÔME D'ÉTAT

Anne LEBEUGLE

[Données à caractère personnel]

THÈSE SOUTENUE PUBLIQUEMENT À LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE GRENOBLE

Le : 09/12/2020

DEVANT LE JURY COMPOSÉ DE

Président du jury :

M. le Professeur WEIL Georges

Membres :

M.PINSAULT Nicolas (directeur de thèse)

M. le Docteur GABOREAU Yoann (co-directeur de thèse)

M. le Professeur BOSSON Jean Luc

M. le Professeur ROUSTIT Matthieu

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

Composition du Jury :

Pinsault Nicolas

Kinésithérapeute diplômé d'état. Maître de conférences HdR de l'UFR de médecine. Président du conseil scientifique du Conseil National de l'Ordre de Masseur-Kinésithérapeute.

Docteur Gaboreau Yoann

Médecin généraliste. Maître de conférences Universitaire de médecine générale de l'UFR de médecine Grenoble Alpes.

Professeur Roustit Matthieu

Maître de Conférences des Universités - Praticien Hospitalier au CHU Grenoble Alpes (CHU GA). Pôle pharmacologie.

Professeur Bosson Jean-Luc

Professeur des Universités - Praticien Hospitalier au CHU GA. Responsable du pôle Santé Publique.

Professeur Weil Georges

Professeur de médecine à l'Université Grenoble Alpes, pôle Santé Publique.

FACULTÉ DE MÉDECINE Université Grenoble Alpes

Doyen de la Faculté : **Pr. Patrice MORAND**

Année 2020-2021

ENSEIGNANTS DE L'UFR DE MEDECINE

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	ALBALADEJO Pierre	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
PU-PH	APTEL Florent	Ophtalmologie
PU-PH	ARVIEUX-BARTHELEMY Catherine	Chirurgie viscérale et digestive
PU-PH	BAILLET Athan	Rhumatologie
PU-PH	BARONE-ROCHETTE Gilles	Cardiologie
PU-PH	BAYAT Sam	Physiologie
MCF Ass.MG	BENDAMENE Farouk	Médecine Générale
PU-PH	BENHAMOU Pierre-Yves	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	BERGER François	Biologie cellulaire
MCU-PH	BIDART-COUTTON Marie	Biologie cellulaire
PU-PH	BLAISE Sophie	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
PR Ass. Méd.	BOILLOT Bernard	
MCU-PH	BOISSET Sandrine	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH	BONAZ Bruno	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PU-PH	BONNETERRE Vincent	Médecine et santé au travail
PU-PH	BOREL Anne-Laure	Nutrition
PU-PH	BOSSON Jean-Luc	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	BOTTARI Serge	Biologie cellulaire
PR Ass.MG	BOUCHAUD Jacques	Médecine Générale
PU-PH	BOUGEROL Thierry	Psychiatrie d'adultes
PU-PH	BOUILLET Laurence	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
MCU-PH	BOUSSAT Bastien	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	BOUZAT Pierre	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
PU-PH émérite	BRAMBILLA Christian	Pneumologie
PU-PH émérite	BRAMBILLA Elisabeth	Anatomie et cytologie pathologiques
MCU-PH	BRENIER-PINCHART Marie Pierre	Parasitologie et mycologie
PU-PH	BRICAULT Ivan	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	BRICHON Pierre-Yves	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
MCU-PH	BRIOT Raphaël	Thérapeutique-médecine de la douleur ; Addictologie
PU-PH émérite	CAHN Jean-Yves	Hématologie
PU-PH émérite	CARPENTIER Patrick	Chirurgie vasculaire, médecine vasculaire
PR Ass.MG	CARRILLO Yannick	Médecine Générale
PU-PH	CESBRON Jean-Yves	Immunologie
PU-PH	CHABARDES Stephan	Neurochirurgie
PU-PH	CHABRE Olivier	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	CHAFFANJON Philippe	Anatomie
MCF Ass.MG	CHAMBOREDON Benoît	Médecine Générale
PU-PH	CHARLES Julie	Dermato-vénéréologie
MCF Ass.MG	CHAUVET Marion	Médecine Générale
PU-PH	CHAVANON Olivier	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	CHIQUET Christophe	Ophtalmologie
PU-PH	CHIRICA Mircea	Chirurgie viscérale et digestive
PU-PH	CINQUIN Philippe	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	CLAVARINO Giovanna	Immunologie
PU-PH	COHEN Olivier	Histologie, embryologie et cytogénétique
PU-PH	COURVOISIER Aurélien	Chirurgie infantile
PU-PH	COUTTON Charles	Génétique
PU-PH	COUTURIER Pascal	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
PU-PH	CRACOWSKI Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PU-PH	DEBATY Guillaume	Médecine d'Urgence
PU-PH	DEBILLON Thierry	Pédiatrie
PU-PH	DECAENS Thomas	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PR Ass. Méd.	DEFAYE Pascal	Cardiologie
PU-PH	DEGANO Bruno	Pneumologie ; addictologie
PU-PH	DEMATTEIS Maurice	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PU-PH émérite	DEMONGEOT Jacques	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	DERANSART Colin	Physiologie
PU-PH	DESCOTES Jean-Luc	Urologie
PU-PH	DETANTE Olivier	Neurologie
MCU-PH	DIETERICH Klaus	Génétique
MCU-PH	DOUTRELEAU Stéphane	Physiologie
MCU-PH	DUMESTRE-PERARD Chantal	Immunologie
PU-PH	EPAULARD Olivier	Maladies infectieuses ; Maladies tropicales
PU-PH	ESTEVE François	Biophysique et médecine nucléaire
MCU-PH	EYSSERIC Hélène	Médecine légale et droit de la santé
PU-PH	FAUCHERON Jean-Luc	Chirurgie viscérale et digestive
MCU-PH	FAURE Julien	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	FERRETTI Gilbert	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	FEUERSTEIN Claude	Physiologie
PU-PH	FONTAINE Éric	Nutrition
PU-PH	FRANCOIS Patrice	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MCU-MG	GABOREAU Yoann	Médecine Générale
PU-PH	GARBAN Frédéric	Hématologie ; Transfusion
PU-PH	GAUDIN Philippe	Rhumatologie
PU-PH	GAVAZZI Gaétan	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
PU-PH	GAY Emmanuel	Neurochirurgie
MCU-PH	GILLOIS Pierre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	GIOT Jean-Philippe	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; Brûlologie
MCU-PH	GRAND Sylvie	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH émérite	GRIFFET Jacques	Chirurgie infantile
MCU-PH	GUZUN Rita	Nutrition
PU-PH	HAINAUT Pierre	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH émérite	HALIMI Serge	Nutrition
PU-PH	HENNEBICQ Sylviane	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PU-PH	HOFFMANN Pascale	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
PU-PH émérite	HOMMEL Marc	Neurologie
PU-MG	IMBERT Patrick	Médecine Générale

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH émérite	JOUK Pierre-Simon	Génétique
PU-PH	KAHANE Philippe	Physiologie
MCU-PH	KASTLER Adrian	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	KRAINIK Alexandre	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	LABARERE José	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MCU-PH	LABLANCHE Sandrine	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
MCU-PH	LANDELLE Caroline	Bactériologie – virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH	LANTUEJOUL Sylvie	Anatomie et cytologie pathologiques
PR Ass. Méd.	LARAMAS Mathieu	Cancérologie ; radiothérapie
MCU-PH	LARDY Bernard	Biochimie et biologie moléculaire
MCU - PH	LE GOUELLEC LE PISSART Audrey	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	LECCIA Marie-Thérèse	Dermato-vénéréologie
MCF Ass.MG	LEDOUX Jean-Nicolas	Médecine Générale
PU-PH émérite	LETOUBLON Christian	Chirurgie viscérale et digestive
PU-PH	LEVY Patrick	Physiologie
PU-PH	LONG Jean-Alexandre	Urologie
MCU-PH	LUPO Julien	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH	MAIGNAN Maxime	Médecine d'urgence
PU-PH	MAITRE Anne	Médecine et santé au travail
MCU-PH	MALLARET Marie-Reine	Bactériologie – virologie ; Hygiène hospitalière
MCU-PH	MARLU Raphaël	Hématologie ; Transfusion
PR Ass. Méd.	MATHIEU Nicolas	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
MCU-PH	MAUBON Danièle	Parasitologie et mycologie
PU-PH	MAURIN Max	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
MCU-PH	MC LEER Anne	Histologie, embryologie et cytogénétique
MCU-PH	MONDET Julie	Histologie, embryologie et cytogénétique
PU-PH	MORAND Patrice	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH	MOREAU-GAUDRY Alexandre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	MORO Elena	Neurologie
PU-PH	MORO-SIBILOT Denis	Pneumologie ; addictologie
MCU-PH	MORTAMET Guillaume	Pédiatrie
PU-PH	MOUSSEAU Mireille	Cancérologie ; radiothérapie
PU-PH émérite	MOUTET François	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
MCF Ass.MG	ODDOU Christel	Médecine Générale
PR Ass. Méd.	ORMEZZANO Olivier	Cardiologie
MCU-PH	PACLET Marie-Hélène	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	PAILHE Régis	Chirurgie orthopédique et traumatologie
PU-PH	PALOMBI Olivier	Anatomie
PU-PH	PARK Sophie	Hématologie ; Transfusion
PU-PH	PASSAGGIA Jean-Guy	Anatomie
PR Ass.MG	PAUMIER-DESBRIERES Françoise	Médecine Générale
PU-PH	PAYEN DE LA GARANDERIE Jean-François	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
MCU-PH	PAYSANT François	Médecine légale et droit de la santé
MCU-PH	PELLETIER Laurent	Biologie cellulaire
PU-PH	PELLOUX Hervé	Parasitologie et mycologie
PU-PH	PEPIN Jean-Louis	Physiologie
PU-PH	PERENNOU Dominique	Médecine physique et de réadaptation

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	PERNOD Gilles	Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire
PU-PH	PIOLAT Christian	Chirurgie infantile
PU-PH	PISON Christophe	Pneumologie ; Addictologie
PU-PH	PLANTAZ Dominique	Pédiatrie
PU-PH	POIGNARD Pascal	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH	POLACK Benoît	Hématologie ; Transfusion
PU-PH	POLOSAN Mircea	Psychiatrie d'adultes ; Addictologie
PU-PH	RAMBEAUD Jean-Jacques	Urologie
PU-PH	RAY Pierre	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PR Ass. Méd.	RECHE Fabian	Chirurgie viscérale et digestive
MCU-PH	RENDU John	Biochimie et biologie moléculaire
MCU-PH émérite	RIALLE Vincent	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	RIETHMULLER Didier	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
PU-PH	RIGHINI Christian	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH émérite	ROMANET Jean Paul	Ophtalmologie
PU-PH	ROSTAING Lionel	Néphrologie
PU-PH	ROUSTIT Matthieu	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MCU-PH	ROUX-BUISSON Nathalie	Biochimie et biologie moléculaire
PR Ass.MG	ROYER DE VERICOURT Guillaume	Médecine Générale
PU-PH émérite	SARAGAGLIA Dominique	Chirurgie orthopédique et traumatologie
MCU-PH	SATRE Véronique	Génétique
PU-PH	SAUDOU Frédéric	Biologie cellulaire
PU-PH	SCHMERBER Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH	SCHWEBEL Carole	Médecine intensive-réanimation
PU-PH	SCOLAN Virginie	Médecine légale et droit de la santé
MCU-PH	SEIGNEURIN Arnaud	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH émérite	STAHL Jean-Paul	Maladies infectieuses ; Maladies tropicales
PU-PH	STANKE Françoise	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MCU-PH	STASIA Marie-José	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	STURM Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
PU-PH	TAMISIER Renaud	Physiologie
PU-PH	TERZI Nicolas	Médecine intensive-réanimation
PU-PH	THEVENON Julien	Génétique
MCU-PH	TOFFART Anne-Claire	Pneumologie ; Addictologie
PU-PH	TONETTI Jérôme	Chirurgie orthopédique et traumatologie
PU-PH	TOUSSAINT Bertrand	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	VALMARY-DEGANO Séverine	Anatomie et cytologie pathologiques
PU-PH	VANZETTO Gérald	Cardiologie
PU-PH	VUILLEZ Jean-Philippe	Biophysique et médecine nucléaire
PU-PH	WEIL Georges	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	ZAOUI Philippe	Néphrologie
PU-PH émérite	ZARSKI Jean-Pierre	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

PU-PH : Professeur des Universités - Praticiens Hospitaliers
MCU-PH : Maître de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers
PU-MG : Professeur des Universités de Médecine Générale
MCU-MG : Maître de Conférences des Universités de Médecine Générale
PR Ass. Méd. : Professeur des Universités Associé de Médecine
PR Ass.MG : Professeur des Universités Associé de Médecine Générale
MCF Ass.MG : Maître de Conférences Associé de Médecine Générale

Remerciements

A notre président et co-président du Jury,

Mr Pinsault Nicolas

Kinésithérapeute diplômé d'état. Maître de conférences HdR de l'UFR de médecine. Président du Conseil scientifique du Conseil National de l'Ordre de Masseur-Kinésithérapeute.

Docteur Gaboreau Yoann

Médecin généraliste. Maître de Conférences Universitaire de médecine générale,

Avec qui j'ai eu l'honneur de travailler, et qui m'ont beaucoup apporté sur le sujet. Transformant mes doutes et mes interrogations en un travail enrichissant et ayant apporté des outils dans ma pratique professionnelle.

Aux membres du Jury,

Professeur Roustit Matthieu

Maître de Conférences des Universités - Praticien Hospitalier au CHU Grenoble Alpes (CHU GA). Pôle pharmacologie.

Professeur Bosson Jean-Luc

Professeur des Universités - Praticien Hospitalier au CHU GA. Responsable du pôle Santé Publique.

Professeur Weil Georges

Professeur de médecine à l'Université Grenoble Alpes, pôle Santé Publique.

Vous avez bien voulu me faire l'honneur d'être parmi nos juges. Soyez assurés de mon infinie gratitude et de mon profond respect.

Aux équipes médicales,

Aux médecins généralistes, qui ont participé activement à l'étude via les entretiens cognitifs et ceux qui ont participé ensuite au questionnaire final en ligne.

A mes anciens maîtres de stage, et tuteurs, qui ont participé à ma formation tout au long de mes études, je les remercie pour leur soutien : ***Dr Maignan , Dr Marcel, Dr Giraud*** *et ses diagnostics pointus****, Dr Grasset, Dr Boschetti, Dr Marino, Dr Sudre*** *et toute l'équipe médicale des Granges,* ***Dr Provoost, Dr Faisant*** *et l'équipe des urgences pédiatriques de Grenoble.*

A Fanny, *je ne la remercierais jamais assez ! Sans toi mon travail n'aurait pas été aussi riche, merci encore pour toutes les heures passées ensemble sur notre étude et ton aide. L'apport de la kinésithérapie et nos réflexions croisées.*

A ma famille,

A ma grand-mère Odette *que j'aime tant, et qui m'a vue grandir.*

A mes parents, Véronique et Dominique *et leur soutien pendant toutes mes études, sans qui je n'aurais pas pu accomplir tout ce chemin.*

A mon frère Alexandre*, qui est présent quand j'en ai besoin.*

A ma tante Ewa*, que je remercie d'être présente ce jour.*

A mes cousines Nelly et Amélie*, que je chérie.*

A mon oncle Laurent*, merci d'être mon tonton !*

A mon parrain et ma marraine*, merci pour votre accompagnement.*

A Pascal*, tu restes toujours dans mon cœur.*

A mes amis,

Leïla, *mon amie d'enfance et plus fidèle personne à mes côtés.*

Margaux*, qui m'a offert un beau coffret des plans de Paris avant mon grand départ.*

Cabrona*, camarade de Lycée, toujours prête à me donner des conseils de calculs mathématiques !*

Et A tous mes anciens camarades de Lycée,

Valou, *comme quoi on peut être Lyonnaise et super sympa ! Je te remercie d'être présente dans ma vie et pour tous les bons moments partagés.*

***A mes anciens amis du club de Triathlon**, Le coach et surtout LK, le monstre qui fume 1 paquet de Marlboro et enchaine avec l'Ironman de Nice, merci pour tous ces moments. A Claire et Rémi qui ont toujours été présents.*

***Totor**, ton effigie est toujours affichée dans mes toilettes…*

***Clément**, tu n'oublieras pas de sourire au prochain « Thaï massage ».*

***Jean No**, merci pour ton aide précieuse pour les statistiques !*

A mes anciens co-externes parisiens, et amis de Laennec,

***Paul**, co bizut, avec qui j'ai passé quelques moments inoubliables dans les catas de Paris. Et qui est déjà venu dans ces belles montagnes, je te remercie pour ton amitié et tous ces souvenirs.*

***Guillaume, Céline, Pauline,** je vous souhaite une belle carrière, je vous remercie pour les échanges que nous avons pu avoir, nos souvenirs de notre séjour en Inde, en espérant qu'il y en aura d'autres !*

***Toumi, Mariuca, Soso et Véro,** et toutes nos heures de sous colle !*

***Alexandra, Julian, Arthur, et tous mes camarades de fac**, merci pour tous les bons petits moments.*

A la fine équipe de l'internat de Grenoble, et mes collègues urgentistes,

***Alex, Sabrina, Guillaume, Pti Cha, Ayoub** et j'en oublie certainement pleins d'autres.*

***Stanislas et Lucie**, sans qui le stage de Neurologie n'aurait pas été pareil.*

***Toute l'équipe des Urgences du CHUGA**, qui sont au top au quotidien et sans qui je ne pourrais faire correctement mon travail !*

A Camille, *qui, sans l'avoir choisie, a été présente tout au long de ce travail, à son soutien et son aide précieuse, pour avoir été mon aide informatique, mon rayon de soleil.*

Résumé

Introduction

L'intérêt pour les médecines alternatives et complémentaires est croissant en France et dans les pays industrialisés. Or, peu d'études portent sur l'attitude des professionnels de santé eux-mêmes vis-à-vis de ces thérapies complémentaires, et encore moins sur leur pratique personnelle et professionnelle.

L'objectif principal est d'établir un état des lieux du recours aux MAC (médecine alternative et complémentaire) chez les médecins généralistes tant dans leur pratique personnelle que professionnelle: pour quel type de MAC, motif de recours, efficacité perçue, coût représenté, fréquence de pratique, degré de satisfaction.

Ainsi, nous évaluerons les caractéristiques générales des répondants, en tentant d'examiner les raisons ou les freins d'utilisation des MAC dans cette population.

Méthode

Cette étude quantitative descriptive s'est déroulée de février à mai 2020, adressant un questionnaire en ligne aux médecins généralistes, via internet. Le questionnaire était anonyme, avec une participation basée sur le volontariat.

Notre étude a été croisée entre les médecins généralistes et les kinésithérapeutes, car les recherches initiales et la construction du questionnaire, ont été faites en collaboration avec une étudiante en kinésithérapie.

Pour élaborer notre questionnaire nous avons étudié la bibliographie d'Albin Guillaud, kinésithérapeute, ayant réalisé un mémoire de recherche, concernant la question de l'intégration des médecines alternatives et complémentaires dans notre système de santé.

Aussi, nous nous sommes appuyées sur des questionnaires existants sur l'évaluation du recours aux MAC et dont la méthode de construction et de validation ont été évaluées : *I-CAM-FR* et le *QuERTA*.

Le questionnaire a été complété en tentant d'évaluer les perceptions et attitudes envers les MAC par le *CHQB* (formulaire à 10 items traduit de l'anglais), et en analysant les contextes de formations et les informations démographiques. Puis il a été testé par la technique d'entretiens cognitifs.

Résultats

Les 74 répondants étaient des femmes (70%), d'âge moyen 37 ans. Ils exerçaient majoritairement, dans les départements de l'Isère, Savoie et Haute-Savoie. Les praticiens sont principalement en activité libérale dans un cabinet de médecine générale, sans autre professionnel de santé exerçant une MAC.

En ce qui concerne leur exercice professionnel, 85% des médecins généralistes interrogés, ont répondu avoir déjà recommandé, au cours des douze derniers mois, au moins une MAC à leur patientèle. En revanche seulement 20% pratiquaient une MAC dans leur exercice professionnel, dont plus de la moitié l'homéopathie (53%) et 31% ont déjà consulté personnellement un TA (thérapeute alternatif).

Les motivations à l'utilisation étaient : d'avoir plus d'outils thérapeutiques, de diminuer le stress dans la pratique. La plupart des médecins pensaient que l'effet des MAC était lié à un placebo ; aussi, que l'environnement personnel et professionnel pouvaient influencer sur la pratique d'une MAC.

Seulement 43% estimaient que la formation initiale était suffisante pour répondre aux besoins des patients. On note une quasi-absence de formation aux MAC (ce qui contraste avec l'apparente fréquence de consultations et de recommandations), ainsi que peu de formation à « l'esprit critique ». Ce qui pose la question des outils épistémologiques pour traiter la question des MAC.

Les motifs de recours aux MAC chez les médecins concernaient majoritairement, les douleurs chroniques en lien avec les pathologies musculo-squelettiques. L'ostéopathie est prépondérante, loin devant l'acupuncture, l'homéopathie ou encore la naturopathie.

Enfin, à la question de l'intégration des MAC au système de santé, plus de 2/3 des médecins y étaient favorables. En revanche, seulement 46% souhaitaient le remboursement de certaines MAC par l'assurance maladie.

Conclusion et perspectives

Notre étude a permis de constater que les médecins peuvent recommander de manière importante, une MAC à leur patientèle, et que certains d'entre eux en pratique une personnellement et dans l'exercice professionnel.

Les médecins interrogés semblent manquer d'outils thérapeutiques pour la prise en charge de certaines pathologies.

Ce constat amène à ouvrir les recherches pour créer des outils d'aide à la pratique pour les médecins généralistes, concernant la prise en charge des douleurs chroniques et des

syndromes anxio-dépressifs. Aussi, de réfléchir aux statuts des MAC dans notre système de soins.

Mots Clefs

- Médecine complémentaire et alternative, médecins généralistes, médecins, croyances, symptômes médicalement inexpliqués, holisme, pragmatisme, biomédecine, attitudes du personnel de santé, pratique privée, médecine interne.

Abstract

Introduction

Interest in alternative and complementary medicine is growing in France and in industrialized countries. However, few studies focus on the attitude of health professionals themselves towards these complementary therapies, and even fewer on their personal and professional practice.

The main objective is to establish an inventory of the use of CAM (alternative and complementary medicine) among general practitioners in both their personal and professional practice: for what type of CAM, reason for use, perceived effectiveness, cost, frequency of use, degree of satisfaction.

Thus, we will assess the general characteristics of the respondents, attempting to examine the reasons or barriers to the use of CAM in this population.

Method

This descriptive quantitative study took place from February to May 2020, sending an online questionnaire to general practitioners via the internet. The questionnaire was anonymous, with participation on a voluntary basis.

Our study was cross-tabulated between general practitioners and physiotherapists, as the initial research and construction of the questionnaire was done in collaboration with a physiotherapy student.

To elaborate our questionnaire we studied the bibliography of Albin Guillaud, a physiotherapist, who has realized a research paper, concerning the question of the integration of alternative and complementary medicine in our health system.

Also, we relied on existing questionnaires on the evaluation of the use of CAM and whose method of construction and validation were evaluated: I-CAM-FR and QuERTA.

The questionnaire was completed by attempting to assess perceptions and attitudes towards CAM by the CHQB (10-item form translated from English), and by analyzing training contexts and demographic information. It was then tested using the cognitive interview technique.

Results

The 74 respondents were female (70%), with an average age of 37 years. They worked mainly in the departments of Isère, Savoie and Haute-Savoie. The practitioners are mainly self-employed in a general practice, with no other health professionals practicing MAC.

As far as their professional practice is concerned, 85% of the general practitioners questioned replied that they had already recommended at least one MAC to their patients in the last twelve months. On the other hand, only 20% were practicing CAM in their professional practice, of which more than half (53%) practiced homeopathy and 31% had already consulted a TA (alternative therapist) personally.

The motivations for use were: to have more therapeutic tools, to reduce stress in practice. Most physicians thought that the effect of CAM was related to a placebo; also, that the personal and professional environment could influence the practice of CAM.

Only 43% felt that the initial training was sufficient to meet the needs of patients. There was a near absence of CAM training (in contrast to the apparent frequency of consultations and referrals), and little training in "critical thinking". This raises the question of epistemological tools to address CAM.

The reasons for recourse to CAM among physicians were mainly related to chronic pain associated with musculoskeletal pathologies. Osteopathy is predominant, far ahead of acupuncture, homeopathy or naturopathy.

Finally, on the question of the integration of CAM into the health care system, more than 2/3 of the doctors were in favour of it. On the other hand, only 46% wanted certain MACs to be reimbursed by health insurance.

Conclusion and outlook

Our study found that physicians can significantly recommend CAM to their patients, and that some of them do so both personally and professionally.

The physicians surveyed seem to lack therapeutic tools for the management of certain pathologies.

This observation leads us to open up research to create practice support tools for general practitioners, concerning the management of chronic pain and anxiety and depression syndromes. Also, to reflect on the status of MACs in our healthcare system.

Key words

- Complementary and alternative medicine, general practitioners, physicians, beliefs, medically unexplained symptoms, holism, pragmatism, biomedicine, attitudes of health personnel, private practice, internal medicine.

Liste des abréviations

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

ATU : Autorisation Temporaire d'Utilisation

CCAM : Classification Commune des Actes Médicaux

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CHUGA : Centre Hospitalier Universitaire Grenoble Alpes

CHBQ : CAM Health Belief Questionnaire

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et de Libertés

DESC : Diplôme d'Etude Spécialisé Secondaire

DIU : Diplôme Inter Universitaire

DU : Diplôme Universitaire

I-CAM-Fr : Complementary and Alternative Medicine questionnaire in French

GPs : General Practitioners (Médecins Généralistes)

MAC : Médecine Alternative et Complémentaire

Miviludes : Mission inter ministérielle de vigilance de lutte contre la dérive sectaire

MeSH : Medical Subject Headings

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

QuERTA : Questionnaire pour l'évaluation du recours aux thérapeutes alternatifs

PABE : pratique autonome de bien être et de santé

RGPD : Règlement Général sur la Protection des Données

TA : Thérapeute Alternatif ou Thérapie Alternative

UFR : Unité de Formation et de Recherche

Table des matières

Composition du Jury : 2
Remerciements 7
Résumé 10
Introduction 10
Méthode 10
Résultats 11
Conclusion et perspectives 11
Abstract 13
Introduction 13
Method 13
Results 13
Conclusion and outlook 14
Liste des abréviations 15
Introduction 19
Présentation des médecines alternatives et complémentaires 22
Définition(s) 22
Aspects législatifs: 23
Aspects réglementaires des MACs en France 24
Hétérogénéité des MAC : 24
Formations pour accéder aux MAC : 24
Rapport à l'assurance maladie en France : 25
MAC : risques/enjeux et lien avec la médecine générale 28
Problématiques 32
Méthode 33
Choix de la population d'étude : 33
Critères d'inclusion : 33
Critères de non inclusion 33
Critère d'exclusion 33
Analyse de la littérature et recueil de données 33
Outils d'évaluation de recours aux MAC 33
Elaboration du questionnaire 34
Partie 1 : Pratique personnelle des MAC 35
Partie 2 : Pratique professionnelle des MAC 36
Partie 3 : Attitudes et opinions sur les MAC chez les professionnels de santé 37

Partie 4 : Contexte de formation 38
Partie 5 : Carrière professionnelle et caractéristiques démographiques 39
Structure finale du questionnaire 39
Traduction &Inclusion du CHBQ 40
Phase de pré-test du questionnaire 41
Objectifs 41
Méthode et Sélection des sujets 41
Aspects opérationnels du questionnaire 43
Point de vue réglementaire 43
Canaux de Diffusion 43
Calendrier de Diffusion 43
Méthode d'analyse 43
Résultats 45
1. Statistiques descriptives 45
Taux de participation 45
Représentativité de l'échantillon 45
Recours personnel aux MAC 49
Usage personnel de pratique autonome de bien-être et de santé 50
Recours professionnel aux MAC 51
Influences, motivations et croyances 53
Attitudes vis-à-vis de la science et des conventionnements 54
Attitudes vis-à-vis de la formation initiale en médecine générale 55
2. Statistiques inférentielles 58
Démographie et recours aux MAC 58
Genre 58
Age 58
Comparaison entre l'usage personnel et le recours professionnel aux MAC 59
Contexte d'exercice et formations 60
Lien avec l'opinion sur la formation initiale et la pratique des MAC: 61
Usage d'une PABE et recours aux MAC : 61
Influences sociales et recours professionnel aux MAC 61
Adhésions aux concepts de MAC (score CHBQ>4) et recours aux MAC 62
Tableau de synthèse des résultats 63
Discussion et perspectives 64
1) Echantillon et représentativité 64

2) Limites de l'étude 64
3) Résultats : 65
1. Usage personnel : 65
2. Usage professionnel : 66
3. Les facteurs influençant 66
4. Des incohérences 68
5. Aspect de politique de santé publique 69
4) Questionnement sur la place du médecin de famille dans la société 70
1. Rappel à l'humilité 70
2. Réflexions sur l'avenir du médecin de famille 70
Conclusion 72
Bibliographie 74
Annexe 1 : CHBQ (CAM HealthBelief Questionnaire – Original English version), version originale, corrections, et version française 78
Annexe 2 : Logigramme du questionnaire 80
Annexe 3 : extraits des entretiens cognitifs 81
Annexe 4 : Densité médicale moyenne 86
Annexe 5 : Evolution de la démographie médicale 86
Annexe 6 : Opinion croisée des médecins généralistes et des kinésithérapeutes sur l'attitude et le niveau de communication envers les MAC. 87
Annexe 7 : Nombre d'années d'expériences professionnelles et recommandations d'une MAC. 88
Annexe 8 : Homéopathie et influences 89
Résumé 90
Serment d'Hippocrate 94

Introduction

Dans de nombreux pays, notamment ceux économiquement développés, des données récentes sur l'utilisation des MAC[1] (Médecines Alternatives et Complémentaires) sont disponibles.

En effet, depuis la fin du XXe siècle, de nombreuses études s'intéressent aux MAC et cherchent à évaluer les facteurs prédictifs de recours chez les patients.

Ces recherches ont montré que la proportion de patients ayant eu recours au moins une fois à une MAC était relativement importante : 38% en Belgique, 42% aux Etats-Unis, 48% en Australie, 75% en France (1). Elles soulevaient cependant une grande disparité entre les pays, et au sein même d'un pays. Par exemple, dans un travail de recherche, en France, le taux de recours aux MAC chez les patients variait de 8 à 76% (2).

Aussi, la prévalence de recours aux MAC semble plus élevée en Asie du Sud-est que dans les pays anglo-saxons (3).

Des outils d'évaluation standardisée sont en cours de création pour homogénéiser ces données de prévalence (4).

Les MAC les plus populaires en France sont l'homéopathie, l'ostéopathie et l'acupuncture (5).

Les motifs de recours étaient principalement, les douleurs chroniques en lien avec les pathologies musculo-squelettiques et les troubles anxio-dépressifs (5).

Les motivations de recours observées dans les études étaient ; en complément de la médecine conventionnelle, en réponse à l'insatisfaction au regard de la médecine scientifique (6), en soutien psychologique ou encore pour limiter les effets négatifs de certaines thérapies conventionnelles (7).

Le profil de patient était une femme d'âge moyen, avec un niveau d'étude supérieur plutôt élevé (8) (9).

---

[1] **Du fait de la complexité de la définition des MAC, nous retiendrons pour notre étude la définition du NCBI MEsh** (base de données spécialisée dans l'analyse documentaire dans le domaine biomédical) : les MAC sont des *« pratiques thérapeutiques qui ne sont pas actuellement considérées comme faisant partie intégrante de la pratique médicale conventionnelle. Ils peuvent manquer d'explications biomédicales, mais au fur et à mesure qu'ils deviennent mieux étudiés, certains (modalités de thérapies physiques; diététiques; accompagnement) deviennent largement acceptés alors que d'autres s'estompent doucement, mais sont des notes historiques importantes. Les thérapies sont qualifiées de Complémentaires lorsqu'elles sont utilisées en plus des traitements conventionnels et d'Alternatives lorsqu'elles sont utilisées à la place des traitements conventionnels ».*

Des études ont également évalué la prévalence de recours aux MAC chez les professionnels de santé : montrant ainsi que la proportion de médecins ayant déjà recommandé une MAC n'était pas négligeable. Citons : une revue australienne ayant montré que 68% des généralistes intégrait les MAC dans leur pratique courante (10), et une autre étude allemande, établissant que 60% des praticiens les incluait dans leur pratique (11).

Or peu d'études portent sur les facteurs prédictifs d'utilisation chez les professionnels de santé.

Le recours aux affections bénignes courantes et la prise en charge des situations thérapeutiques indéterminées sont l'apanage du médecin de famille. Dans ces situations, il est courant de faire appel à certaines thérapies non pharmacologiques, pouvant être aussi efficaces que les traitements conventionnels, mais manquant souvent de base scientifique solide.

Dans le même état d'esprit, les MAC peuvent offrir des outils thérapeutiques pour les médecins généralistes, concernant des pathologies fonctionnelles chroniques, parfois en « échec » de la médecine conventionnelle.

Une étude menée en France, a montré que des patients suivis par un médecin homéopathe, étaient davantage susceptibles d'avoir une amélioration clinique tout en réduisant leur consommation de psychotropes (12).

Si l'utilisation des MAC en médecine de premier recours semble avérée, la position des médecins restent à définir : la plupart sont « septiques » (13), mettant en avant le manque de niveau de preuve scientifique des MAC, et les risques potentiels à leur utilisation.

L'hypothèse principale retenue serait l'effet placebo bénéfique de telles thérapies (14), grâce notamment à la « communication ouverte » avec le patient que cela offre, ainsi qu'une meilleure relation médecin-patient, une vision plus « holistique » de la prise en charge.

Des obstacles importants sont cependant mis en avant devant une telle théorie : des barrières éthiques, l'intégrité professionnelle (conflit avec les connaissances scientifiques), les limites financières (coût de santé publique), et le cadre législatif (sécurité du praticien).

Dans un tel contexte, il semble intéressant de faire un état des lieux des pratiques personnelles, et de l'utilisation des MAC chez les professionnels de santé.

Ainsi que de mieux appréhender leurs motivations, leurs freins à la pratique d'un TA (thérapie alternative) et leurs attitudes vis-à-vis des MAC.

Notre enquête est une étude quantitative transversale, visant la population de médecins généralistes, étant le premier acteur de soins primaires, via un questionnaire en ligne anonyme.

Nous allons détailler ses étapes de construction, puis ses résultats.

Présentation des médecines alternatives et complémentaires

Définition(s)

La liste étant non exhaustive, nous avons tenté de trouver la définition la plus appropriée. Avant cela, rappelons les définitions les plus connues :

L'Académie de Médecine Française conseille de privilégier le terme de ***« thérapies complémentaires »***.

La Commission européenne utilise l'appellation ***« médecines non conventionnelles »***.

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) : il s'agit ***« des pratiques de soins de santé qui n'appartiennent pas à la tradition du pays et ne sont pas intégrées dans le système de santé dominant. »***

Définition selon Edzard Ernst, professeur de médecine ayant mené des analyses critiques des thérapies complémentaires : ***« […] notre définition de médecine alternative est n'importe quelle thérapie qui n'est pas acceptée par la majorité des médecins classiques, et qui typiquement, revendiquent des mécanismes se situant hors de la compréhension actuelle de la médecine moderne. Dans le langage de la science, les thérapies alternatives sont dites biologiquement non plausibles. »***

Nous avons retenu le terme de MAC (ou CAM en anglais), abréviation de « Médecine Alternative et Complémentaire », car c'est l'appellation la plus neutre existante, incluant Alternative et Complémentaire. Par exemple, elle n'offre pas d'opposition aux conventionnements, et ne renvoie pas à un concept sociologique ou politique, comme « médecine holistique ou encore médecine douce ». Enfin, MAC est l'abréviation utilisée couramment dans la littérature, notamment sur les bases de données NCBI MEsh ou encore Cochrane.

Du fait de la complexité de la définition, nous retiendrons pour notre étude la définition du NCBI MEsh (base de données spécialisée dans l'analyse documentaire dans le domaine biomédical) : Il s'agit de ***« pratiques thérapeutiques qui ne sont pas actuellement considérées comme faisant partie intégrante de la pratique médicale conventionnelle. Ils peuvent manquer d'explications biomédicales, mais au fur et à mesure qu'ils deviennent mieux étudiés, certains (modalités de thérapies physiques; diététiques; accompagnement) deviennent largement acceptés alors que d'autres s'estompent doucement, mais sont des notes historiques importantes. Les thérapies sont qualifiées de Complémentaires lorsqu'elles sont utilisées en plus des traitements conventionnels et d'Alternatives lorsqu'elles sont utilisées à la place des traitements***

conventionnels. Les composantes de la médecine alternative sont susceptibles de varier en fonction des différences nationales et des points de vue individuels. »

Nous retenons cette définition car elle apporte la nuance comme quoi les MAC ne se valent pas, entre elles, d'un point de vue scientifique mais aussi culturel. En effet, certaines MAC sont plus populaires, par exemple l'acupuncture en Chine, ou l'ostéopathie en France, la phytothérapie en soins de santé primaire en Iran (15).

Aussi, il apparait qu'à telle pathologie existe tel remède. Une MAC donnée, va être utilisée pour tel type de pathologie ; on peut citer l'ostéopathie dans les pathologies musculo-squelettiques (7).

Certaines MAC ont pu avoir un intérêt scientifique, comme la phytothérapie : l'utilisation de feuilles de choux et de compresses froides dans l'engorgement mammaire, ont par exemple, prouvé leur efficacité dans la réduction de la douleur et de la dureté des seins par un essai contrôlé randomisé (16) ; alors que d'autres ont des bases scientifiques très floues, l'on peut citer les thérapies à distance, les soins énergétique, le Reboutement etc.

Aspects législatifs:

En France, l'exercice de la médecine est réglementé. Tout comme la prescription de thérapie. Un thérapeute non professionnel de santé, en théorie, ne peut donc pas prescrire un remède qui n'a pas bénéficié d'une AMM (autorisation de mise sur le marché), ou fait l'objet d'une ATU (autorisation temporaire d'utilisation), ou d'une manière générale, prescrire une thérapie qui n'a pas fait preuve d'une efficacité scientifique. Sinon il s'agit d'exercice illégal de la médecine.

Seul un médecin diplômé, inscrit à l'ordre des médecins, a le droit de prescrire sans restriction ; mais sa responsabilité est alors engagée. (17)

- <u>Article L.4111-1 et L.4112-1 du code de la santé publique :</u>

« La liberté de prescription du médecin est encadrée (articles L. 162-2 du code de la sécurité sociale et R. 4127-8 du CSP). En principe, le médicament prescrit doit bénéficier d'une autorisation de mise sur le marché (article L. 5121-8 du CSP), être dispensé dans le cadre d'une recherche biomédicale (loi du 9 août 2004) ou faire l'objet d'une autorisation temporaire d'utilisation (L. 5121-12 du CSP). Néanmoins, la prise en considération de l'intérêt du patient peut justifier une prescription ne répondant à aucun de ces critères. […] Les médecines dites alternatives, sont celles qui n'ont pas fait preuve de leur efficacité même si elles apportent des effets, ceux-ci restent insuffisamment voire pas démontrés. »

- <u>Article L.4161-1 et L.4161-5 du code de la santé publique :</u>

« L'exercice de la médecine est réservé aux seuls médecins. Ceux-ci doivent être inscrits au tableau du Conseil de l'ordre des médecins. Le public peut vérifier cette inscription sur le site du Conseil national de l'ordre des médecins (CNOM). […]»

Aspects réglementaires des MACs en France

Les cadres légaux sont disparates concernant les MAC. Nous allons résumer dans cette partie les différents aspects légaux.

Hétérogénéité des MAC :

Il apparaît qu'il y a une hiérarchie d'usage, ainsi qu'une grande hétérogénéité dans la pratique. Une étude allemande illustre cette hétérogénéité (entre médecine manuelle par exemple et les préparations officinales comme la phytothérapie) et souligne que 66 à 82% des médecins généralistes interrogés pensent que les MAC devraient être fournies par des professionnels de santé (18).

Aussi, les patients ont le plus souvent recours à certaines MAC comme l'ostéopathie, l'acupuncture et l'homéopathie, alors que d'autres sont largement moins utilisées : magnétisme, chiropraxie etc.

On distingue deux types de MAC en fonction, de leur rapport à la science :

- Celles dont le fondement physiopathologique et biologique sont plausibles mais dont la preuve de l'efficacité fait défaut (réflexologie, naturopathie, acupuncture, aromathérapie, etc.).
- Et celles, dont la plausibilité du phénomène physiologique même, n'est pas accessible à nos outils de mesure scientifique actuel et dont nous n'avons pas de capacité de compréhension et d'explications scientifiques suffisantes (Soins énergétiques à distance, Reboutement, fleurs de Back, guérison spirituelle, etc.) (19).

Formations pour accéder aux MAC :

Contrairement à la médecine conventionnelle, les MAC ne sont pas enseignées en Faculté durant la formation initiale, elles ne sont pas équivalente à un diplôme d'état avec qualification ordinale. Seuls certaines sont « qualifiantes » par le conseil national de l'ordre des médecins (CNOM).

Selon les articles 79–80 et 81 du Code de déontologie médicale, et la loi du 26 janvier 1984 sur l'enseignement supérieur, certains UFR de médecine dispensent de formations complémentaires (DU ou DIU ou capacité), permettant au médecin d'inscrire sur leur plaque ou leur ordonnancier la thérapie utilisée (20).

Voici la liste des MAC dont une formation est accessible dans certaines facultés :

- **Acupuncture**, (« *Capacité de 2 ans* reconnue « qualifiante » par le Conseil National de l'Ordre des Médecins et accessible aux médecins ayant validé *une année de DIU d'Initiation* à l'acupuncture médicale. ») Depuis l'arrêté du 26 avril 2007.

- **Homéopathie** (*Diplôme ou certificat qui valide une formation d'au moins 300 heures*). « La mention est suspendue (décision du CNOM en date du 3 octobre 2019) L'application de ces nouvelles dispositions sera effective pour les nouveaux et futurs inscrits à une formation universitaire à compter de ce jour. »
- **Médecine Manuelle - Ostéopathie** (*D.I.U. de 2 ans*)

- **Mésothérapie** (*D.I.U de 2 ans*)

En ce qui concerne l'ostéopathie, un thérapeute non professionnel de santé peut prétendre à exercer cette discipline, après obtention d'un diplôme dans une école agréée par le ministère de la santé, ou être un professionnel de santé (médecin, sage femme, kinésithérapeute, infirmier) avec un DU ou DIU d'ostéopathie reconnu par l'ordre des médecins (Cf. encadré plus haut). Ce, depuis la loi Kouchner de 2002, modifiée en 2011 (17).

Parfois ce sont les associations de patients et de professionnels de santé qui organisent la dispensation de cours, de soins de médecine complémentaire, dans le cadre hospitalier : Qi Gong, hypnose, sophrologie etc. Sans traçabilité médicale de ces actes.(21)

Rapport à l'assurance maladie en France :

MAC et cotations CPAM :

Certaines thérapies complémentaires (Acupuncture, ostéopathie, hypnose et mésothérapie) possèdent une cotation d'acte médical ou cotation CCAM (22) (Classification commune des actes médicaux) cf. tableau ci dessous:

Cotation CCAM	Acte diagnostique	Indication	Coût
QZRB001	Séance d'acupuncture	traitement adjuvant et de deuxième intention chez l'adulte: nausées et vomissements en alterna-tive thérapeutique antalgique en association à d'autres traitements syndrome anxiodépressif, en associa-tion avec un programme de prise en charge globale aide au sevrage alcoolique et tabagique	18 euros
LHRP001	Séance de médecine manuelle de la colonne vertébrale	affection mécanique du rachis	33,5 euros
ANRP001	Séance d'hypnose	à visée antalgique	non pris en charge
ANLB003	Séance de mésothérapie	à visée antalgique	non pris en charge

MAC et assurances complémentaires :

Les MAC n'étant pas considérées comme spécialités médicales conventionnelles, elles ne bénéficient, pour la plupart, d'aucun remboursement pas la CPAM.

Ainsi, certaines MAC sont remboursées partiellement par la CPAM, à condition que le patient respecte le parcours de soins coordonné et que la TA soit dispensée par un médecin conventionné :

- L'homéopathie, est remboursée actuellement à hauteur de 15%. Elle ne le sera plus du tout au 1er janvier 2021.
- L'acupuncture, et l'hypnose, peuvent être prises en charge à 70% du tarif de base.

D'autres MAC, en revanche, ne sont pas prises en charge par la CPAM :

- L'ostéopathie, la naturopathie.

Le reste à charge étant alors pour le patient, via une assurance complémentaire.

Miviludes :

Toutes les thérapies complémentaires et alternatives ne sont pas répertoriées ni enregistrées. Un organisme veille en France à repérer les dérives qui peuvent mener à du charlatanisme. La Miviludes dénombre 400 pratiques « à visée thérapeutique ».

Toutes ces pratiques n'apparaissent pas être des MAC. Certaines se rapprochent d'avantage de pratique de bien être, de spiritualité, et de développement personnel.

Thérapies non médicamenteuses validées :

Il apparaît important de préciser que : ne sont pas considérées comme des MACs, les « thérapeutiques non médicamenteuses validées » couvertes par le rapport d'orientation publié par la Haute Autorité de Santé en avril 2011 (23), à savoir :

Les règles hygiéno-diététiques (régimes diététiques, activités physiques et sportives, règles d'hygiène)
Les traitements psychologiques (thérapies d'inspiration analytique et psychanalyse, thérapies cognitivo-comportementales)
Les thérapeutiques physiques (techniques de rééducation, kinésithérapie, ergothérapie).

MAC : risques/enjeux et lien avec la médecine générale

De nombreuses études menées principalement au Royaume uni, Allemagne, Etats unis et Australie montrent que les praticiens de soins primaires (GPs), ont recours aux MAC dans leur pratique.

Une étude menée au Royaume uni en 2018, montre que seulement 6% des GPs sont contre l'utilisation des MAC, et 60% soutiennent la prestation d'acupuncture. La plupart évoquent les limites de manque de niveau de preuve scientifique, et précisent que c'est le patient, la plupart du temps, qui détermine l'orientation vers une MAC. Les GPs estiment des degrés d'efficacité/sécurité différents selon les MAC. (24)

Une autre enquête allemande parue en 2004, a mis en évidence que 83% des médecins ont recommandé les traitements par une TA déjà une fois. Les MAC recommandées sont principalement : les thérapies manuelles, l'homéopathie et l'acupuncture. (18)

Toujours en Allemagne, mais plus récemment, en 2018, une enquête a été menée pour évaluer les besoins d'intégration des MAC dans la formation spécialisée en médecine générale ; les résultats sont que les GPs utilisent les MAC dans leur pratique médicale mais aussi personnellement. (11) 46% utilisent une MAC dans leur pratique quotidienne. 70% estiment qu'il faudrait intégrer une formation initiale concernant les MAC.

Les praticiens de médecine générale peuvent prescrire ou recommander des « remèdes de grand-mère », qui ont fait preuve ou non de leur efficacité scientifique (le reboutement ou magnétisme dans les brûlures, l'accroupissement dans la constipation, l'utilisation de feuille de choux et de compresses froides dans l'engorgement mammaire etc.). Même s'il n'existe pas toujours de preuves scientifiques établies, l'histoire de guérison spontanée et les exigences des patients, peuvent pousser à prescrire ou recommander ces remèdes. (16)

Dans le même état d'esprit, les praticiens de soins de santé primaires, peuvent parfois avoir recours à des thérapies complémentaires.

Une revue de littérature Australienne (2018) a fait un rapport des perceptions et attitudes des médecins généralistes à l'égard des MAC (10). De ce rapport ressortent quatre grands axes de réflexion, des médecins vis à vis des thérapies complémentaires, que nous allons détailler:

Des risques et enjeux :

- Directs/indirects

Les risques directs, liés à de potentielles interactions avec les traitements conventionnels ou effets indésirables méconnus du grand public. (Pamplemousse et AVK, hépatotoxicité ou néphrotoxicité de certaines plantes).

Ou indirects, liés au retard de diagnostic ou de prise en charge si le patient ne va pas consulter son médecin traitant alors qu'il se tourne d'emblée vers un thérapeute alternatif.

- L'inefficacité de certaines TA
- La monopolisation de ces pratiques
- Les coûts de santé publique
- Le vide réglementaire et la peur des litiges (Aucun GPs n'a déclaré s'être senti en sécurité sur le cadre légal de la pratique des MAC. (11))

Des oppositions :

- Le non-respect de la médecine factuelle, fondée sur les preuves et le recours aux « pseudosciences »
- Le besoin d'autonomie des patients et des praticiens devenant plus indulgents concernant les MAC, et ce pour plusieurs raisons :

Les patients se tournent parfois vers des « praticiens de santé naturelle », avec comme motifs de recours les plus fréquents :

- les pathologies chroniques (dont les symptômes évoluent depuis plus de 5 ans malgré les thérapeutiques conventionnelles mises en place), ou en oncologie en soins de support
- des affections musculo-squelettiques (30%)
- les syndromes anxio-dépressifs.

Ces patients sont généralement des femmes, ayant un niveau d'étude supérieure (bac et plus), un bon niveau éducationnel, d'âge moyen, et qui ont un « moins bon état de santé globale » (6). Ils sont plus critiques envers la médecine conventionnelle. Une autre étude allemande ayant examiné la gestion des situations thérapeutiques indéterminées, va en ce sens en rajoutant; « il semblerait que les MAC attirent une patientèle type féminine, avec davantage de troubles somatoformes » (24).

Le taux de recours à un thérapeute alternatif, chez la patientèle en France, (suivi parallèle avec un médecin généraliste ou non) est évalué à 54%, au cours des douze derniers mois. Une raison avancée, est l'insatisfaction partielle ou totale, des soins conventionnels au regard des pathologies sus citées et/ou le fait que des médecins peuvent recommander une MAC à leur patientèle en l'absence de données scientifiques établies (6).

Une lutte contre la complexité :

- D'une diversité écrasante de pratiques.

Le nombre de MAC est important. Il est difficile de connaître les fondements théoriques et pratiques de chacune d'entre elles. Il s'avère qu'elles sont très variables entre elles également.

- Du manque de connaissance vis-à-vis de ces thérapies.

A notre connaissance, peu de formations initiales sont dispensées dans les facultés. Ou s'il elles existent, elles abordent les MAC simplement sans les critiquer d'un point de vue scientifique. Les médecins sont alors confronter aux MAC via leur émergence dans la médecine conventionnelle, et via la demande de la patientèle, sans avoir les outils pour se positionner.

Une tolérance ambivalente vis-à-vis des MAC :

- Peu de médecins souhaitent une intégration complète des MAC dans le système de santé. La raison principale étant le manque de niveau de preuve des MAC. Mais il apparait beaucoup plus complexe et profond que cela, aussi pour : *« la peur d'augmenter le fardeau de la maladie. Un défi trop difficile à relever voire infaisable »* (25). Aussi, les problèmes de contrainte de temps, de surmenage, de financement (prescription sociale ou ticket modérateur ?).

Malgré ces barrières, différents modèles d'intégration des MAC ont été réfléchis, notamment au Royaume Uni, concernant les potentiels de l'intégration des MAC pour la santé mentale et des troubles musculo-squelettiques (26). Le modèle qui serait mis en avant est sélectif, mais il reste encore controversé et ne fait pas l'unanimité des experts. Ses avantages seraient :

- Favoriser la continuité des soins
- Réduire les luttes de pouvoir
- Favoriser l'autogestion de la santé par le patient
- Faire de la prévention/ accompagnement
- Outil relationnel
- Outil thérapeutique pour les « troubles non spécifiques »
- Réduire la nocivité de certains traitements et réduire la consommation de psychotropes (anxiolytiques dans les syndromes anxio-dépressifs et les insomnies (27))

Ainsi, les médecins généralistes utilisent les MAC dans leur pratique par *« vision pragmatique »*(28) : la plupart des médecins souhaitent garantir une ouverture d'esprit, d'une

part, pour préserver la relation médecin patient et d'autre part, pour ne pas porter de jugement et s'assurer de l'observance du patient aux traitements.

Finalement les médecins Universitaires Anglais (2007) restent *« septiques »* concernant les MAC. En effet, pour eux, le plus important reste la communication ouverte avec le patient, afin d'améliorer le choix des traitements et l'épanouissement d'eux-mêmes dans leur pratique. Pour eux, les MAC donnent un *« faux-espoir »* de guérison et d'attentes aux patients. L'approche holistique du patient pose la problématique du temps de consultation. La hiérarchie d'acceptabilité des MAC s'oppose à la nature des preuves scientifiques, et en regard au coût de santé publique (13). On peut respecter l'autonomie du patient tout en gardant son intégrité professionnelle.

- La croyance des médecins de penser que l'efficacité des MAC provient d'un *effet placebo* la plupart du temps. Hypothèse qui peut être problématique sur le plan professionnel et éthique.

Problématiques

Le médecin généraliste, dans sa pratique, sera confronté directement ou non, aux MAC ; via la demande d'un patient, ou encore dans son domaine professionnel où ces thérapies alternatives émergent petit à petit. Dans certains services hospitaliers, on y a recours , notamment en soins palliatifs en soins de support (29). Mais aussi en médecine de ville, certains médecins accèdent à des formations complémentaires en acupuncture, ostéopathie, mésothérapie et homéopathie (les 4 TA les plus communes en France).

Or, les données scientifiques actuelles ne permettent pas de prouver l'efficacité des MAC. L'hypothèse principale de leur mode d'action étant l'effet placebo.

Aussi, les MAC ne font pas l'objet de formations initiales solides dans les facultés, et le cadre législatif est flou.

Ainsi, beaucoup de facteurs entretiennent une grande ambigüité sur la position des MAC dans notre système de soins.

A notre connaissance, nous n'avons pas encore cherché à identifier, dans une étude, les déterminants de recours aux MAC chez les médecins. Cela nous paraît important de le faire pour mieux appréhender les motivations et les freins du recours aux MAC chez les médecins.

Les objectifs de recherche sont :

Etablir les caractéristiques générales des médecins qui ont recours aux MAC, personnellement et dans leur pratique.

Apprécier la prévalence de cette population.

Confronter cette population aux éventuels facteurs influençant leur pratique : niveau de croyances, conditions d'exercice, type et nombre de formations.

Chercher les motivations à la pratique d'une MAC chez les médecins.

Méthode

Notre enquête est une étude exploratoire quantitative transversale via un questionnaire, dont nous allons détailler la construction.

Choix de la population d'étude :

Les recherches initiales et la construction du questionnaire a été faite en collaboration avec Fanny Lozé, étudiante en kinésithérapie. Ainsi, notre étude a été croisée entre les médecins généralistes et les kinésithérapeutes.

Le questionnaire a été diffusé séparément entre les kinésithérapeutes et les médecins généralistes.

Notre population cible ici, les médecins généralistes en activité sur le territoire français.

Critères d'inclusion :

- Exercer la médecine générale.
- Exercer actuellement en France.

Critères de non inclusion

- Ne pas encore ou ne plus exercer la médecine générale.
- Exercer dans une autre organisation de soins que celle de la France.
- Ne pas accepter les règles de confidentialité.

Critère d'exclusion

- Ne pas répondre en totalité au questionnaire

Analyse de la littérature et recueil de données

Outils d'évaluation de recours aux MAC

Pour élaborer notre questionnaire nous avons étudié la bibliographie d'Albin Guillaud, kinésithérapeute, ayant réalisé un mémoire de recherche, concernant la question de l'intégration des médecines alternatives et complémentaires dans notre système de santé.

Il a également validé au cours d'une autre étude, la fiabilité des questionnaires que nous allons utiliser : *I-CAM-FR, QuERTA*. (Questionnaires dont la méthode de construction et de validation ont été évaluées).

L'I-CAM-FR, a été tiré d'un projet international datant de 2009, par une équipe de recherche norvégienne : questionnaire *CAMbrella*, permettant d'évaluer le recours aux MAC chez les patients.

Ce questionnaire standardisé a été traduit en français en 2014, et fait l'objet d'une étude, via un comité d'experts et plusieurs traductions : *I-CAM-Q* (30). Cependant il possède plusieurs limites et sa fiabilité n'a pas été validée en France. Ses points forts concernent les axes d'approche concernant les motifs de recours aux MAC ainsi que des pratiques autonomes de bien-être et de santé.

Finalement pour notre enquête, nous avons décidé de nous baser principalement sur le *QuERTA* (Questionnaire pour Evaluer le Recours aux Thérapies Alternatifs). Celui-ci a été évalué et validé récemment, en 2019, par investigation scientifique au cours d'une étude. Il a été analysé par sept experts dont trois chercheurs en science sociale. Testé auprès d'un échantillon représentatif, via des entretiens cognitifs et a fait l'objet d'une phase de Test-Retest à 322 patients. Sa fiabilité a été calculée et validée pour évaluer le recours aux Thérapeutes Alternatifs en France (4).

Via ces questionnaires, nous avons transposé certains items (notamment le type de MAC, les motifs de recours) et parfois rajouté d'autres items, destinés cette fois, aux médecins généralistes, pour faire un état des lieux de leurs pratiques personnelles et professionnelles des MAC.

En outre, nous avons interrogé les médecins généralistes pour connaître leur opinion concernant les MAC, versus celui des kinésithérapeutes. Nous avons fait de même concernant l'évaluation de la communication.

Elaboration du questionnaire

De l'analyse de la littérature, des dimensions du questionnaire sont ressorties :

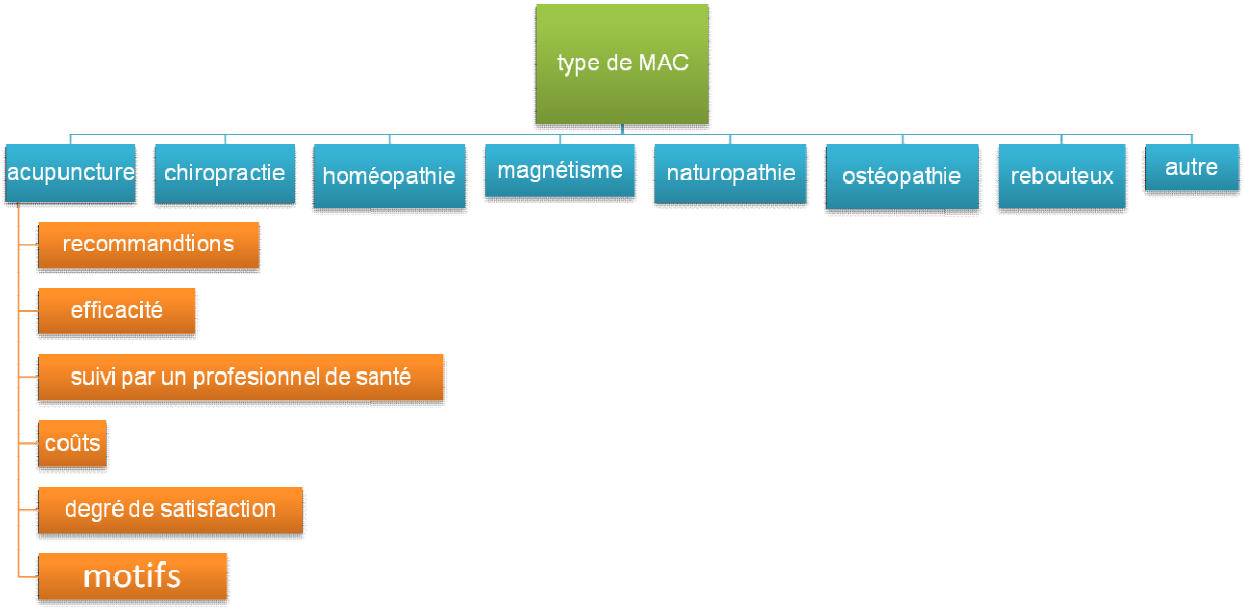
Le niveau de croyance
Le rapport à la science
L'expérience personnelle et professionnelle
Le contexte de formation
Les influences sociétales
Les caractéristiques démographiques

De ces thématiques et ces hypothèses, le questionnaire a été bâtit en 5 parties :

1. Usage personnel des MAC, et étude des pratiques autonomes de bien-être et de santé
2. Recours aux MAC dans la pratique professionnelle
3. Influences, motivations et rapport aux conventionnements et à la science, adhésion aux concepts portés par la théorie des MAC (CHBQ)
4. Contexte professionnel (formations, carrière et mode d'exercice actuel)
5. Caractéristiques démographiques

Dans chaque partie nous avons construit des organigrammes pour bâtir notre questionnaire.

Partie 1 : Pratique personnelle des MAC



Organigramme n°1 : usage personnel d'une MAC

C'est la partie concernant les objectifs principaux de notre questionnaire.

Le choix des pratiques a été repris directement du questionnaire *QuERTA*. Nous avons rajouté une formulation « aucune de ces thérapies » et « autre » pour recueillir un maximum d'informations. Par exemple, l'hypnose est une pratique assez utilisée par certains praticiens et pourtant elle ne figure pas dans la liste de choix proposé.

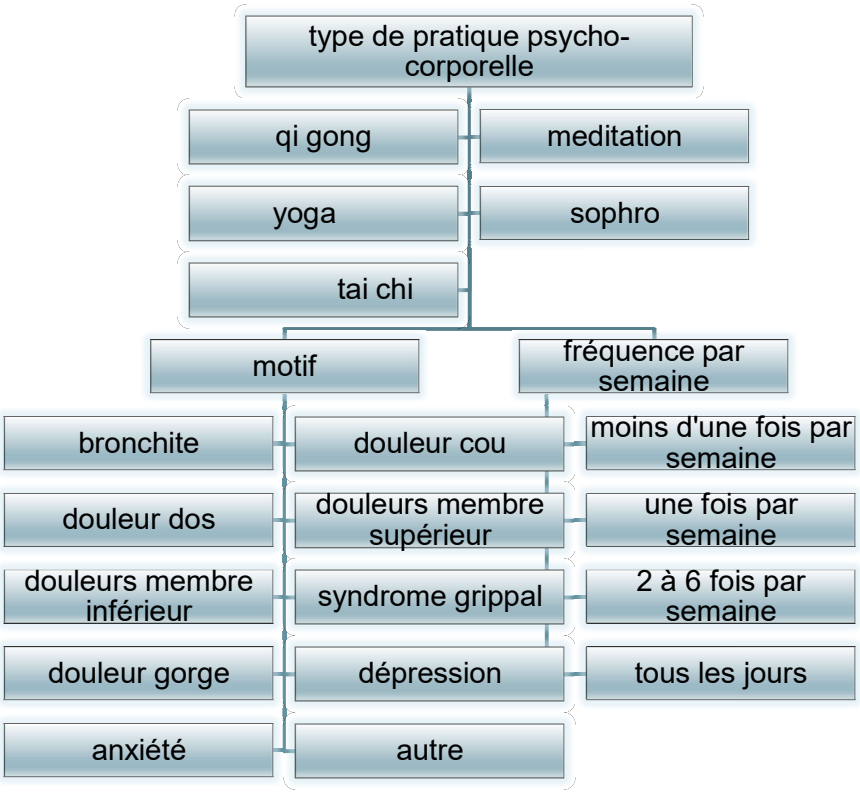
Les motifs de recours sont également tirés du questionnaire d'Albin Guillaud.

Nous avons analysé les moyens de recommandations des MAC aux professionnels de santé en distinguant les thérapeutes professionnels de santé (incluant les professions

médicales, de la pharmacie et auxiliaires médicaux), des thérapeutes non professionnels de santé.

Il nous est apparu important de faire cette distinction, d'une part, pour repérer si la recommandation vient d'un autre professionnel de santé ou non, d'autre part, car nous pensons qu'il est plus « sécuritaire » de consulter un thérapeute professionnel de santé qu'un thérapeute non professionnel de santé.

Dans cette partie, nous avons également choisi d'interroger les professionnels de santé sur leur usage de « pratiques autonomes de bien-être et de santé » selon deux axes : « les pratiques psychocorporelles » et les « pratiques alimentaires alternatives ». L'organigramme ci-dessous, illustre les questions posées.



Organigramme n°2 : usage personnel d'une pratique psychocorporelle, et motifs de recours

Partie 2 : Pratique professionnelle des MAC

De manière similaire à la première partie, on cherche ici à déterminer la qualité et la quantité d'usage de MAC dans la pratique professionnelle.

De même que dans la première partie, nous investiguons la fréquence et le motif de santé qui a poussé à cet usage. En outre, nous évaluerons l'investissement financier, la satisfaction et l'efficacité perçue de ces consultations de MAC.

On distingue ici, deux manières d'utiliser les MAC dans la pratique professionnelle : la recommandation/prescription et la pratique directe sur les patients.

Ce sont les résultats de cette partie qui seront à comparer avec les résultats des parties suivantes, qui recherchent à évaluer certains potentiels déterminants à cet usage professionnel de techniques « non conventionnelles ».

Partie 3 : Attitudes et opinions sur les MAC chez les professionnels de santé

Dans cette partie, nous cherchons à évaluer l'opinion des professionnels de santé sur ce qui selon eux, influe sur le recours professionnel aux MACs.

Nous avons construit cette partie sous forme de tableau avec échelle de Likert. Voici la Liste des facteurs étudiés dans le questionnaire :

Facteurs externes
Les médias
L'environnement personnel
Le cadre d'exercice et l'environnement professionnel
Facteurs internes
La religion
Son propre état de santé
La catégorie socioprofessionnelle
Facteurs liés directement à la pratique
L'indépendance vis-à-vis de la sécurité sociale
Les revenus
Le temps de consultation
Une certaine forme de reconnaissance
Le type de patientèle
Atout thérapeutique

Nous interrogerons ensuite en miroir deux populations : masseur-kinésithérapeutes (MK) et médecins généralistes (MG) sur l'usage et l'attitude présumés de l'autre profession (les MK sur les MG, et les MG sur les MK).

De plus, nous demanderons quel est selon eux le niveau de communication vis à vis des MAC. Cela a un double intérêt : le premier étant d'évaluer le niveau de connaissance des professionnels de santé concernant les MAC, le second, les compétences en matière de communication elle-même.

La communication avec le patient est essentielle : elle fait partie de la thérapie. Un bon niveau de communication du praticien pourrait modifier l'attrait vers les MAC chez les patients (que ce soit positif ou négatif). Mais cela ne reste qu'une hypothèse qui mérite d'être creusée.

En sous partie, afin d'évaluer le niveau d'attirance sur les concepts de santé promus par les MAC, nous avons inclus la version que nous avons traduite du *CAM Health Belief Questionnaire* (cf. partie : traduction et inclusion du *CHBQ*). Constituée de 10 questions, ce court questionnaire évalue l'accord du répondant à certaines assertions concernant la santé et les MAC.

Partie 4 : Contexte de formation

Dans cette partie nous interrogeons sur les conditions d'obtention du diplôme sanctionnant le début de la pratique professionnelle ainsi que le contenu des études.

Nous évaluons les critères de choix des études, si celles-ci comprenaient des formations sur les MAC et sur l'esprit critique (Analyse critique d'articles scientifiques, Recherche), et sur les enseignements relatifs à l'« EBM » (évidence base médecine).

Enfin nous estimons le nombre de formations continues effectuées depuis le diplôme et actuellement (au cours des 12 derniers mois).

La formation continue incluant les groupes de pairs, les congrès, les séminaires, les diplômes complémentaires universitaires (DU, DIU, DESC etc.). Nous chercherons à savoir quelle est la proportion de médecins ayant validé des diplômes ou formations complémentaires concernant les MACs et si cela a influencé ou non leur pratique.

De manière plus globale, est-ce que notre formation initiale, nous permet, en tant que professionnel de santé de répondre suffisamment aux besoins des patients ? En d'autres termes, notre formation initiale nous donne-t-elle toutes les clefs pour prendre en charge les patients ?

Nous allons étudier également le mode d'exercice des médecins, et chercher à savoir s'il existe un lien avec la pratique des MAC.

Partie 5 : Carrière professionnelle et caractéristiques démographiques

Nous avons détaillé le contexte d'exercice :

- libéral / salarié
- secteur public / privé
- cabinet de médecine général / ou incluant d'autres spécialités
- seul / pluri professionnels
- pluri professionnels incluant des MAC / ou non
- département et dotage de la zone (allant de sous dotée à sur dotée)

En dernier lieu :

- l'âge
- le genre

Ces questions sont posées en dernier afin de ne pas influer sur les réponses des questions précédentes.

Structure finale du questionnaire

Mode de présentation

Le questionnaire final comporte 62 questions au minimum et était accessible via un lien internet, conduisant à la plateforme Limesurvey. Il était possible de le réaliser en plusieurs fois, mais sans retour en arrière possible. Il est anonyme et basé sur le volontariat.

Il s'étend sur 9 pages et comprend 5 parties (cf., chapitres précédents).

Le préambule et inclusion comportent 3 questions filtres, permettant de sélectionner les professionnels de santé, médecins généralistes, exerçant en France.

Les parties 1 et 2 comportent des questions à liste déroulante avec possibilité de choix multiples, dont « aucun des choix proposés ». Les 7 questions suivantes sont conditionnelles, c'est-à-dire conditionnées par la réponse à la question précédente. Si le répondant n'a coché « aucun » à la première question, il n'a pas accès aux items suivants. Si le répondant à cocher « ostéopathie », il devra préciser les déterminantes de ce choix (fréquence, coût, efficacité etc.) dans les 7 items suivants.

La partie 3 comporte des échelles d'évaluation, dites « échelles de Likert » graduée à 5 ou 7 items, nombres impairs, permettant la neutralité des réponses et la mesure de l'attitude en degré allant de 1 à 5 ou de 1 à 7.

Pour certaines questions, nous avons utilisé des questions à choix unique dichotomiques « oui/non », nous permettant de trancher sur une réponse en particulier. Par exemple sur l'opinion, sur le remboursement ou non des MAC ou encore leur intégration dans le système de soins conventionnés.

Dans les parties 4 et 5, concernant la formation, le mode d'exercice et les caractéristiques démographiques, nous utilisons majoritairement des questions fermées à choix multiples ou uniques.

Traduction &Inclusion du CHBQ

Afin de pouvoir inclure dans notre questionnaire une évaluation des croyances en termes de santé et de techniques « alternatives », nous avons choisi d'utiliser une échelle validée **:** le CAM HealthBelief Questionnaire.

Initialement conçu pour des étudiants en médecine, ce questionnaire correspond à notre population de professionnels de santé. De par le fait qu'il soit validé, de sa rapidité de remplissage et de sa facilité d'interprétation, nous avons estimé qu'il pourrait être un outil assez « fiable » pour estimer le champ très complexe et hors de nos champs de compétences, que sont les croyances (31).

Pour cela, nous avons procédé à un protocole accéléré de traduction de questionnaire. Nous avons tout d'abord élaboré à l'aide d'un logiciel en ligne une traduction littérale (*DeepL*). Nous avons ensuite soumis cette traduction à un comité d'experts. Ce comité a été constitué par des professionnels de santé ayant une connaissance approfondie des MAC et/ou d'une expertise de la langue anglaise. Dix personnes constituaient ce comité.

Chaque membre du comité nous a rendu sa propre version de la traduction, en apportant des corrections idiomatiques à la traduction littérale proposée. Nous avons procédé à une correction, si au moins 4 experts ou plus ont proposé une autre traduction. Le reste des items est resté inchangé, telle que la traduction littérale d'origine.

Nous avons ensuite compilé ces traductions idiomatiques afin d'obtenir la dernière version. (**Cf. Annexe 1 : traduction du CHBQ)**

Le CHBQ est construit selon une échelle de Likert à 7 degrés. Allant de « pas du tout d'accord » à « tout à fait d'accord ». Le score moyen minimal est donc de 10, le score maximal de 70. Sont considérés comme ayant une attitude positive envers les MAC, les répondants qui ont un score médian au-delà de 40.

Le rapport à la science

Le rapport à la science est variable d'un médecin à l'autre ainsi que son niveau de croyance. Ceci peut avoir un lien avec sa façon de raisonner et d'exercer.

Par exemple, des praticiens ne se basent que sur l'EBM (Evidence Base Médicine ou « médecine fondée sur les preuves »), alors que d'autres vont se fier à leur ressenti et leur expérience (Médecine empirique), à tort ou à raison. D'autres vont utiliser les deux méthodes pour prendre en charge les patients.

Phase de pré-test du questionnaire

Objectifs

La phase de pré-test nous a permis d'évaluer :

- La cohérence entre les parties ainsi qu'entre les questions dans les parties du questionnaire.
- La pertinence des questions pour des professionnels de santé en exercice, et ce pour des professionnels avec des pratiques et des contextes d'exercices différents.
- Le fonctionnement technique de questionnaire en ligne (questions conditionnelles, etc.)
- Le temps nécessaire de remplissage.
- Le caractère neutre du questionnaire.

Méthode et Sélection des sujets

Nous avons procédé à 12 entretiens avec des professionnels de santé : 6 kinésithérapeutes et 6 médecins, que nous avons essayé de sélectionner pour leur diversité de pratique et d'attitude envers les MACs.

Notre échantillon de 6 médecins généralistes a ainsi été composé de :

Moitié de médecins hommes, le reste étant des femmes, dont 1/3 pratiquent une MAC, les autres étant considérés comme « neutre » dans leur pratique. L'âge allait de 30 à 60 ans. La pratique était diversifiée, certains médecins exercent en ville, d'autres en milieu rural ou semi-rural.

Lors de ces entretiens, les répondants effectuaient le questionnaire « en live », selon la technique d'entretien cognitif : en énonçant à haute voix les questions et explicitant leurs réponses et leurs raisons associées à ce choix. Les entretiens ont été enregistrés et retranscrits par écrit.

Nous avons pu ainsi procéder à quelques corrections du questionnaire :

- Nous avons corrigé certaines fautes grammaticales ou d'orthographe.
- Un paragraphe explicatif du CHBQ a été ajouté pour plus de clarté, car certains participants ne comprenaient pas l'intérêt de cette partie et pouvaient même être étonnés de son contenu.
- Rajout d'un item « aucun » aux réponses à choix multiples concernant les motifs de recours aux pratiques autonomes de bien-être et santé ainsi qu'aux MAC
- Rajout de réponses à choix multiples dans la question du motif de recours aux MAC car les répondants ont trouvé plus favorable ce mode de présentation, même si cela rendra l'analyse statistique un peu plus complexe

Globalement, le questionnaire a été apprécié par les répondants, et il n'a pas été mis en évidence d'erreur de réalisation. La durée du questionnaire n'a pas été reprochée. Il n'y a pas eu de sentiment de jugement au cours des questions. Seulement, des hésitations et un peu plus de difficultés, aux questions dichotomiques sur le remboursement et l'intégration des MAC au système de santé.

Enfin, tous ont trouvé un réel intérêt à répondre aux questions et sont motivés pour creuser le sujet ultérieurement. Le CHBQ a suscité beaucoup de curiosité. Bien expliquée, cette partie n'a pas posé de problème.

Cf. Annexe 2 : logigramme du questionnaire

Cf. Annexe 3 : extraits des entretiens cognitifs

Aspects opérationnels du questionnaire

Point de vue réglementaire

Notre étude est hors cadre de la loi Jardé, pour laquelle selon l'arrêté au JO (journal officiel) du 18 juillet 2018, les études de catégorie 3 requièrent un avis du CPP (comité de protection des personnes).

Le questionnaire a été hébergé sur la plateforme Limesurvey et diffusé par internet, protégé en partie par le serveur du CHU GA.

La demande de diffusion du lien de ce questionnaire a été transmise par mail aux URPS. Le questionnaire est en conformité avec le RGPD. Les données sont anonymes.

Canaux de Diffusion

Le lien de ce questionnaire a été diffusé via ces réseaux, disponible en ligne, accompagné d'un mail d'approche:

- Une partie des membres du département de Médecine Générale, de la faculté de médecine de Grenoble
- Les conseils de l'Ordre de l'Isère, Savoie, et Haute Savoie
- Des réseaux sociaux
- Les groupes de pairs

Calendrier de Diffusion

La diffusion du questionnaire s'est étendue sur une période allant du 13/02 au 11/05/2020 soit quasiment 3 mois, avec une relance à 1 mois et demi.
La période a été rallongée du fait de la crise du covid-19. La diffusion a été compliquée du fait de cette crise sanitaire.

Méthode d'analyse

Nous avons exporté les résultats du questionnaire à partir de Limesurvey sur une base de données Excel.

A partir de ce tableau Excel, nous avons utilisé pour la description générale de cette base de données ; soit l'option filtrage, soit des tableaux croisés dynamiques pour synthétiser les informations.
Nous avons pu réaliser des calculs simples par formules Excel (Somme, moyenne, médiane, quartile etc.) pour les analyses descriptives. Puis nous avons synthétisé les résultats par histogramme, camemberts ou barres, pour les analyses statistiques via Xsl Stat ou biostat GV.

Les données qualitatives seront exprimées en n (%). Elles ont été comparées entre elles grâce au test du Chi2 ou exact de Fischer, de façon appropriée.
La distribution des données quantitatives a été étudiée par analyse des histogrammes. En fonction de leur caractère normal ou non, elles seront présentées en moyenne (écart type ou s) ou médiane (espace inter quartile), de façon appropriée. Puis elles ont été comparées entre elles grâce au test de Student ou de Mann Whitney, de façon appropriée.
On choisit un seuil de significativité (ou erreur alpha, p) à 0.05%.

Résultats

1. Statistiques descriptives

Taux de participation

L'étude a compté au total 145 réponses dont 88 réponses complètes et 57 incomplètes.

Les données ont été exportées sur le logiciel Excel et mises sous forme de tableau.

Sur les 88 réponses complètes, seulement 74 sont médecins généralistes, les autres sont 2 kinésithérapeutes ou autre professionnel de santé.

Nous analyserons les données sur cette base de 74 médecins généralistes.

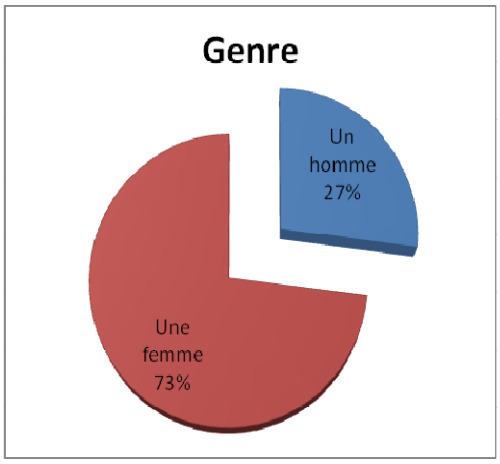
Représentativité de l'échantillon

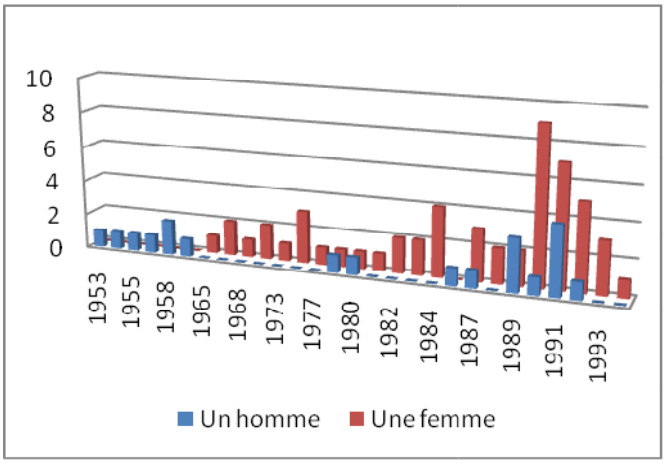
Origine des réponses

Démographie et modalités d'exercice actuel

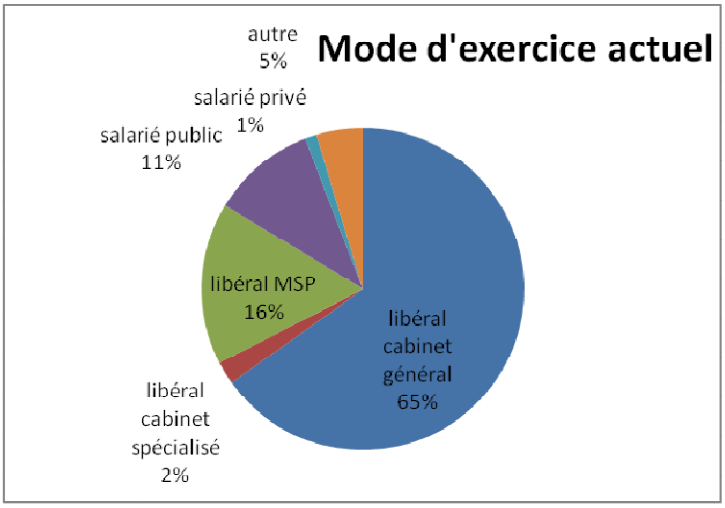
Il y a eu une majorité de population féminine. Et cette proportion augmente avec les années.

L'âge moyen des participants était de 37 ans (s = 11.3).





Une majorité exerçait en libéral, dans un cabinet général. Seulement 8% avait une activité mixte (libéral et salarié). Dans l'item « autre », il y avait 3 remplaçants, un interne et un médecin « en vacation dans le médico-social ».



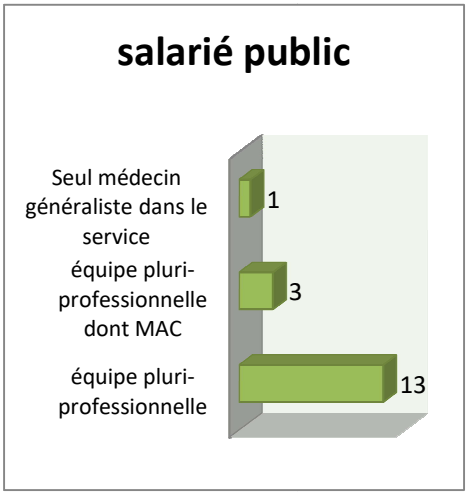
Ceux qui avaient une activité mixte ou activité salariée exerçaient 9 fois sur 10 dans le public.

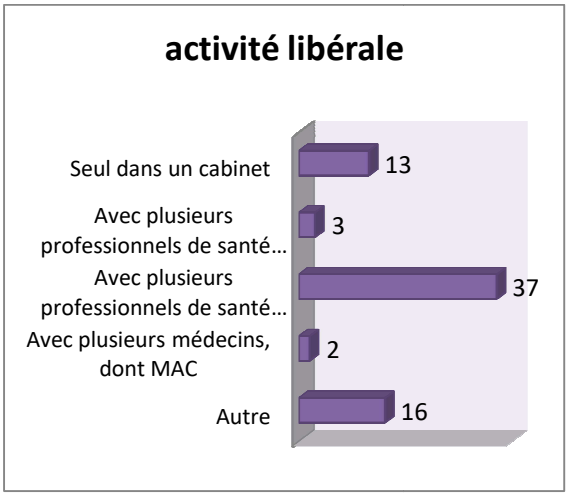
La majorité des médecins généralistes participants à cette étude ne travaillait pas avec d'autres praticiens de santé utilisant les MAC.

Sur le nombre de médecins interrogés, la proportion ayant déjà exercé en libéral est majoritaire, aux alentours de 75%. Ce qui est similaire aux données sur l'exercice actuel.

Le nombre moyen approximatif d'années exercées chez les médecins généralistes en libéral était de 11 ans (s = 11.3) contre 4 ans (s =3.9) en salariat.

Par ailleurs, la proportion de médecins généralistes travaillant seuls, par rapport à ceux travaillant en équipe pluri-professionnelle, ou avec d'autres praticiens de santé, était moins importante. Alors que près de la moitié des médecins travaillaient avec d'autres collègues en médecine générale, seulement 17% exerçaient seuls en cabinet.



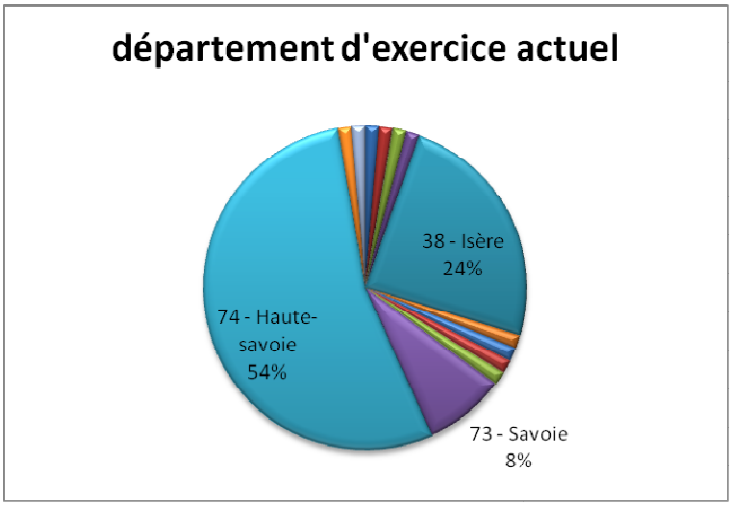


Nombre de médecins en fonction des modalités d'exercice

Répartition géographique de l'échantillon

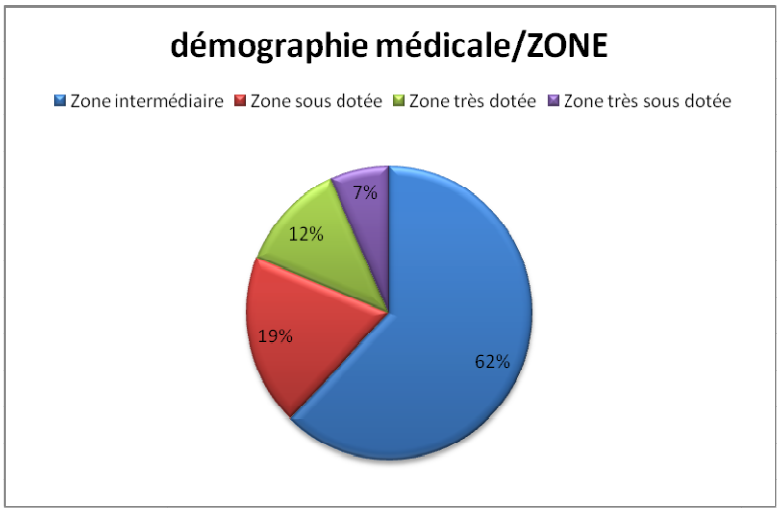
La plupart des répondants étaient des médecins exerçant en Isère, Savoie et Haute-Savoie, concernés par les canaux de diffusion de l'ordre des médecins. Le taux de réponses par les réseaux sociaux a été très faible mais plus éparse.

départements	Nombre de médecins
21 - Côte-d'Or	1
33 - Gironde	1
35 - Ille-et-vilaine	1
37 - Indre-et-loir	1
38 - Isère	18
44 - Loire-atlantique	1
55 - Meus	1
56 - Morbihan	1
69 - Rhôn	1
73 - Savoie	6
74 - Haute-savoie	40
75 - Paris	1
78 - Yvelines	1
Total général	**74**



Département d'exercice. Les 3 principaux sont la Haute–Savoie, l'Isère, et la Savoie respectivement.

Densité médicale de l'échantillon



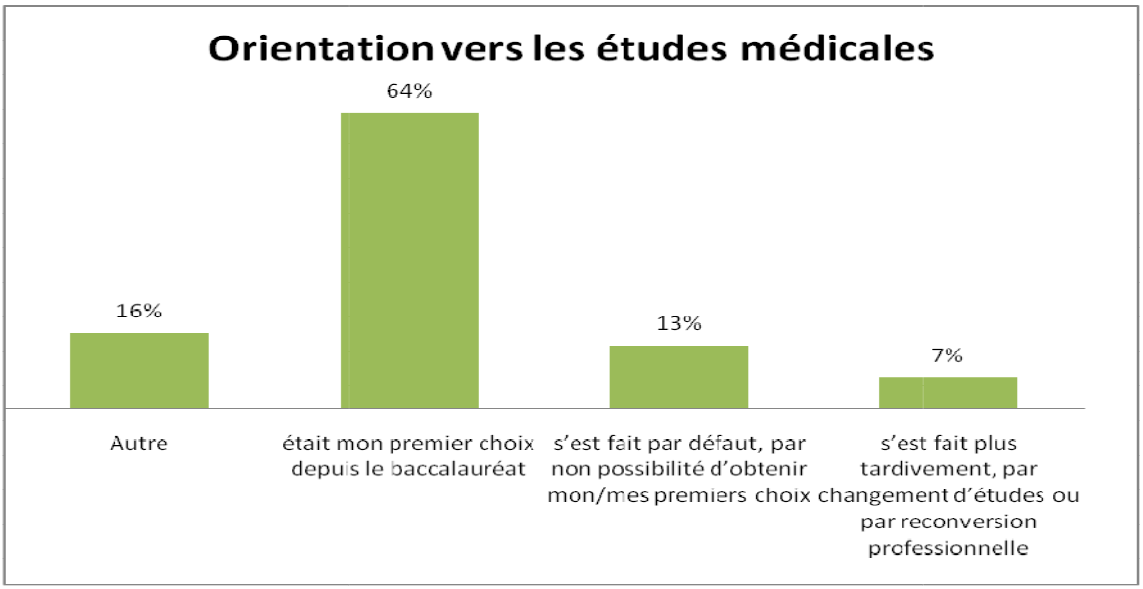
Une majorité de médecins généralistes exerçait en zone intermédiaire. A noter que ce constat est plus élevé que la moyenne nationale où la densité médicale par zone reste insuffisante.

Cf. Annexe 4 : démographie médicale nationale

Expérience de formation initiale et orientation vers la médecine générale

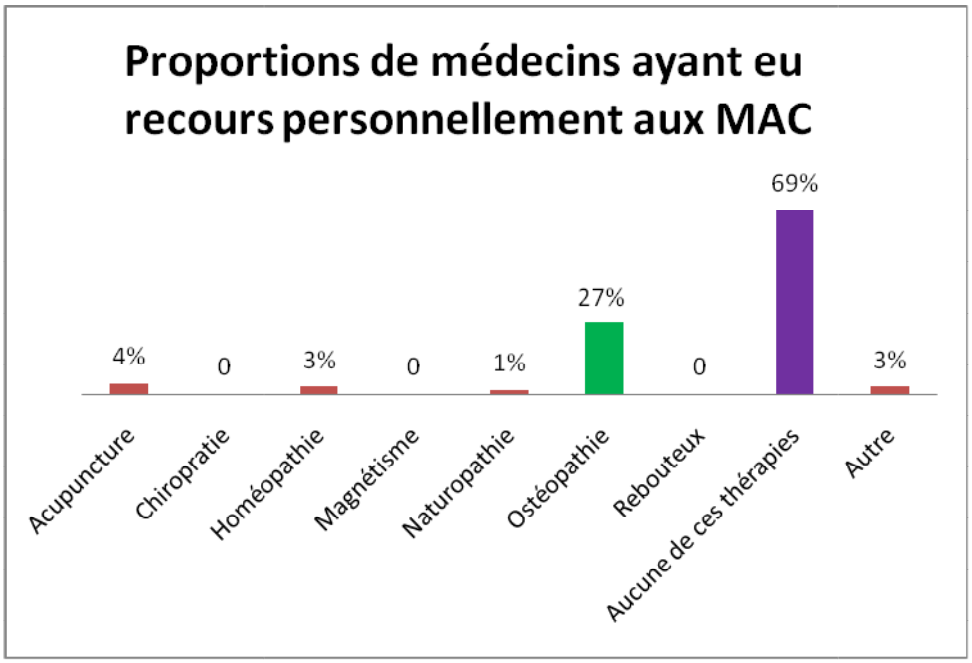
La plupart des répondants ont obtenu leur DES de médecine générale en Isère (UFR de médecine UGA).

L'année moyenne d'obtention du DES de médecine générale était 2011 (s = 10.6).



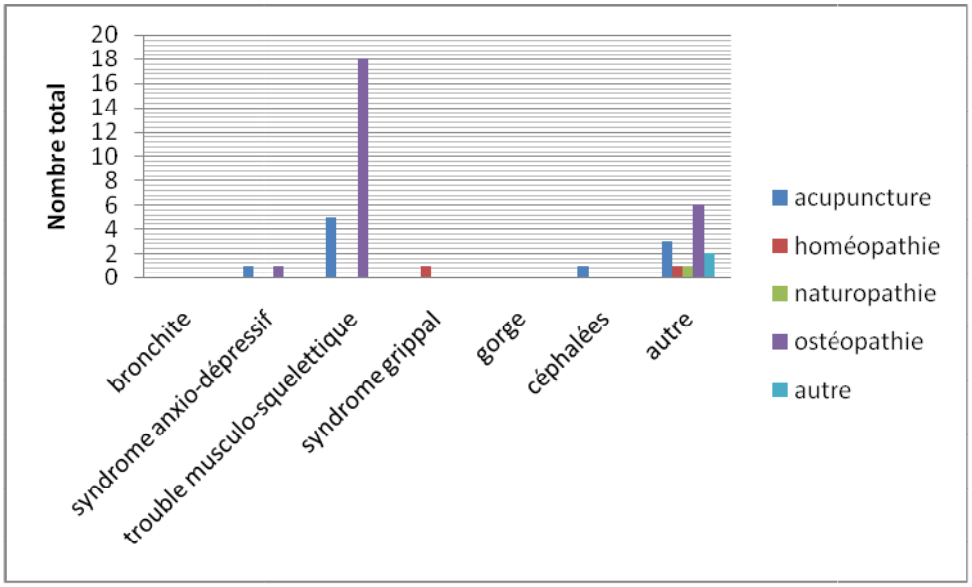
La plupart des médecins généralistes s'est orientée vers cette discipline car c'était leur premier choix au Baccalauréat ou par choix au cours de l'externat (environ 80% des étudiants). En effet, parmi les 16% « d'autres », ce sont tous des étudiants qui ont fait leur choix pendant leur externat, c'est-à-dire pendant les stages pratiques. A noter que ces stages de médecine générale, n'existent pas dans toutes les facultés de médecine au cours de l'externat.

Recours personnel aux MAC



Au cours des 12 derniers mois, près 1/3 des médecins généralistes interrogés ont déjà eu recours personnellement à une MAC. Parmi ceux-ci, l'ostéopathie était prépondérante, derrière respectivement, l'acupuncture, l'homéopathie, la naturopathie, la bio résonance ou encore la micro nutrition.

27% des médecins généralistes interrogés ont consulté au moins une fois un ostéopathe au cours des 12 derniers mois.



Motifs de recours aux MAC chez les médecins généralistes, en fonction du type de MAC.

Les motifs de recours aux MACs chez les médecins généralistes, concernaient majoritairement, les douleurs chroniques notamment les lombalgies, et celles-ci étaient prises en charge par l'ostéopathie principalement.

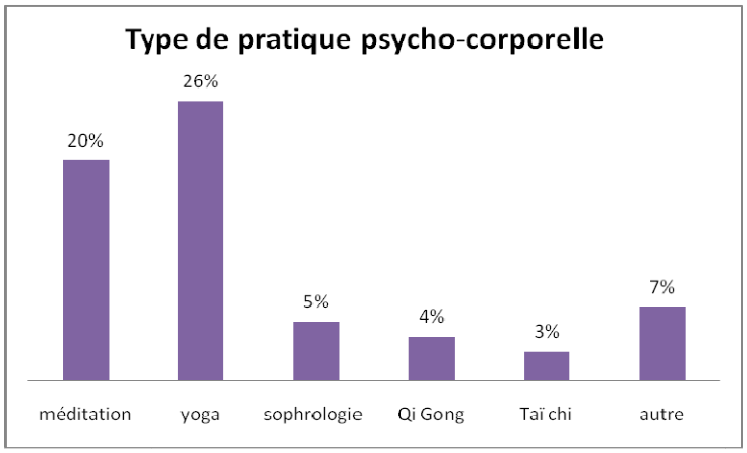
Dans la proportion de médecins qui ont répondu « autre », on a retrouvé: les troubles fonctionnels intestinaux, la rééducation d'une fracture, les allergies chroniques, un blocage de hanche, une douleur de névralgie intercostale, enfin « un maintien de l'équilibre de santé ».

En ce qui concerne l'ostéopathie:

Le degré de satisfaction était globalement bon, car sur une échelle de 0 à 7, il était compris entre 4 et 7. Le coût représenté sur les 12 derniers mois, était inférieur ou égal à 150 euros. Ces coûts étaient pris en charge, de moitié environ, par une mutuelle et la sécurité sociale, l'autre moitié assurée totalement par le patient. L'efficacité perçue était bonne également, allant de totalement efficace à partiellement efficace. Enfin, ce sont les médecins eux-mêmes qui prenaient la décision de se faire suivre par un thérapeute pratiquant une MAC. Ceux-ci se sont fait suivre, dans la moitié des cas, par un thérapeute qui est aussi professionnel de santé.

Usage personnel de pratique autonome de bien-être et de santé

Les pratiques psychocorporelles



36% des médecins interrogés ont effectué, pour se soigner ou pour entretenir leur santé, au cours des 12 derniers mois, une pratique psychocorporelle.

Les motifs de santé principaux étaient dans l'ordre décroissant:

- L'anxiété et le stress (32%)
- Les douleurs au dos (20%)
- Les douleurs au cou (11%)

- Un syndrome dépressif (11%)
- Les douleurs au membre inférieur (9%)
- Les douleurs au membre supérieur (8%)
- Les maux de tête (4%)
- Les syndromes grippaux, douleurs de gorge et bronchite (<3%)

Le yoga et la méditation étaient loin devant la sophrologie, le Tai-chi et le Qi Gong.

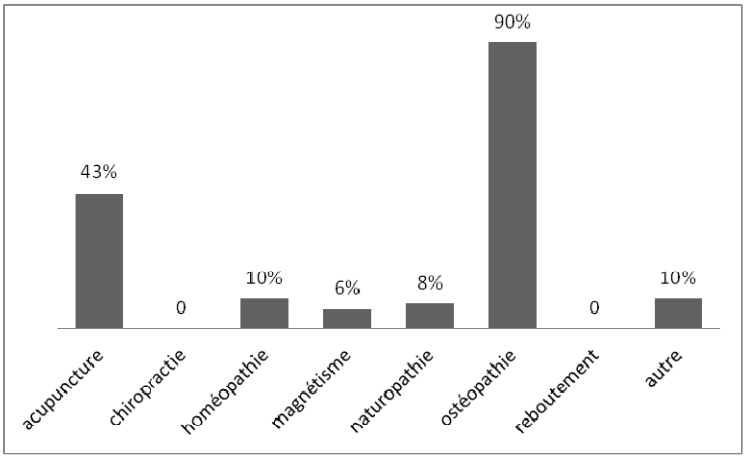
Les pratiques alimentaires alternatives

Un médecin sur cinq des avait déjà eu recours à une pratique alimentaire alternative.

Certains ont utilisé des compléments alimentaires (probiotiques, gemmothérapie, pharmacopée chinoise), d'autres ont pratiqué des jeûnes intermittents, d'autres encore ont évité certains aliments (laitages, alcool, pain). Enfin certains se disaient végétariens ou végétaliens/ ou encore flexivores, non seulement pour des raisons de santé mais aussi par argument écologique et politique.

Recours professionnel aux MAC

Les recommandations sont les conseils oraux que peut énoncer le médecin lors d'une consultation, que ce soit oral ou écrit. Formel ou informel.



85% des médecins avaient déjà recommandé au cours des 12 derniers mois à leur patientèle une MAC faisant partie de la liste ci- dessus. C'est-à-dire, l'ostéopathie, l'acupuncture principalement. Figurent également : la naturopathie, l'homéopathie, le magnétisme.

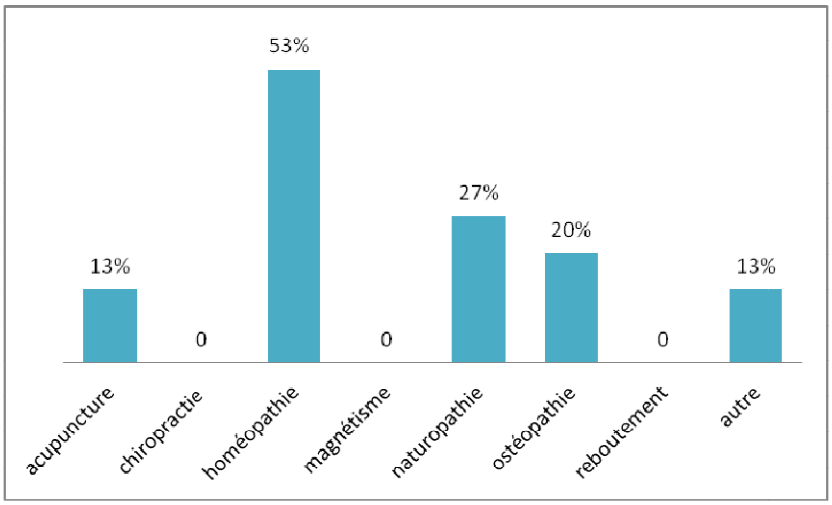
Seulement 15% n'avaient recommandé aucun autre thérapeute en référence à ces MAC.

Parmi les médecins ayant répondu « autre », on retrouvait : l'hypnothérapie, la digitopuncture, le yoga, la sophrologie et la micro-nutrition.

On observait les mêmes motifs principaux, utilisés personnellement par les professionnels de santé, c'est-à-dire les syndromes anxio-dépressifs, et les troubles musculo-squelettiques.

L'exécution dans la pratique

Si une grande partie des médecins recommandait certaines thérapies complémentaires ou médecines alternatives à leur patientèle, nous constatons qu'une proportion plus faible les utilisait dans leur pratique : 20% des médecins généralistes ont pratiqué une TA au cours des 12 derniers mois.



Ceux qui en ont réalisé une, utilisaient majoritairement l'homéopathie (53%), puis venaient respectivement par ordre décroissant : la naturopathie (27%), l'ostéopathie (20%), l'acupuncture (13%), la phytothérapie (13%) et l'hypnose.

A la question, *« est ce vous qui abordez spontanément le sujet des MAC au cours d'une consultation ? »*, seulement 3% des médecins initiaient toujours le sujet d'eux-mêmes *(cf. tableau ci-dessous)*. La plupart du temps, c'est le patient qui abordait le sujet, ou du fait d'une situation ou contexte clinique particulier.

Toujours	2	**3%**
Souvent, mais parfois le patient aborde le sujet sans que je lui en ai parlé	12	**16%**
Moi ou le patient, 50% du temps	16	**22%**
Rarement, j'aborde le sujet spontanément seulement dans des cas cliniques/contextes particuliers	30	**41%**
Jamais, je n'aborde pas le sujet si le patient ne me demande pas à ce sujet	12	**16%**
Autre	2	**3%**

Influences, motivations et croyances

Influences externes et motivations intrinsèques à la profession

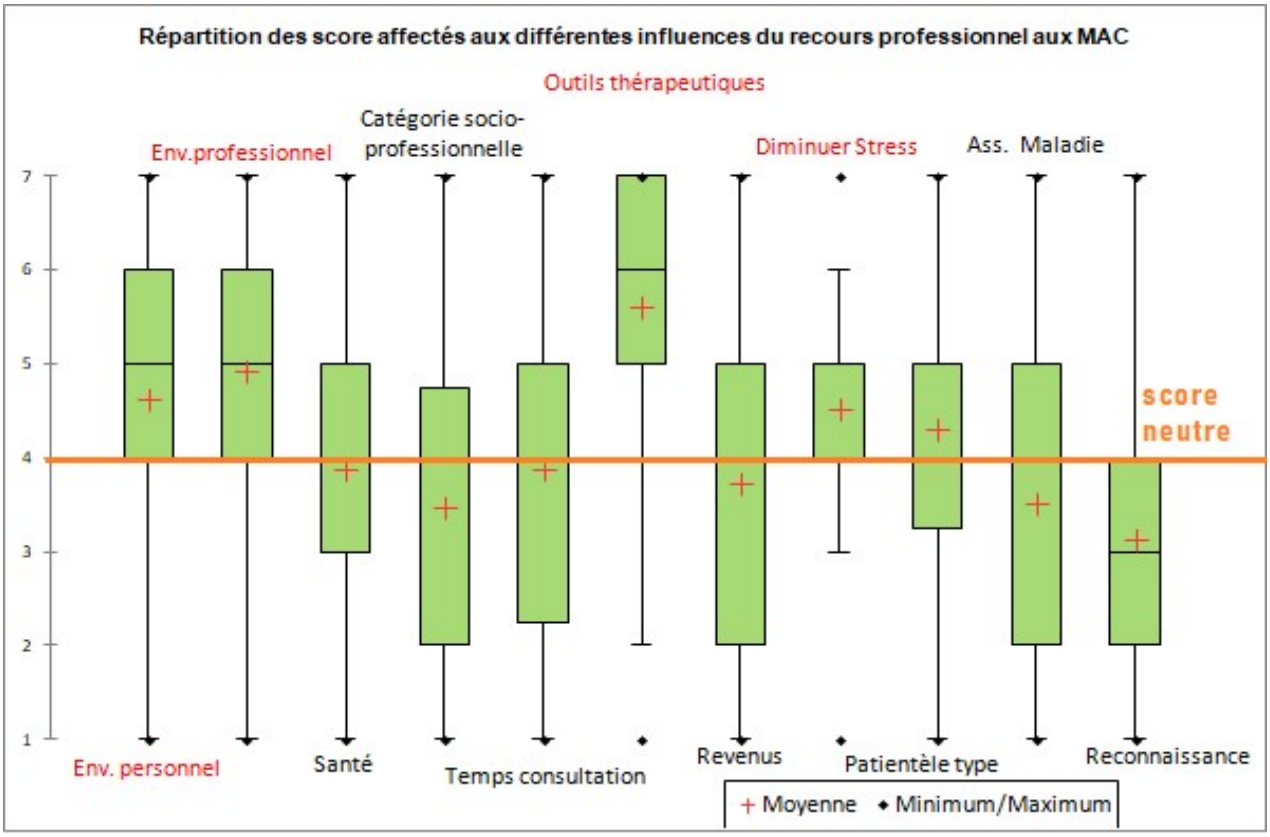
Les répondants, lorsqu'ils sont interrogés sur leurs influences sociétales, étaient « plutôt d'accord » que les raisons d'orientation vers une MAC étaient :

- D'avoir plus d'outils thérapeutiques, score moyen : 5.6 (s1.3), n=69 soit 93%

Etaient « ni d'accord ni pas d'accord » sur :

- De diminuer le stress dans leur pratique, score moyen : 4.5 (s1.4), n=44 soit 69%
- Que l'environnement personnel et le milieu professionnel ont une influence importante, scores moyens respectivement : 4.6 (s1.7) et 4.9 (s1.4) ; n=52, soit 70% et n=51, soit 69%.
- De sélectionner un type de patientèle, score moyen : 4.3 (s1.6), n=40 soit 54%

Cf. box plots ci-dessous :



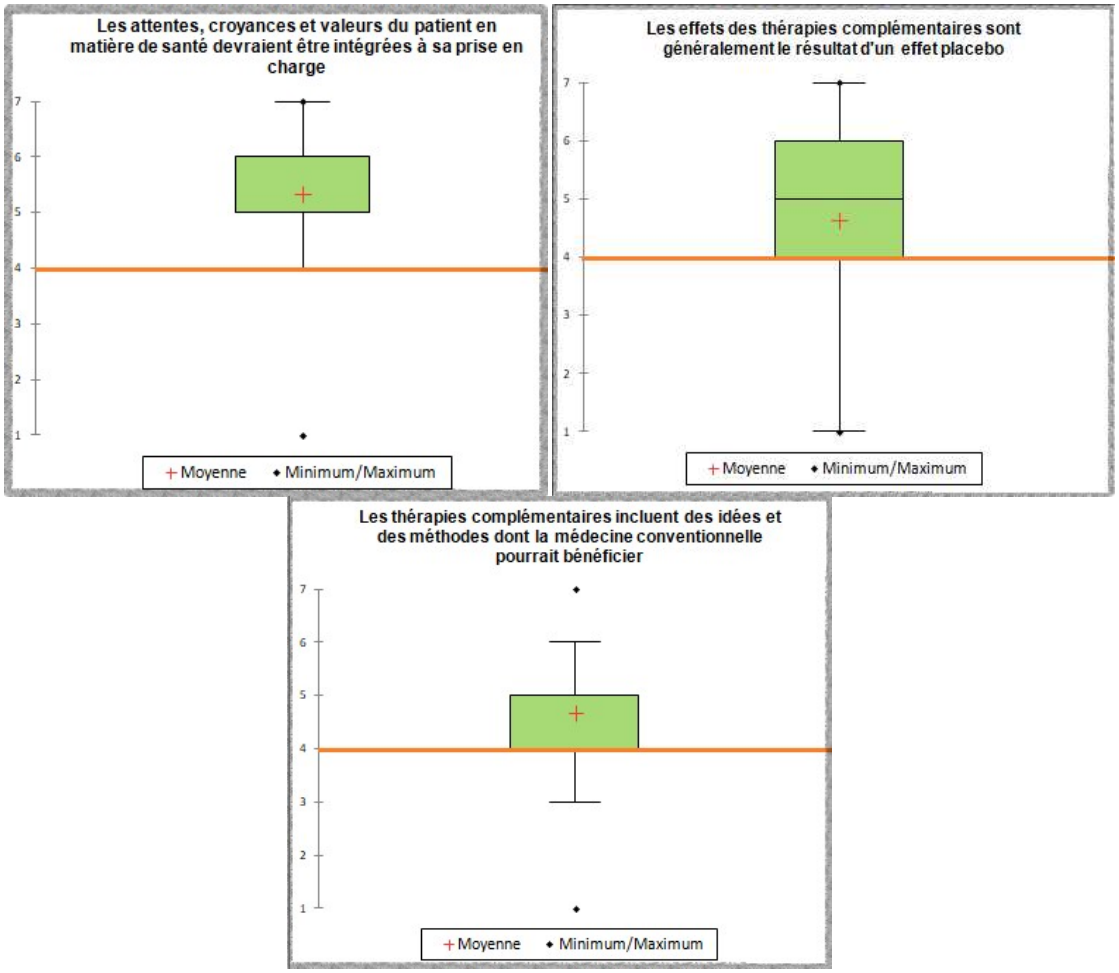
Croyances : résultats du CHQB

La moyenne et la médiane étaient supérieures au score seuil de 40.

44% ont obtenu un score supérieur ou égal à 40, donc les répondants étaient plutôt en faveur du concept et croyances affiliées aux MAC.

Dans les figures ci-dessous, est illustrée la réparatition des scores du CHQB concernant 3 items. Ces items ont été choisis pour leur répartition au desssus du seuil et sont plutôt en faveur du concept cité : (cf box plots ci-dessous)

- Les effets des thérapies complémentaires sont généralement le résultat d'un effet placebo.
- Les thérapies complémentaires incluent des idées et des méthodes dont la médecine conventionnelle pourrait bénéficier.
- Les attentes, croyances et valeurs du patient devraient être intégrées à sa prise en charge.



Attitudes vis-à-vis de la science et des conventionnements

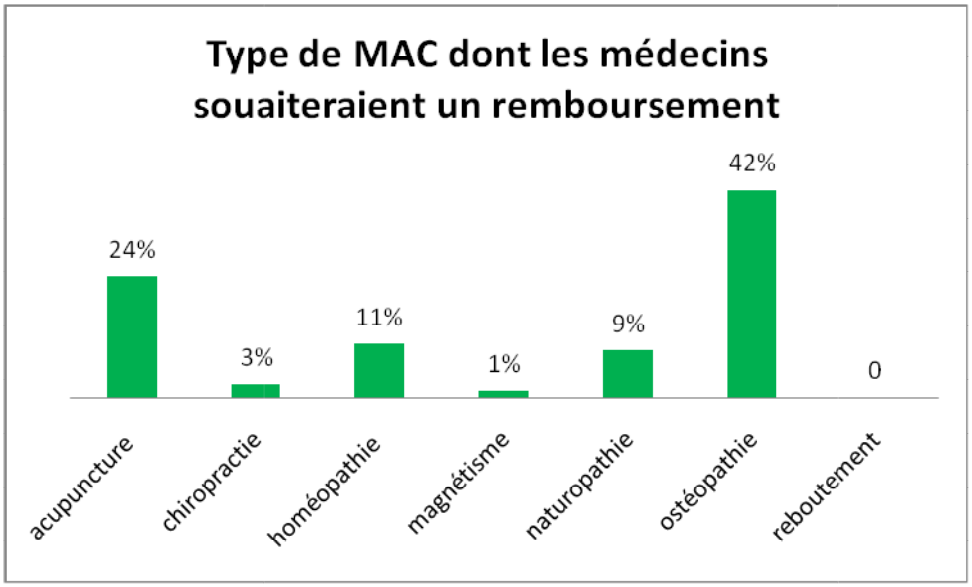
Plus de 2/3 des médecins pensaient qu'il faudrait intégrer certaines MAC dans la médecine conventionnelle, si ces dernières venaient à prouver leur efficacité scientifique.

Ce qui contrastait avec la question du remboursement, où plus de la moitié des répondants étaient contre.

Voici les réponses des participants ci-dessous, illustrées en tableau :

	Inclusions des MAC dans la médecine conventionnelle	Remboursement des MAC par la CPAM
OUI	68%	46%
NON	32%	56%

L'ostéopathie et l'acupuncture étaient prépondérants dans les avis favorables au remboursement par la CPAM.



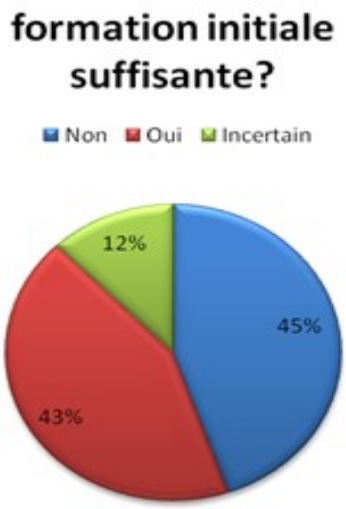
Dans la partie commentaire, les médecins interrogés soulevaient qu'il serait difficile de prouver l'efficacité scientifique des MAC, sans pour autant être favorables à leur intégration.

Par ailleurs, si l'effet placebo était à l'origine de l'efficacité d'une thérapie, cela justifierait-il son inclusion en médecine conventionnelle ?

D'autres questions étaient soulevées à propos de l'absence d'effets indésirables liés à certaines thérapies pour justifier de son usage.

Attitudes vis-à-vis de la formation initiale en médecine générale

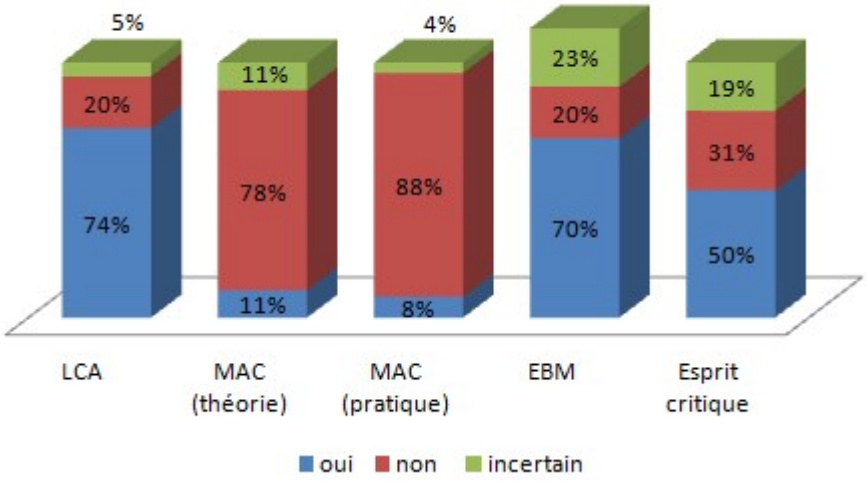
A la question : « Je trouve que ma formation initiale était suffisante pour répondre aux besoins des patients », les réponses étaient étonnamment partagées, avec 45% de « Non » et 12% d' « incertains » contre seulement 43% de « Oui ».



Outre le fait que la question «de réponses aux besoins des patients » ait pu paraître complexe, les raisons évoquées portaient :

- « sur la communication », principalement
- « la problématique de synthèse des motifs multiples », en consultation de médecine générale
- la gestion des problématiques « hors cadre » de la médecine conventionnelle apprise à la faculté
- « le manque d'encadrement » dans la formation
- l'absence « d'apprentissage obligatoire d'une langue étrangère » (acquérir du moins un certain niveau)
- l'absence de « formation obligatoire en échographie de base »
- le « manque d'outils thérapeutiques » pour les pathologies fonctionnelles et chroniques
- enfin, le manque de « formation continue en médecine académique scientifique et critique ».

Opinion des médecins généralistes sur la formation initiale, « est-elle suffisante », concernant (LCA, MAC, EBM, Recherche scientifique et esprit critique):



Les formations dispensées en LCA, et en médecine fondée sur les preuves, « EBM », semblaient suffisantes.

A contrario, les formations concernant les MAC, qu'elles soient en théorie ou en pratique, étaient apparues insuffisantes.

En ce qui concerne l'esprit critique et la recherche scientifique, les formations étaient suffisantes pour seulement la moitié des médecins interrogés.

La majorité des interrogés en revanche, pensaient que leurs formations en lecture critique d'articule scientifique et en médecine fondée sur les preuves, étaient suffisantes.

Le nombre moyen de formation après obtention du DES était de 3 par an (s =2.6), ce qui correspond à une moyenne de 10 jours par année consacrée à une formation médicale continue (s=17).

2. Statistiques inférentielles

Démographie et recours aux MAC

Genre

Il n'y avait pas de grandes différences, en proportion, entre les hommes et les femmes dans l'usage personnel et les recommandations professionnelles. De la même manière, il n'y avait pas de corrélation statistique.

On pouvait penser que les femmes avaient davantage consulté un ostéopathie que les hommes, car 75% des femmes, contre 15% des hommes, avaient déjà consulté un ostéopathe sur les 12 derniers mois. Mais cette différence n'a pas été statistiquement significative.

En revanche, on notait une proportion un peu plus importante d'hommes qui pratiquaient une TA dans leur exercice professionnel. Mais cette différence n'a pas non plus été significative statistiquement.

	Femme	Homme	P (alpha)
	Usage personnel d'une MAC		
OUI	18 (24.3%)	5 (6.7%)	0.685
NON	36 (48.6%)	15 (20.2%)	
	Pratique d'une MAC dans l'exercice professionnel		
OUI	10 (13.5%)	5 (6.7%)	0.772
NON	44 (59.4%)	15 (20.2%)	
	Consultation d'un ostéopathe		
OUI	17 (22.9%)	3 (4%)	0.261
NON	37 (50%)	17 (22.9%)	
	Recommandations d'une MAC		
OUI	47 (63.5%)	16 (21.6%)	0.698
NON	7 (9.4%)	4 (5.4%)	

Age

La moyenne d'âge de l'échantillon étudié a été de 37 ans (s=11.3, et médiane à 32ans).

Sur cette base, on a établit arbitrairement une population de « jeunes médecins » (< 32 ans) et une population de médecins plus âgée (>32 ans). On n'a alors pas observé de différence entre ces 2 groupes ; entre les médecins qui ont consulté personnellement un TA de ceux qui les recommandaient aux patients.

En revanche, on a observé une différence dans la pratique professionnelle : statistiquement, les médecins généralistes qui utilisaient une MAC dans leur pratique professionnelle, appartenaient au groupe de médecins plus âgés. Avec une moyenne d'âge à 45 ans (s=12), versus 37 ans(s=11.3), moyenne de l'échantillon.

	Groupe « jeunes médecins »	Groupe « médecins plus âgés »	P (alpha)
Usage personnel d'une MAC			
OUI	11 (14.8%)	12 (16.2%)	0.876
NON	25 (33.7%)	26 (35.1%)	
Pratique d'une MAC dans l'exercice professionnel			
OUI	3 (4%)	12 (16.2%)	**0.028**
NON	33 (44.5%)	26 (35.1%)	

Comparaison entre l'usage personnel et le recours professionnel aux MAC

On remarque plus de médecins qui ne pratiquaient pas une MAC quand ils n'y avaient pas recours personnellement que l'inverse. Ainsi, 60% des médecins qui n'avaient jamais consulté un TA, ne pratiquaient pas de MAC, et seulement 10% des médecins pratiquaient une MAC alors qu'ils n'avaient jamais consulté un TA. Seulement cette corrélation n'était pas significative.

Concernant les recommandations dans la pratique, nous n'avons pas observé les mêmes résultats :

Une grande proportion de médecins généralistes interrogés (près de 60%), recommandaient une MAC à leur patientèle alors qu'ils n'y avaient jamais eu recours. A l'inverse, seulement 4% des médecins ne recommandaient pas une TA quand eux-mêmes y avaient recours personnellement.

	Usage personnel d'une MAC : Oui	Usage personnel d'une MAC : Non	P (alpha)
	Recommandations d'une MAC dans l'exercice professionnel		
OUI	8 (10.8%)	7 (9.4%)	0.076
NON	15 (20.2%)	44 (59.4%)	
	Pratique d'une MAC dans l'exercice professionnel		
OUI	20 (27%)	43 (58.1%)	0.954
NON	3 (4%)	8 (10.8%)	

Contexte d'exercice et formations

Les médecins généralistes exerçant en libéral ou en activité mixte (n=70, 95%) qui recommandaient une TA à leur patientèle, avaient exercé deux fois plus de temps, que ceux qui n'en recommandaient pas (moyenne = 8,7 ans, s=11.3 versus moyenne = 4,3 ans, s=6.1). Mais cette différence n'était pas significative. **(Cf. annexe)**

Les médecins qui recommandaient une MAC, avaient tendance à faire davantage de formations continues (Les groupes de médecins ont été établi arbitrairement entre >5 formations par an et <5 formations par an). Sans qu'on ait retrouvé de corrélation statistique à ce constat.

	Recommandations d'une MAC dans l'exercice professionnel : Oui	Vs. Non	P (alpha)
	Nombre de formations effectuées par an		
<5	47 (36.5%)	8(10.8%)	0.808
>5	16 (21.6%)	3 (4%)	

Lien avec l'opinion sur la formation initiale et la pratique des MAC:

On n'a pas observé de lien entre l'insatisfaction liée à la formation initiale pour répondre aux besoins des patients, et l'usage ou la recommandation d'une MAC dans la pratique professionnelle.

	Formation initiale jugée suffisante	Formation initiale jugée insuffisante	P (alpha)
	Recommandations d'une MAC dans l'exercice professionnel		
OUI	26 (35.1%)	37 (50%)	0.624
NON	6 (8.1%)	5 (6.7%)	
	Pratique d'une MAC dans l'exercice professionnel		
OUI	6 (8.1%)	26 (35.1%)	0.994
NON	26 (35.1%)	33 (44.5%)	

Usage d'une PABE et recours aux MAC :

Nous avons constaté un lien entre l'usage personnel d'une pratique autonome de bien être et de santé et l'usage personnel d'une MAC.

	Usage personnel d'une MAC : oui	Vs. Non	P (alpha)
	Recours à une PABE		
OUI	13 (17.5%)	14 (18.9%)	0.032
NON	10 (13.5%)	37 (50%)	

Influences sociales et recours professionnel aux MAC

Même si on a l'impression, en observant les résultats, que les médecins homéopathes étaient plus en faveur du concept de prise en charge globale du patient (concernant les attentes, croyances et valeurs du patient en matière de santé à intégrer à la prise en charge), il n'y avait pas de corrélation statistique. En effet le score moyen des médecins homéopathes à ce concept était de 6 (s=0.8), versus un score moyen de 5 (s=1.2) dans le reste de l'échantillon.

De la même manière, avoir recours personnellement à une MAC, n'est pas lié au concept, qu'utiliser une MAC en consultation, diminue le stress dans la pratique. **(cf. annexe)**

Plus un médecin pensait que l'effet des thérapies alternatives était lié à un placebo, moins il les utilisait dans la pratique. Et cette corrélation était statistiquement significative.

	Croit en l'effet placebo des MAC	Ne croit pas en l'effet placebo des MAC	P (alpha)
Pratique une MAC dans l'exercice professionnel			
OUI	3 (4%)	12 (16.2%)	0.002
NON	40 (54%)	19 (25.6%)	

Adhésions aux concepts de MAC (score CHBQ>4) et recours aux MAC

Les femmes adhéraient davantage aux concepts de MAC que les hommes (n=29 soit 56% respectivement n=5 soit 21%), mais cette différence n'était pas statistiquement significative.

Les médecins qui adhéraient aux concepts de MAC avaient, contre toute attente, moins recours personnellement aux MAC. En revanche, les médecins qui adhéraient au concept de MAC, recommandaient davantage celles-ci dans leur pratique professionnelle.

	Score CHBQ<4	Score CHBQ>4	P (alpha)
Sexe			
Homme	15 (20.2%)	5 (6.7%)	0.053
Femme	25 (33.7%)	29 (39.1%)	
Usage personnel d'une MAC			
OUI	30 (40.5%)	13 (17.5%)	0.003
NON	10 (13.5%)	21 (28.3%)	
Recommandations professionnelles d'une MAC			
OUI	34 (45.9%)	29 (39.1%)	0.770
NON	6 (8.1%)	5 (6.7%)	

Tableau de synthèse des résultats

- **Échantillon :**

Prédominance féminine, moyenne âge 37(11.3) ans, exerçaient en Isère/Savoie/ Haute-Savoie, en majorité en libéral.

Pas de différence constatée entre les hommes et les femmes.

- **Usage personnel et professionnel des MAC:**

31% usage personnel, 85% recommandations et 20% pratiques professionnelles.

MAC les plus représentées: ostéopathie, homéopathie, acupuncture, naturopathie.

27% des médecins interrogés avaient un suivi par un ostéopathe.

90% des médecins qui recommandent une MAC suggèrent l'ostéopathie.

Proportion plus importante de médecins plus âgés qui pratique une MAC.

- **Attitudes vis-à-vis des formations et des conventionnements:**

Seulement 43% des médecins estimaient leur FI suffisante.

Une majorité évaluaient que la FI envers MAC était insuffisante.

68% des médecins seraient prêts à intégrer des MAC dans la médecine conventionnelle.

48% souhaiteraient leur remboursement par la CPAM.

- **Motivations et influences**

« D'avoir plus d'outils thérapeutiques », n:69 soit 93%.

« De diminuer le stress dans leur pratique », n:44 soit 69%.

« Influence importante de l'environnement personnel et le milieu professionnel», n:52, soit 70% et n:51, soit 69%.

Plus un médecin pense que l'effet des thérapies alternatives est lié à un placebo, moins il les utilise dans la pratique.

Il semblerait que les femmes adhèrent davantage aux concepts de MAC que les hommes.

On notait un lien entre la pratique autonome de bien être et l'usage d'une MAC.

Discussion et perspectives

Dans ce travail de recherche, nous avons établi, à partir de la littérature et des anciens travaux (notamment celui d'Albin Guillaud), un questionnaire visant à décrire les déterminants de recours aux MAC, adapté aux professionnels de santé.

Nous avons veillé à être le plus neutre possible dans le questionnaire, le but étant de faire un état des lieux. L'objectif principal de recherche a été de déterminer les caractéristiques générales de recours aux MAC chez les médecins.

A notre connaissance, encore aucun travail n'a été réalisé en ce sens, en interrogeant directement les médecins sur leur recours personnel aux MAC.

1) Echantillon et représentativité

Notre échantillon est représenté majoritairement par des femmes, exerçant en libéral dans un cabinet de médecine générale, sans autre praticien exerçant une MAC, dans les départements de l'Isère, Savoie et Haute-Savoie.

Il est logique de constater ces résultats car les médecins interrogés proviennent des canaux de diffusion concernés par l'ordre des médecins des départements sus cités (reliés à l'UFR de médecine de Grenoble).

Nous avons eu très peu de réponses, comparativement, via les réseaux sociaux et les groupes de pairs. En effet, les groupes de pairs n'ont pas été très représenté (peut être à cause du contexte pandémique à ce moment là), et les réseaux sociaux (probablement car ils ne sont pas voués à la participation à des études, aussi par rapport à certaines polémiques soulevées sur certaines questions et ayant déclenché une cascade de commentaires parfois négatifs).

Pour la représentation féminine, notre hypothèse est principalement : la féminisation de la profession médicale **(cf. Annexe : démographie médicale**). Probablement aussi, parce que les femmes sont d'avantage intéressées par les MAC et le concept de « bonne santé/bien être » que les hommes (32,33). Aussi, il semblerait dans notre étude, que les femmes adhèrent davantage aux concepts de MAC que les hommes (Cf. résultats au CHBQ). Donc, qu'elles seraient d'emblée plus intéressées par le sujet.

2) Limites de l'étude

La première est liée au biais de sélection car les réponses sont libres et que les répondants au questionnaire sont des médecins d'emblée intéressés par les MAC.

La deuxième est due à la longueur du questionnaire, qui malgré les soucis d'exhaustivité, a engendré une proportion non négligeable d'abandon, et donc un échantillon très restreint.

La durée attendue de réponse était de 15min, or, elle a été de 34 minutes en moyenne. Le taux de participation est faible (60% seulement), avec 74 réponses complètes. Parmi les 57 réponses incomplètes, 7 n'avaient pas dépassé l'introduction, et 78% (39/50) s'étaient arrêtés à la partie concernant le CHBQ (concernant l'évaluation du niveau de croyance). Les 11 participants restant n'avaient pas terminé, probablement du fait de la longueur du questionnaire. Il est possible que le CHBQ ait été mal vécu par les répondants car les questions s'écartaient de l'enseignement scientifique et se centraient sur des « croyances », et sont des affirmations non fondées concernant le « concept d'énergie » par exemple.

La troisième concerne les limites de nos analyses statistiques, d'une part du fait de l'échantillon restreint (entrainant des biais dans nos calculs statistiques), et d'autre part, du fait de notre formulation *« au cours des douze derniers mois »*, qui ne permet pas d'établir de relation de causalité, même si cette formulation avait été choisie pour éviter un biais de mémorisation.

Nous avons choisi d'étudier les 7 principales MAC les plus courantes en France (directement tirées du QuERTA) ; il est donc possible que nous avons sous estimer le nombre réel de praticiens ayant recours aux MAC.

Notre étude mérite d'être complétée, pour approfondir nos résultats car nous n'avons pas pu tout analyser au cours de cette enquête. Elle mériterait aussi d'être revisitée (questionnaire moins long notamment) et d'être diffusée, pourquoi pas, à plus grande échelle.

3) Résultats :

1. Usage personnel :

A notre connaissance, il n'y a pas de données concernant l'intérêt des médecins eux-mêmes, pour les MAC.

Les résultats suggèrent qu'une partie des médecins les utilise aussi pour eux-mêmes, notamment en ayant recours à l'ostéopathie (27% des médecins interrogés, n:20).

Ce chiffre serait à comparer avec la population de patient : dans des travaux de thèse de confrères, les chiffres sont variables entre l'homéopathie, l'ostéopathie et l'acupuncture en pôle position. Dans l'étude de Mayer Levy, 42.6% des patients avaient déjà eu recours à une MAC, dont 54.5% l'ostéopathie, 53.5% l'homéopathie et 42.7% l'acupuncture (34). Ces données sont similaires aux nôtres où ce sont ces 3 MAC les plus utilisées par les médecins dans l'enquête.

On notait un lien entre la pratique autonome de bien être et l'usage d'une MAC: comparable aux facteurs prédictifs observés chez les patients (pas de données de comparaison cependant pour les médecins).

2. Usage professionnel :

Comparable aux données existantes: malgré les connaissances nulles ou faibles concernant les MAC, les médecins généralistes les recommandent assez souvent (jusqu'à plus de 60%, Cf. Audrey Chamard (7)), et c'est l'ostéopathie qui est la plus recommandée par les médecins (64.3% dans l'étude d'Audrey Chamard et 90% selon notre étude).

Contrairement à certaines études, il n'y a pas de prédominance féminine retrouvée.

Moins de médecins pratique une MAC (20% dans notre enquête); et ce sont plutôt des médecins plus âgés, avec une pratique de l'homéopathie (53% et 50% Cf. Audrey Chamard). Ce constat rejoint celui de la littérature et l'on peut citer le travail d'Audrey Chamard concernant l'âge et l'homéopathie. En revanche, nous n'avons pas observé une différence de genre.

3. Les facteurs influençant

Nous avons exploré les possibles déterminants de recours aux MAC chez les médecins.

- ***L'environnement professionnel semble influencer la pratique d'une TA.***

Une étude réalisée au Royaume-Uni, a comparé la croyance et l'utilisation des MAC chez les médecins de famille, et les praticiens hospitaliers : on notait une proportion non négligeable de médecins hospitaliers qui utilisaient les MAC ; jusqu'à 70% des hospitaliers et 93% des généralistes avaient déjà suggéré une orientation vers une MAC au moins une fois (35). 12% des praticiens hospitaliers utilisaient une MAC dans leur pratique contre 20% des médecins de famille. L'acupuncture était la plus populaire, l'homéopathie était la plus pratiquée par les généralistes.

L'environnement professionnels chez les orthopédistes aurait une influence, notamment car ils traitent davantage des pathologies musculo-squelettiques. Les médecins internistes quand à eux, étaient plus septiques vis-à-vis des MAC alors qu'ils sont plus souvent confrontés à des symptômes complexes (36).

Dans l'échantillon étudié, peu de médecins exerçaient au côté d'un praticien utilisant une MAC. Cette hypothèse mérite donc d'être explorée. Il faudrait étudier l'impact de l'intégration de certaines MAC dans les services hospitaliers, par exemple, ou dans les maisons de santé où il existe d'autres praticiens exerçant une MAC. Car cette hypothèse est souvent abordée dans la littérature, mais elle n'est pas étudiée. Ici, nous n'avons pas noté de différence entre les médecins exerçant au côté des praticiens d'une MAC et les médecins isolés.

- ***La nécessité d'avoir plus d'outils thérapeutiques***, apparaît clairement dans notre étude. Ce bilan est assez concordant avec la littérature; en complément de la médecine conventionnelle, pour la gestion de certaines pathologies complexes (25).

Nous la mettons en parallèle de la réponse à la question sur la formation initiale pour répondre aux besoins des patients : celle-ci apparaît suffisante dans seulement 43% des cas.

Ce bilan interroge. Dans les commentaires que nous avons pu obtenir, la communication avec le patient rentrait en jeux. Cela fait apparaître la nécessité d'investigations supplémentaires, particulièrement en médecine générale, pour comprendre cette lacune.

Dans la littérature, des études ont montré que la communication des MAC entre les patients et leur médecins restent insuffisantes (5,11,13,37). Seulement un patient sur cinq parle de son recours aux MAC à son médecin traitant. Le mode d'entrée le plus courant vers une MAC est l'entourage proche du patient. Les raison invoquées par les patients, qui rejoignent le constat de l'enquête sur les médecins, sont le manque de connaissance des praticiens concernant les MAC et la peur du jugement.

En perspective, on pourrait, par exemple, créer un outil accessible en ligne (à l'image de « antibioclic » ; outil d'aide à la prescription d'antibiotiques pour les médecins généralistes), sur les principales MAC, à destination des médecins. En énonçant pour les principales MAC utilisées en France : les fondements scientifiques, les pathologies fréquemment traitées, les coûts, les risques etc.

A notre connaissance, pour le moment, seule une investigation aux Etats Unis en 2002, a essayé de développer un guide d'outils utiles aux médecins concernant l'aide à la communication envers les MAC, pour les aider à plus clair dans les croyances et concepts affiliés aux MAC (38).

Aussi, Edzard Ernst, dans son ouvrage : « médecines alternatives, le guide critique », expose une démarche raisonnée pour guider le médecin et propose des synthèses sur les bénéfices/risques des MAC (39), mais cet ouvrage est conséquent et peu fonctionnel en pratique.

- ***Les médecins généralistes sont plutôt favorables au fait que les MAC incluent des idées et des méthodes dont la médecine conventionnelle pourrait bénéficier***, notamment, pour la prise en charge des douleurs chroniques et des syndromes anxio-dépressifs (40).

Ce point mérite d'être appondit. Les MAC sont-elles la solution médicale dans la prise en charge des ces maux ? La réponse n'est pas évidente. Rappelons que dans la littérature, une proportion non négligeable des patients se tournent vers les MAC en complément de la médecine conventionnelle, et/ou car ils sont en échec de la médecine scientifique ; certains patients avouaient se tourner vers une MAC pour un soutien psychologique, une prise en charge plus globale ou comme outil de prévention (41). Or, dans les raison évoquées, une partie d'entre elles sont déjà le rôle du médecin traitant, concernant l'approche « centrée patient ». Approche enseignée en troisième cycle dans le DES de médecine générale, en parallèle avec des stages pratiques. Il s'agit d'une méthode pédagogique d'apprentissage comprenant 6 dimensions (relation communication, approche globale et complexité, dépistage, prévention, urgences, suivi et coordination des soins, professionnalisme) (42).

- ***L'hypothèse que la pratique d'une MAC diminue le stress dans l'exercice professionnel.***

La question a été posée pour la première fois de cette manière, il est délicat de l'interpréter, si on croise avec les données des études précédentes, ce pourrait être pour : sélectionner un type de patientèle, augmenter la durée de consultation (>30 min chez les médecins pratiquant une MAC, dans 88.9% des cas) (7,24).

- ***Ceux qui pratiquent une MAC croient moins en l'effet placebo qu'elles peuvent apporter, que ceux qui n'en pratiquent pas.***

Ce constat est l'effet le plus souvent exposé, en sciences, pour expliquer les effets des MAC (39).

Cette constatation rejoint également les données de la littérature concernant l'opinion des médecins sur le mode d'action des MAC : les médecins qui pratiquent une MAC croient en leur efficacité (28) .

L'hypothèse de l'effet placebo comme principale explication fondée scientifiquement, pose cependant, un problème éthique liée à l'usage des MAC dans la médecine conventionnelle. Peut-on apporter des soins aux patients qui manquent de fondement scientifique ou sont controversés (28)? Est-il éthique d'administrer un placebo à un patient ?

4. Des incohérences

- La majorité des médecins interrogés ont déjà recommandé une MAC dans leur exercice professionnel (85%), ce qui contraste avec la fréquence de pratique personnelle (31%) et professionnelle (20%). Contraste également entre le niveau de preuve des MAC et leur utilisation personnelle et professionnelle.

Cela rejoint les données que nous avons pu constater dans les travaux de collègues en France sur le recours aux MAC chez les médecins : ils les recommandent davantage qu'ils ne les pratiquent. Dans la pratique, on observait des médecins de moyenne d'âge 53.7 ans , de sexe masculin, avec un temps de consultation entre 15 et 30 min, les médecins homéopathes étaient majoritaires (50%) (7), ce qui rejoint les résultats de notre enquête. Aussi, dans le même travail de thèse, plus de 60% des médecins interrogés adressaient leur patient à un thérapeute exerçant une MAC, malgré l'absence ou la faiblesse de connaissances dans ce domaine. Les raisons invoquées étaient : l'effet placebo bénéfique (20%), un soutien psychologique (22%), les données empiriques d'efficacité du point de vue des patients (19%), la relation médecin/ patient que cela pouvait apporter (15%), enfin l'absence de nocivité (12%). Leurs limites résidaient dans : l'absence de preuve scientifique (42%), le manque de connaissance dans ce domaine (26%), la dangerosité 16%).(7)

5. Aspect de politique de santé publique

- ***L'attitude vis-à-vis des conventionnements:***

Concernant l'intégration des MAC, des études anglo-saxonnes ont déjà abordés le sujet: en émettant même l'hypothèse d'un système « d'intégration sélectif » de certaines MAC pour la prise en charge des pathologies musculo-squelettiques et les syndromes anxio-dépressifs (18,25). Seulement, cela ne fait pas l'unanimité, on parle de « tolérance ambivalente » (10). Peu de médecins souhaitaient une intégration complète. La plupart restaient « septiques » vis-à-vis de ces modèles intégratifs, avançant l'obstacle important du « manque de preuve » des MAC(13). Enonçant des raisons variables, citons les plus courantes; problématiques de l'encadrement (risques directs/indirects), des couts de santé publique, de l'opposition à la médecine scientifique, le manque de connaissance. Aussi, en avançant des problèmes de compréhension différente de la santé entre les praticiens exerçant une MAC et les médecins conventionnels.

- ***La position des médecins sur le remboursement des MAC était partagée :*** 46% souhaitait un remboursement, 54% non.

Alors que la plupart des médecins sont d'accord pour dire que l'efficacité des MAC est liée à un effet placebo, paraît-il justifié de rembourser les MAC et de les intégrer dans le système de santé ? (43). Aussi, cela rejoint le constat fait plus haut concernant les priorités données au système de soins conventionnels en France : notamment en revalorisant la médecine de premier recours et améliorant l'accès aux soins. En effet, une étude a montré que les patients qui avaient moins recours aux MAC, étaient ceux pour lesquels leur médecin était davantage disponible, et avaient aussi une meilleure satisfaction (41,44).

Il serait souhaitable, de se positionner plus clairement, sur le statut des MAC. Sur leur apport en matière de santé publique, leur dénomination (médecine ou apport complémentaire de santé, de bien être ?), leur coût et leur prise en charge par l'assurance maladie.

Car ces coûts ne sont pas négligeables pour le patient : en moyenne entre 0 et 100 euros par an (1,37). Ce constat rejoint notre étude où les couts moyens variaient entre 0 et 150 euros par an).

Cela pose question quand on sait que certains patient renoncent à des soins de santé primaire (remboursés pourtant par la CPAM) faute de moyens financiers, alors qu'ils sont prêts à débourser pour les MAC (45).

4) Questionnement sur la place du médecin de famille dans la société

1. Rappel à l'humilité

Seulement 25% de la population mondiale selon un rapport de l'OMS, est soignée par la médecine scientifique (46). Ce pour plusieurs raisons :

- Il existe des pays ou les MAC sont la source première en soins de santé : « sur le contient africain par exemple où l'on dénombre 1 guérisseur pour 500 personnes contre 1 médecin pour 40 000 personnes ».
- Par influence culturelle et historique, « par exemple en République de Corée, 86% de la population recoure encore couramment à la médecine traditionnelle. »
- En complément ou pour d'autres raisons (développés ci-dessus) dans les pays économiquement développés comme l'Amérique ou en Europe.

Chez les patients qui ont recours aux MAC, on notait dans une étude faite aux États-Unis, qu'ils étaient plus inquiet pour leur état de santé comparativement aux patients non suivis par un thérapeute alternatif (41).

Les exigences en matière de santé et de bien-être changent, s'intégrant dans une évolution sociétale.

2. Réflexions sur l'avenir du médecin de famille

La médecine évolue, ayant recours à des moyens techniques de diagnostics de plus en plus performants, Le champ de connaissance s'élargit, ainsi que les moyens de communication (accès à des sources via internet du côté des patients, et développement de la télémédecine etc.)

En parallèle, la maladie n'est plus liée à une punition Divine mais à l'insuffisance de performance du médecin ou encore des négligences du patient.

Aussi, l'évolution du statut du médecin de famille peut être mis en danger avec ces considérations, le développement technologique et les intelligences artificielles (47) ; pour autant, les patients ont toujours autant besoin d'une relation d'écoute et de confiance :

« Nous aurons toujours besoin de médecins humanistes transformant les évidences scientifiques en des vécus possibles » (48).

Le rôle du médecin traitant, actuellement, est aussi d'accompagner les patients vulnérables face à cette évolution sociétale et de les éclairer dans ce vaste champ d'informations : il est le socle sur lequel on peut se reposer.

Il doit cependant, rester rationnel, scientifique et critique (« le médecin doit se tenir à l'écart des positions considérées comme irrationnelles » (47), en apportant les informations factuelles sur les nouvelles pratiques, sans pour autant apporter de jugement.

Conclusion

Le premier constat frappant est que les médecins généralistes interrogés, ont recommandé largement une MAC à leur patientèle (85% des répondants) au cours des 12 derniers mois, même si ce n'est pas toujours eux qui en parlent spontanément dans une consultation.

L'ostéopathie est largement prépondérante, que ce soit dans l'usage personnel et professionnel. Nous n'avons pas établi de différences entre les hommes et les femmes en fonction du type de MAC pratiquée.

Il est intéressant de constater néanmoins, que les médecins la recommandent plus qu'ils ne la pratiquent. C'est l'homéopathie qui est la plus pratiquée dans l'exercice professionnel, par les médecins généralistes (53%) ; peut-être parce-que la formation pour y accéder est moins encadrée et plus accessible.

Il existe une proportion plus forte de médecins « plus âgés » qui pratique une thérapie alternative dans leur exercice professionnel.

Ceux qui pratiquent une MAC croient moins en l'effet placebo qu'elles peuvent apporter, que ceux qui n'en pratiquent pas. Cette constatation rejoint les données de la littérature concernant l'opinion des médecins sur le mode d'action des MAC.

Le deuxième constat intéressant concerne l'opinion des médecins sur la formation initiale: elle apparaît suffisante pour répondre aux besoins des patients seulement dans 43% des cas. La formation initiale sur les MAC est insuffisante également pour les médecins interrogés (que ce soit théorique ou pratique), à tort ou à raison.

D'après les résultats que nous avons eus, concernant les motifs de recours aux MAC, nous pouvons émettre l'hypothèse que, certaines pathologies (comme les douleurs chroniques et l'anxiété/ dépression) sont en « échec » de la médecine conventionnelle. Ainsi, certains médecins se retrouvent eux-mêmes en échec devant ces patients ; peut-être dans un souhait de répondre à leur « maux », ils se tournent vers des outils complémentaires d'approche pour pallier à leur prise en charge. Aussi, notre médecine, basée sur les preuves, apporte des réponses au « comment » sur les pathologies mais ne s'intéresse pas au « pourquoi ». Or certains patients sont demandeurs dans ce domaine, et parfois ils ont l'impression que certaines thérapies creusent ce champ d'action.

Enfin le troisième constat qui mérite d'être soulevé et qui pose des questions de santé publique, concerne les réponses sur l'intégration des MAC dans la médecine conventionnelle ainsi que son remboursement par l'assurance maladie. Si plus de 2/3 des médecins sont

prêts à intégrer les MAC dans la médecine conventionnelle, moins de la moitié souhaiteraient leur remboursement. Cela soulève des enjeux de santé publique important.

Les avis sont partagés et le débat reste ouvert ; il mériterait d'être encore discuté dans l'intérêt que nous portons au bien-être de nos patients.

Bibliographie

1. Geesen M, Zerbib Y. Le recours des patients aux médecines non conventionnelles en région Rhône-Alpes : étude quantitative descriptive transversale par questionnaire de 473 patients. 2011.

2. Roudier, Anna, Elbez, Guy. Recours aux approches complémentaires en médecine : revue de la littérature et enquête dans un cabinet de médecine générale. Université Pierre et Marie Curie (Paris). UFR de médecine Pierre et Marie Curie.; 2014.

3. Harris PE, Cooper KL, Relton C, Thomas KJ. Prevalence of complementary and alternative medicine (CAM) use by the general population: a systematic review and update. Int J Clin Pract. oct 2012;66(10):924-39.

4. Riboud, Guillaud, Pinsault, Dolgopoloff, Darbois, Allenet. Développement, validation et fiabilité d'un questionnaire pour l'évaluation du recours Aux Thérapeutes Alternatifs: Querta [Internet]. [UGA]; 2019. Disponible sur: https://doi.org/10.3917/spub.196.0817

5. Ait M'Hammed, Dr François, directeur de thèse. Evaluation du recours aux médecines complémentaires et alternatives en médecine générale dans le département de l'Oise. Université de Picardie Jules Verne.; 2012.

6. Albin Guillaud, Allenet B, Pinsault N. Décrire et expliquer le recours aux thérapeutes alternatifs en France. Santé publique et épidémiologie. UGA; 2020.

7. Audrey Chamard,, PRAT Dominique, directeur de thèse. 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. [faculté de médecine Montpellier Nîmes]:Université de Montpellier; 2016.

8. Krug K, Kraus KI, Herrmann K, Joos S. Complementary and alternative medicine (CAM) as part of primary health care in Germany-comparison of patients consulting general practitioners and CAM practitioners: a cross-sectional study. BMC Complement Altern Med. 24 oct 2016;16(1):409.

9. Fox P, Coughlan B, Butler M, Kelleher C. Complementary alternative medicine (CAM) use in Ireland: A secondary analysis of SLAN data. Complement Ther Med. avr 2010;18(2):95-103.

10. 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. mai 2018;19(3):246-55.

11. Valentini J, Flum E, Schwill S, Krug K, Szecsenyi J, Joos S. Komplementäre und Integrative Medizin in der Facharztweiterbildung Allgemeinmedizin: Ergebnisse einer Bedarfserhebung bei Ärzten in Weiterbildung. Complement Med Res. 2018;25(4):233-9.

12. Grimaldi-Bensouda L, Abenhaim L, Massol J, Guillemot D, Avouac B, Duru G, et al. Homeopathic medical practice for anxiety and depression in primary care: the EPI3 cohort study. BMC Complement Altern Med. 4 mai 2016;16:125.

13. Maha N, Shaw A. Academic doctors' views of complementary and alternative medicine (CAM) and its role within the NHS: an exploratory qualitative study. BMC Complement Altern Med. 2007;7(1):17.

14. 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(03):246-53.

15. Behnood-Rod A, Afzali Poor Khoshkbejari M, Pourzargar P, Hassanzadeh M, Moharamzad Y, Foroughi F. Complementary and alternative medicine use among Iranian patients attending urban outpatient general practices. Complement Ther Clin Pract. févr 2018;30:58-63.

16. Sebo P, Haller D, Sommer J, Excoffier S, Gaboreau Y, Maisonneuve H. General practitioners' perspectives on the use of nonpharmacological home remedies in two regions in Switzerland and France. Swiss Med Wkly. 22 2018;148:w14676.

17. site legifrance : MAC et aspects réglementaires [Internet]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/qualite-des-soins-et-pratiques/securite/article/les-pratiques-de-soins-non-conventionnelles#Principaux-reperes-legislatifs

18. van Haselen RA, Reiber U, Nickel I, Jakob A, Fisher P a. G. Providing Complementary and Alternative Medicine in primary care: the primary care workers' perspective. Complement Ther Med. mars 2004;12(1):6-16.

19. Ernst E. Médecines alternatives : le guide critique. édition 2005.

20. Conseil National de l'Ordre des médecins. Titres et mentions autorisés sur les plaques et ordonnances. [Internet]. 2019 oct. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/1k2cngt/titres.pdf

21. Pr Jean-Yves Fagon, Dr Catherine Viens-Bitker. Medecines Complementaires a L'assistance Publique – Hopitaux De Paris Rapport. AP-HP / Comité d'orientation Médecines complémentaires: Faculté de médecine P et M Curie (Pr Alain Baumelou) Faculté de pharmacie R Descartes (Pr Martine Aiach); 2012.

22. cotations CCAM [Internet]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/CCAM_V50.pdf

23. rapport HAS: thérapeutiques médicamenteuses non validées [Internet]. 2011. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/jcms/c_1059795/developpement-de-la-prescription-de-therapeutiques-non-medicamenteuses-validees

24. Ostermaier A, Barth N, Schneider A, Linde K. On the edges of medicine - a qualitative study on the function of complementary, alternative, and non-specific therapies in handling therapeutically indeterminate situations. BMC Fam Pract. 23 2019;20(1):55.

25. Sharp D, Lorenc A, Feder G, Little P, Hollinghurst S, Mercer S, et al. Trying to put a square peg into a round hole: a qualitative study of healthcare professionals' views of integrating complementary medicine into primary care for musculoskeletal and mental health comorbidity. BMC Complement Altern Med. 29 oct 2018;18(1):290.

26. Corp N, Jordan JL, Croft PR. Justifications for using complementary and alternative medicine reported by persons with musculoskeletal conditions: A narrative literature synthesis. PloS One. 2018;13(7):e0200879.

27. Danno, K, Duru G, Vetel JM. Management of Anxiety and Depressive Disorders in Patients ≥ 65 Years of Age by Homeopath General Practitioners versus Conventional General Practitioners, with Overview of the EPI3-LASER Study Results. Homeopathy J Fac Homeopathy. 2018;107(2):81-9.

28. Ernst E. Complementary Medicine: What Physicians Think of It: A Meta-analysis. Arch Intern Med. 11 déc 1995;155(22):2405.

29. Billot M, Daycard M, Wood C, Tchalla A. Reiki therapy for pain, anxiety and quality of life. BMJ Support Palliat Care. déc 2019;9(4):434-8.

30. Druart L, Pinsault N. The I-CAM-FR: A French Translation and Cross-Cultural Adaptation of the I-CAM-Q. Medicines. 6 juill 2018;5(3):72.

31. Nicolais C, Stern M. Critical Synthesis Package: CAM Health Belief Questionnaire (CHBQ). MedEdPORTAL. 2014;10(1):mep_2374-8265.9882.

32. Pr Mairiaux. Dimensions psycho-sociales de la santé. Université de Liège; 2013/2014.

33. Montaut. Santé et recours aux soins des femmes et des hommes. 2010.

34. Mayer-Lévy C, Paquier-Frering directeur de thèse. Recours aux médecines complémentaires et alternatives parmi les patients de médecine générale à Paris : place de l'acupuncture. Université Lyon 1; 2010.

35. Perkin MR, Pearcy RM, Fraser JS. A comparison of the attitudes shown by general practitioners, hospital doctors and medical students towards alternative medicine. J R Soc Med. 1994;87(9):523-5.

36. Ranque B, Nardon O. Prise en charge des symptômes médicalement inexpliqués en médecine interne : un paradigme de la relation médecin-malade en situation d'incertitude. Rev Médecine Interne. 2017;38(7):458-66.

37. Devos, Anne-Sophie, Henriot, Aymeric (directeur de thèse). Le recours des patients aux médecines non conventionnelles en Basse-Normandie : étude quantitative descriptive transversale par questionnaire auprès de patients de médecine générale. Université de Caen; 2014.

38. Corbin Winslow L, Shapiro H. Physicians Want Education About Complementary and Alternative Medicine to Enhance Communication With Their Patients. Arch Intern Med. 27 mai 2002;162(10):1176.

39. Ernst E. Médecines alternatives: le guide critique. Paris: Elsevier; 2005.

40. Astin et al. A Review of the Incorporation of Complementary and Alternative Medicine by Mainstream Physicians. Arch Intern Med. 23 nov 1998;158(21):2303.

41. Zhang Y, Jones B, Ragain M, Spalding M, Mannschreck D, Young R. Complementary and alternative medicine use among primary care patients in west Texas. South Med J. déc 2008;101(12):1232-7.

42. Corinne PERDRIX[1], Christophe PIGACHE[1], Christian DUPRAZ[1], Thierry FARGE[1], Christine, MAYNIE-FRANCOIS[1], Irène SUPPER[1], Yves ZERBIB[1], Alain MOREAU[1]. Approche centrée patient et marguerite des compétences : une interaction à mettre en place et à évaluer [Internet]. Disponible sur: https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-01867005/document

43. Albin Guillaud. Doit-on intégrer les « médecines alternatives » dans les systèmes de santé ? Éléments d'analyse générale, cas de la recherche clinique. 2016.

44. Guillaud A, Allenet B, Pinsault N. Does dissatisfaction with physicians lead patients to alternative practitioners? Complement Ther Clin Pract. mai 2020;39:101109.

45. Nicolas Célant, Stéphanie Guillaume, Thierry Rochereau. L'Enquête santé européenne - Enquête santé et protection sociale (EHIS-ESPS) [Internet]. 2014. Disponible sur: https://www.irdes.fr/recherche/rapports/566-enquete-sante-europeenne-ehis-enquete-sante-et-protection-sociale-esps-2014.pdf

46. Organisation mondiale de la santé. Stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle pour 2014-2023. 2013.

47. Pr Georges Abraham. Médecine et société. 15 oct 2014; Disponible sur: file:///C:/Users/USER/Downloads/RMS_446_1944.pdf

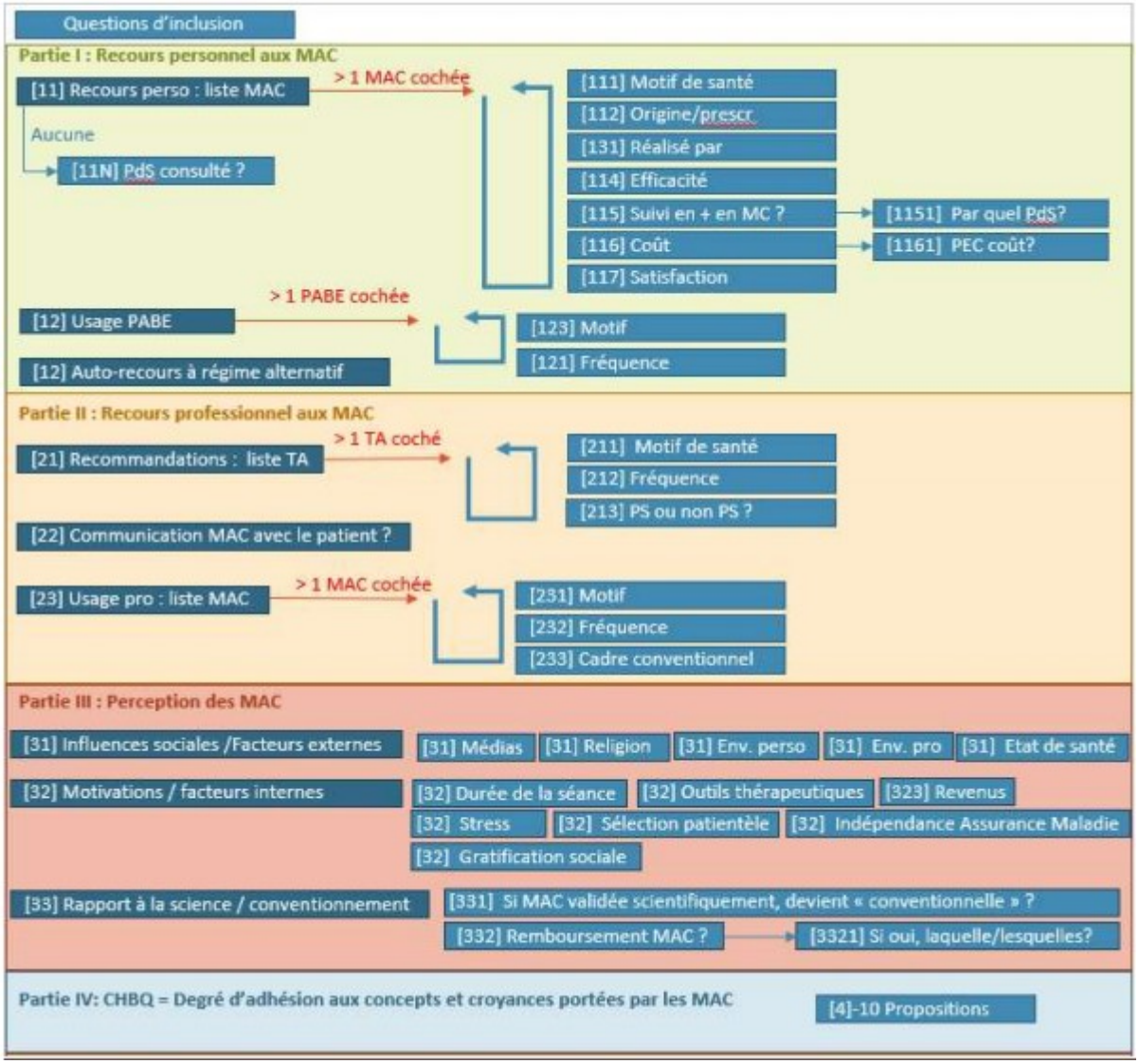
48. T. Bischoff, L. Herzig, J. M. Sommer, D. M. Haller. La société, le patient, le médecin de famille et… demain. 16 mai 2012; Disponible sur: file:///C:/Users/USER/Downloads/RMS_idPAS_D_ISBN_pu2012-19s_sa01_art01.pdf

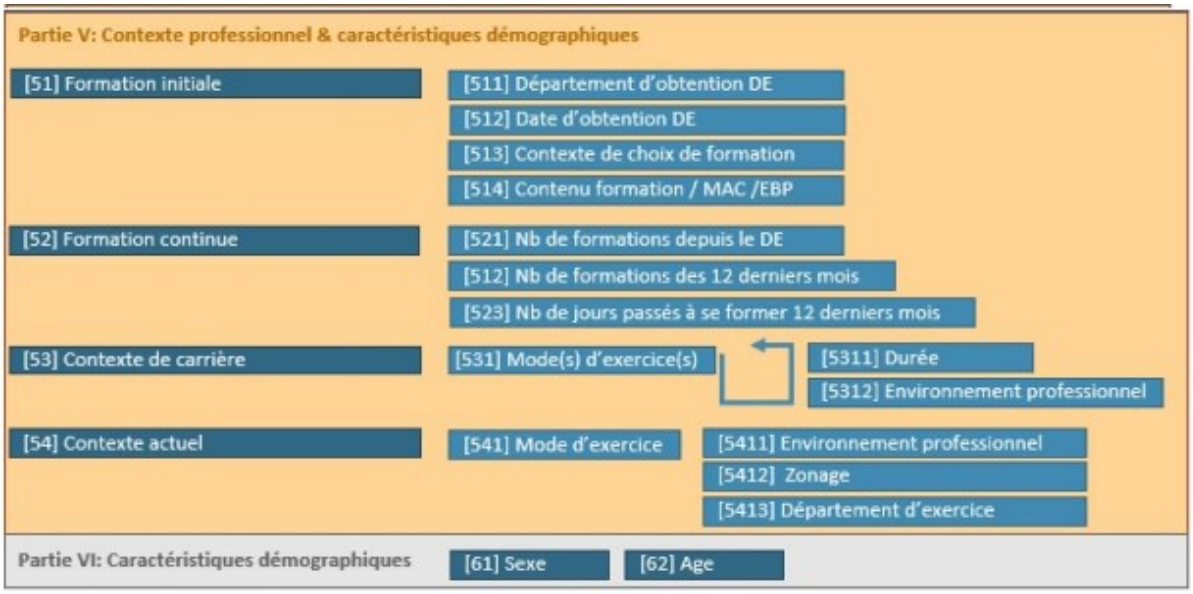
Annexe 1 : CHBQ (CAM HealthBelief Questionnaire – Original English version), version originale, corrections, et version française

Version E	**1. The physical and mental health are maintained by an underlying energy or vital force.**
Traductio	**1. La santé physique et mentale est maintenue par une énergie ou une force vitale sous-jacente.**
Correctio	La santé physique et mentale sont préservées par une énergie ou une force vitale sous-jacente.
	Idem
	Idem
	Idem
	La santé physique et mentale sont préservées grâce à une énergie ou une force vitale X
	La santé physique et mentale est préservée par une énergie ou une force vitale sous jacente.
	La santé physique et mentale est entretenue par une énergie ou une force vitale sous-jacente.
Version E	**2. Health and disease are a reflection of balance between positive life-enhancing forces and negative destructive forces.**
Traductio	**2. La santé et la maladie sont le reflet de l'équilibre entre les forces positives qui améliorent la vie et les forces négatives qui la détruiser**
Correctio	Idem ci-dessus
	Idem ci-dessus
	La santé et la maladie sont le reflet de l'équilibre entre des forces positives qui renforcent la vie et des forces négatives qui la détruisent
	La santé et la maladie sont le reflet d'un équilibre entre des forces positives créatrices de vie, et des forces négatives destructrices.
	Idem ci-dessus
	Idem ci-dessus
	La santé et la maladie sont le reflet de l'équilibre entre les forces positives qui améliorent la vie et les forces négatives qui lui nuisent
Version E	**3. The body is essentially self-healing and the task of a health care provider is to assist in the healing process.**
Traductio	**3. Le corps est essentiellement auto-guérisseur et la tâche d'un fournisseur de soins de santé est d'aider au processus de guérison.**
Correctio	Le corps possède une capacité d'auto guérison et la tâche du thérapeute est d'accompagner ce processus.
	Le corps guérit fondamentalement seul et la tâche d'un professionnel de santé est d'accompagner le processus de guérison
	Le corps est essentiellement auto-guérisseur et la tâche d'un professionnel de santé est d'aider au processus de guérison.
	Le corps est intrinsèquement capable de s'auto-guérir et la tâche du professionnel de santé est d'assister ce processus d'auto-guérison.
	Le corps se caractérise par sa capacité d'auto-guérison et la tâche d'un thérapeute est de faciliter ce processus.
	Le corps a des propriétés de guérison spontanée / naturelle et le rôle d'un professionnel de santé est d'être un catalyseur à ce processus
	Le corps s'auto-guérit par essence et la tâche d'un prestataire de soins de santé est d'aider à ce processus de guérison.
Version E	**4. A patient's symptoms should be regarded as a manifestation of general imbalance of dysfunction affecting the whole body.**
Traductio	**4. Les symptômes d'un patient doivent être considérés comme une manifestation d'un déséquilibre général de dysfonctionnement affec**
Correctio	Les symptômes d'un patient devraient être considérés comme une manifestation d'un déséquilibre général affectant l'ensemble du corp
	Les symptômes d'un patient devraient être considérés comme une manifestation d'un déséquilibre général de dysfonctionnement affect
	Les symptômes d'un patient devraient être considérés comme une manifestation d'un déséquilibre général de dysfonctionnement affect
	Les symptômes d'un patient devraient être considérés comme la manifestation d'un déséquilibre dysfonctionnel affectant l'ensemble du
	Les symptômes d'un patient doivent être considérés comme une manifestation d'un déséquilibre de fonctionnement affectant l'ensemb
	Les symptômes d'un patient doivent être vus comme la manifestation sur l'ensemble du corps d'un déséquilibre général.
	Les symptômes d'un patient doivent être considérés comme une manifestation d'un déséquilibre général de dysfonctionnements affectant l
Version E	**5. A patient's expectations, health beliefs and values should be integrated into the patient care process.**
Traductio	**5. Les attentes, les croyances et les valeurs du patient en matière de santé devraient être intégrées dans le processus de soins aux patien**
Correctio	Les attentes, les croyances en matière de santé et les valeurs d'un patient devraient être intégrées dans son processus de soin.
	Les attentes, les croyances et les valeurs du patient en matière de santé devraient être intégrées dans la prise en charge des patients.
	Idem
	Les attentes, croyances et valeurs d'un patient en matière de santé devraient être intégrées à sa prise en charge.
	Les attentes, les croyances et les valeurs du patient en matière de santé devraient être intégrées dans le processus de soins X
	Les attentes, les croyances et les valeurs du patient en matière de santé devraient être intégrées dans sa prise en charge.
	Les attentes, les croyances relatives à la santé et les valeurs du patient devraient être intégrées dans le processus de soins.

Version E	**6. (e) Complementary therapies are a threat to public health.**
Traductio	**6. e) Les thérapies complémentaires constituent une menace pour la santé publique.**
Correctio	Idem ci-dessus
	Idem ci-dessus
	Idem ci-dessus
	Idem ci-dessus
	Les thérapies complémentaires sont un problème de santé publique.
	Les thérapies complémentaires sont un problème essentiel pour la santé publique.
	Idem ci-dessus
Version E	**7. (e) Treatments not tested in a scientifically recognized manner should be discouraged.**
Traductio	**7. e) Les traitements qui n'ont pas été testés d'une manière scientifiquement reconnue devraient être découragés.**
Correctio	Les traitements qui n'ont pas été testés d'une manière scientifiquement reconnue devraient être déconseillés.
	Les traitements qui n'ont pas été testés d'une manière scientifiquement reconnue devraient être déconseillés
	Les traitements non testés d'une manière scientifiquement reconnue devraient être déconseillés
	Idem
	Le recours aux traitements qui n'ont pas de validité scientifique devrait être déconseillé
	Les traitements non prouvés de manière scientifique devraient être déconseillés.
	Les traitements qui n'ont pas été testés de manière scientifique devraient être découragés
Version E	**8. (e) Effects of complementary therapies are usually the result of a placebo effect.**
Traductio	**8. (e) Les effets des thérapies complémentaires sont habituellement le résultat d'un effet placebo.**
Correctio	Les effets des thérapies complémentaires sont généralement le résultat d'un effet placebo.
	sont généralement le résultat
	Idem
	Idem
	Idem
	Les effets positifs des thérapies complémentaires sont généralement dus à l'effet placebo.
	Idem
Version E	**9. Complementary therapies include ideas and methods from which conventional medicine could benefit.**
Traductio	**9. Les thérapies complémentaires comprennent des idées et des méthodes dont la médecine conventionnelle pourrait bénéficier**
Correctio	Les thérapies complémentaires utilisent des idées et méthodes dont la médecine conventionnelle pourrait bénéficier
	Idem
	Idem
	Les thérapies complémentaires incluent des idées et des méthodes dont la médecine conventionnelle pourrait bénéficier
	Les thérapies complémentaires reposent sur des idées et des méthodes dont la médecine conventionnelle pourrait bénéficier
	La médecine conventionnelle pourrait bénéficier des idées et des méthodes des thérapies complémentaires.
	Les thérapies complémentaires contiennent des idées et des méthodes dont la médecine conventionnelle pourrait bénéficier.
Version E	**10. Most complementary therapies stimulate the body's natural therapeutic powers.**
Traductio	**10. La plupart des thérapies complémentaires stimulent les pouvoirs thérapeutiques naturels du corps.**
Correctio	Idem
	Idem
	Idem
	Idem
	Idem
	Idem
	Idem

Annexe 2 : Logigramme du questionnaire





Lien vers le questionnaire :
https://enquetes-sante-etu.univ-grenoble-alpes.fr/index.php/313435?lang=fr

Annexe 3 : extraits des entretiens cognitifs

Nocivité des MAC

H : je ne recommande pas spontanément un thérapeute ou une MAC, je ne suis pas contre si le patient aborde le sujet tant qu'il n'y a pas notion de nocivité pour moi, mais ce n'est pas moi qu'il leur dira ou prescrira ça.

M : « magnétiseur » : pas de notion de nocivité contrairement à la naturopathie.
M : « naturopathe » : devrait être un professionnel de santé à la base ; ça fait partie selon moi des thérapies alternatives qui peuvent être dangereuses si l'on n'est pas médecin à la base.

Notion de tabou

O : « recommandent les MACs » : je vous suggère de modifier la formulation car le sujet est encore tabou dans la profession. Je rajouterais : « en dehors de l'exercice professionnel ». Par exemple, moi-même en temps que médecin, parfois je ne m'autorise pas à prescrire ou recommander une MAC à un patient, mais en dehors de mon exercice professionnel, je le fais.

Prévention

H : c'est bien de préciser qu'il s'agit de pratique aussi préventive.

Hiérarchie et hétérogénéité des MAC

H : je pense que tu pourrais mettre l'hypnose dans les propositions, sauf si cela n'est pas considéré comme une MAC ? C'est assez utilisé par les médecins et à priori efficace, tu sais dans certains services hospitaliers ils font des gestes sous hypnose.
« Reboutement » pour le coup est moins répandu… Je ne pense pas que beaucoup vont cocher cette case !

Notion de placebo

M : « l'homéopathie » : c'est le côté marketing qui me dérange dans cette pratique, financier. Mais je trouve l'approche globale centrée sur l'environnement du patient et son mode de vie intéressante. Je suis convaincue que ce n'est pas l'homéopathie qui est efficace mais le médecin.

Intégration des MAC au système conventionnel

H : « Si les données scientifiques viennent à démontrer l'efficacité d'une thérapie alternative et complémentaire, considérerez-vous que cette pratique appartient à la catégorie médecine conventionnelle? »
C'est une très bonne question ! Après ce genre de pratique est très difficile à prouver sur le plan EBM, donc ce n'est pas pour aujourd'hui… et après je coche non, car pour moi c'est une médecine vraiment différente de la notre, où le terme « complémentaire » est mieux adapté pour le coup. En fait conventionnel, ça fait penser à médecine allopathique et s'oppose vraiment aux types de thérapies, après si il s'avère que c'est efficace aussi, se poserait la question de l'intégrer dans le système de soins mais de manière encadré et sans tabou, avec des formations etc.

J : « si les MACs faisaient preuve de l'efficacité, […] »: je dirais que oui ! De toute façon, qu'est-ce que la médecine ? La médecine c'est apporter une bonne santé à nos patients !

Remboursement des MAC

H : la question du remboursement est très bien. Encore difficile de répondre, c'est délicat, pourquoi pas ? C'est une question vraiment pas évidente à trancher, le mieux serait de revaloriser la rémunération d'une consultation. Je mettrais plutôt non.

H « il faudrait rembourser certaines thérapies […] » : alors là c'est compliqué, j'avoue je n'ai pas d'avis. Après où est la limite ? Pas facile cette question. Je ne sais pas quoi répondre mais je mets non parce que j'ai peur qu'il y aurait trop de dérive. On a qu'à rembourser le yoga à ce moment là, et la sécu va tellement mal qu'on ne peut pas tout rembourser !

M : « faudrait-il rembourser les MACs si elles faisaient preuve de leur efficacité ? » c'est une très bonne question ! Je ne saurais pas quoi répondre là. Ce serait bien déjà que la médecine soit remboursée à sa juste valeur. En fait je pense que s'ils font ça, on se met tous à faire des MAC !

Opinion croisée avec les kinésithérapeutes

H : pour la proportion de médecins vis-à-vis de kinés je dirais spontanément que ce sont les kinés qui consultent plus, après les chiffres exacts. Je ne sais pas.

H : et je pense que les médecins ne sont pas bien formés pour l'explication des MAC, et les kinés doivent avoir plus l'habitude de gérer ça.

J : « l'attitude des professionnels de santé vis-à-vis des MACs est en général […] » : intéressant cette question, je dirais neutre pour les kinés et plutôt défavorable pour les médecins ; quoique, ils l'étaient, ils le sont moins maintenant, je mets pareil alors !

K : je pense que les kinés ont plus facilité à discuter de ça vu qu'ils voient plus régulièrement les patients en consultation. Et que la consultation est plus longue et moins formelle qu'en médecine.

M : je pense que les médecins sont défavorables aux MACs contrairement aux kinés.

Formation initiale

H : « formation suffisante pour le besoin des patients » : c'est clair que non, heureusement qu'il y a l'internat et certains stages de médecine générale qui permettent d'améliorer notre pratique, notamment au niveau relationnel, mais ce n'est pas toujours le cas, et on n'est pas formé en psychologie, ou du moins les bases. Ni dans la communication. La formation médicale est très hospitalo centrée loin de la pratique de médecine de ville où les patients n'ont pas du tout le même relationnel avec le médecin.

J : « ma formation initiale n'était pas suffisante pour répondre aux besoins des patients » ; oui moi je dirais que je n'étais pas préparé à la médecine générale. On n'est pas préparé à la vie quotidienne des patients. Je me souviens de mon premier patient c'était un monsieur qui était venu parce qu'il était fatigué. Dans ma tête, bilan d'asthénie, flèche : numération formule etc. en fait, il était moins bien dans sa vie, jeune retraité, il fallait qu'il s'habitue à ça, tu vois ?

M : notre formation a été suffisante pour répondre aux besoins vitaux des patients mais pas pour le tout le reste, notamment la prise en charge psychologique et globale. C'est évident.

Motifs de recours et/ou de recommandations

J : alors le plus souvent quand je recommande l'acupuncture à mes patients c'est pour des dépressions, des douleurs, au dos.

Opinion sur les formations aux MAC

J : certains diplômes d'ostéopathie sont un peu fait à la va vite. Il y a une époque, on faisait une formation : en trois weekends on était ostéopathe. Donc comme ce n'est pas un diplôme d'état reconnu, il y a malheureusement des risques, de trouver un peu des charlatans. Je ne voudrais pas que le patient aille sur les pages jaunes et trouvent un ostéopathe qui lui fasse craquer les cervicales, tu vois ? Des choses pas très sérieuses. Je préfère que ce soit prudent. Après les acupuncteurs je pense qu'ils sont plus souvent médecins, ça m'inquiète moins.

Motivations

J : « pour motivation d'avoir plus d'outil thérapeutique » : oui je pense qu'au départ c'est ce qu'ils disent mais à terme je pense qu'on n'a pas plus d'outil thérapeutique. Mais plutôt d'accord car il oriente pour ça je pense.

I : c'est surtout qu'ils me demandent mon avis, « est-ce qu'il faut que j'aille voir un ostéopathe », je réponds quasi systématiquement, oui, parce que c'est pour leur bien être, c'est un moment privilégié avec eux même entre guillemets. Après tout, est-ce que la psychothérapie ne rentre pas là dedans ?

M : concernant les motivations, je pense que le motif principal c'est la prise en charge globale du patient et pouvoir augmenter la durée de consultation. Le but étant bienveillant je crois.
M : « pour avoir une meilleure reconnaissance de la société » : pourquoi pas. Mais je reste convaincue qu'il s'agit avant tout d'un outil thérapeutique.

Niveau de communication

J : « le niveau de communication par rapport aux MACs […] » : je pense qu'il est très insuffisant car on est pas du tout formés pour.

Problématique du temps de consultation

J : « les attentes, valeurs […] en matière de santé devraient être intégré à sa prise en charge » : oui et non, si on commence à demander aux patients, en quel Dieu il croit, quelles sont ses valeurs etc. on ne pourrait pas s'en sortir, ou il faudrait des consultations d'une heure ! Cela marche pour les médecines alternatives mais pas pour les consultations de médecines générales classiques. Moi oui ça me passionnerais mais il faut une heure par patient.

Impressions générales :

J : c'est très intéressant ton étude, je suis pressée de voire les résultats. Entre les idées reçues et la réalité.
Personnellement, je ne suis spécialement branchée médecine alternative et pourtant je reste convaincue que ça peut être utile.
Mais après je n'ai tellement pas été formée à ça et même personnellement, mes parents jamais de ma vie ne sont allés voir l'ostéopathe et ils vont rarement chez le médecin alors médecine alternative ça ne leur viendrait pas à l'idée.
Pour eux, aller dépenser pour se faire du bien, c'est pas possible. Ils vont faire un peu de sport. Un peu de montagne, mais voilà ça coûte rien, c'est gratuit, ils vont marcher quoi. Mais payer 50e pour aller chez l'ostéopathe, non. Ils préfèrent aller le donner au secours catholique si tu veux. Ce n'est pas dans leur philosophie.
Je pense que dans l'éducation que j'ai eue, c'est trop tourner sur soi même. Voila, ces médecines là sont tournées sur elles mêmes, c'est pour aller bien « soi même ». Mais on peut dire que s'il on va bien soi même, on va mieux pour aider les autres.
Je pense qu'il y a plein de gens dans leur éducation, on ne leur a pas appris à se faire du bien. Pour moi dans la médecine alternative il y a un peu de ça. Mais je suis convaincue qu'il y a du bon.

I : je suis plutôt neutre, je n'ai rien contre. Je m'adapte aux patients. J'ai quelques histoires de chasse avec des patients qui ont eu un suivi par un kinésiologue et ça se passe mal ou encore un patient Lyme qui est parti en Allemagne faire un régime spécifique. Donc je suis méfiant sur certaines pratiques.

K : si mes réponses sont basées sur les trois MAC que je connais, j'élimine tout le reste et j'avoue que tout le reste je n'y crois pas vraiment. A part le coupeur de feu, qui a marché sur une patiente. Mais c'est vrai que j'ai en tête plusieurs patients, qui sont allés voir des chiropracteurs, pour des problèmes d'épaule, bursite, épanchement, des lésions tendineuses, des calcifications, le truc une catastrophe et ils ne voulaient pas faire la prise en charge conventionnelle kiné. Mais qui du coup me demandaient beaucoup d'arrêt de travail parce que ça faisait mal et que le chiropracteur disait : faut y aller doucement, pas trop forcer, ça va prendre du temps, pendant ce temps là il faut que vous soyez en arrêt. J'avoue que j'ai en tête ces personnes là, et ça me tend. Cela m'a énervée que ce soit exclusif. Que le chiropracteur dise : pas de kiné. Si ça avait été en parallèle il n'y aurait pas eu de problème.

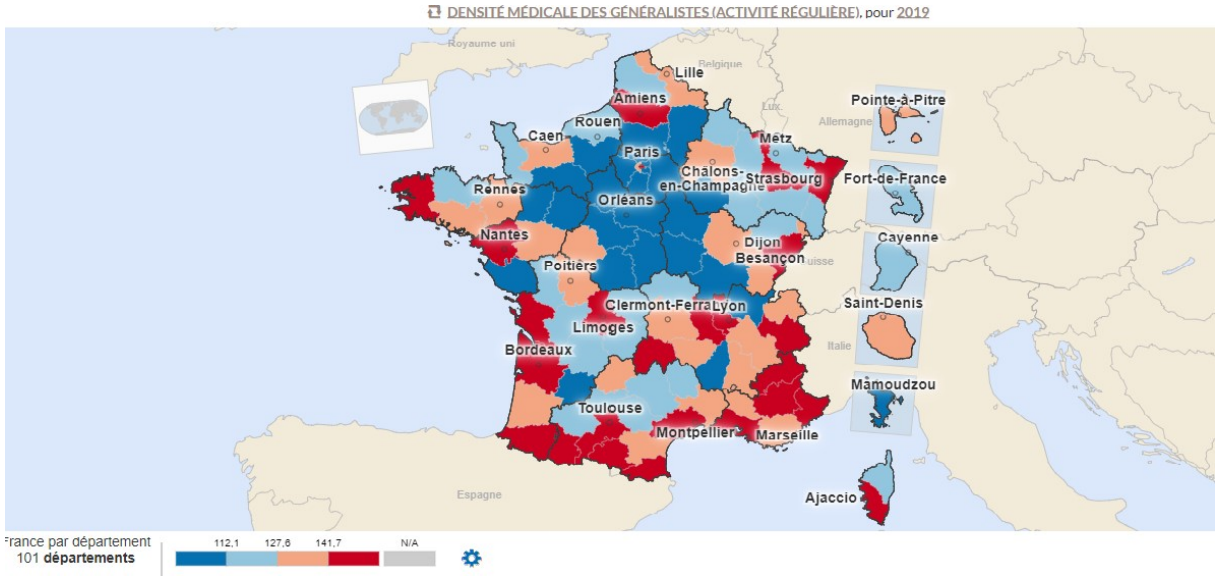
Et si dans le questionnaire vous différenciez deux types de MACS, j'aurais peut être répondu plus simplement et différemment. Sans les lister.

Annexe 4 : Densité médicale moyenne

La densité nationale moyenne de médecins généralistes en activité régulière sur l'année 2019 est de **126 médecins pour 100 000 habitants.**

Selon la carte interactive de l'ordre des médecins, si l'on classe les densités médicales en zones très sous dotées, sous dotés, intermédiaires et très dotées. La moyenne nationale est donc plutôt classée en zone sous doutée voire très sous dotée.

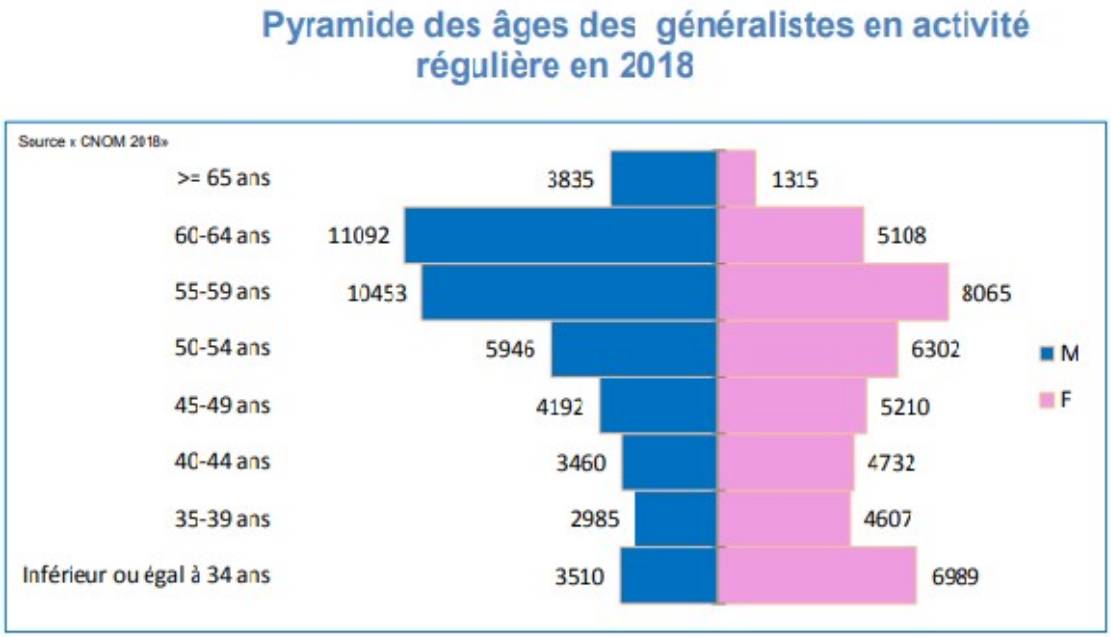
Contrairement aux départements de l'Isère, de la Savoie et de la Haute-Savoie qui sont respectivement en zones : intermédiaires, très dotées et intermédiaires.



Densité médicale des médecins généralistes, en activité régulière, en 2019.

Annexe 5 : Evolution de la démographie médicale

Il existe une féminisation de la profession médicale, notamment en médecine générale. Dans la figure ci-dessous, est illustré le nombre de femmes versus le nombre d'hommes par catégorie d'âge.



Source : ordre des médecins, 2018

Annexe 6 : Opinion croisée des médecins généralistes et des kinésithérapeutes sur l'attitude et le niveau de communication envers les MAC.

L'opinion des médecins généralistes sur l'attitude des kinésithérapeutes vis-à-vis des MAC est un peu plus favorable que pour eux-mêmes. Moyenne kinés = 3.78 (0.85) versus moyenne médecins =2.72 (0.84). Mais cette différence n'est pas significative.

Statistiques descriptives :

	Variable	Observations	Obs. avec données manquantes	Obs. sans données manquantes	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart-type
4	**Kinés**	73	0	73	1,000	5,000	3,781	0,854
1	**Médecins**	73	0	73	1,000	5,000	2,740	0,817

biostatGV alpha=1,79

calcul test de Student, selon une loi normale

En revanche, en ce qui concerne l'opinion des médecins sur le niveau de communication vis-à-vis des MAC, le score moyen pur les kinés est plus élevé (moyenne kinés = 3.30 versus moyenne médecins = 2.86), et cette différence est statistiquement significative

Statistiques descriptives :

Variable	Observations	Obs. avec données manquantes	Obs. sans données manquantes	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart-type
4 **kinés**	73	0	73	1,000	5,000	3,288	0,935
2 **médecins**	73	0	73	1,000	5,000	2,877	0,999

biostatGV: alpha = 0.003

p<0.05

selon test sutdent, suivant une loi normale

Annexe 7 : Nombre d'années d'expériences professionnelles et recommandations d'une MAC

Statistiques descriptives :

recommandations d'une MAC en fonction du nombre d'années d'expérience pro.

Variable	Observations	Obs. avec données manquantes	Obs. sans données manquantes	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart-type
2	9	0	9	0,000	20,000	4,333	6,144
0	59	0	59	0,000	38,000	8,729	11,245

Test de Mann-Whitney / Test bilatéral :

U	243,500
U (normalisé)	-0,395
Espérance	265,500
Variance (U)	2964,497
p-value (bilaté	0,693
alpha	0,05

Annexe 8 : Homéopathie et influences

Tableau de contingence :

	concept de prise en charge globale: très en faveur (score >5)	score <5
pratique l'homéopathie	8	0
ne pratique pas l'homéopathie	54	12

Test d'indépendance entre les lignes et les colonnes (Khi² avec correction de continuité de Yates)

Khi² (Valeur observée)	0,656
Khi² (Valeur critique)	3,841
DDL	1
p-value (bilatérale)	0,418
alpha	0,05

Tableau de contingence :

	usage perso d'une MAC	n'a jamais pratiqué une TA
pense que pratiquer une MAC diminue le stress prof.	14	30
ne pense pas que cela influe pour diminuer stress	9	21

Test d'indépendance entre les lignes et les colonnes (Khi² avec correction de continuité de Yates) :

Khi² (Valeur observée)	0,008
Khi² (Valeur critique)	3,841
DDL	1
p-value (bilatérale)	0,928
alpha	0,05

THÈSE SOUTENUE PAR : Anne LEBEUGLE

Résumé

TITRE :

ETAT DES LIEUX DU RECOURS PERSONNEL ET PROFESSIONNEL AUX MEDECINES ALTERNATIVES ET COMPLEMENTAIRES CHEZ LES PROFESSIONNELS DE SANTE : ETUDE QUANTITATIVE TRANSERVALE AUPRES DE MEDECINS GENERALISTES.

Dans de nombreux pays, notamment ceux économiquement développés, des données récentes sur l'utilisation des MAC (Médecines Alternatives et Complémentaires) sont disponibles.

En effet, depuis la fin du XXe siècle, de nombreuses études s'intéressent aux MAC et cherchent à évaluer les facteurs prédictifs de recours chez les patients. Or, peu d'études portent sur l'attitude des professionnels de santé eux-mêmes vis-à-vis de ces thérapies complémentaires, et sur leur pratique personnelle et professionnelle.

L'objectif principal est d'établir un état des lieux du recours aux MAC chez les médecins généralistes tant dans leur pratique personnelle que professionnelle: pour quel type de MAC, motif de recours, efficacité perçue, coût représenté, fréquence de pratique, degré de satisfaction.

Ainsi, nous évaluerons les caractéristiques générales des répondants, en tentant d'examiner les raisons ou les freins d'utilisation des MAC dans cette population.

Cette étude quantitative descriptive s'est déroulée de février à mai 2020, adressant un questionnaire en ligne aux médecins généralistes, via internet. Le questionnaire était anonyme, avec une participation basée sur le volontariat.

Notre étude a été croisée entre les médecins généralistes et les kinésithérapeutes, car les recherches initiales et la construction du questionnaire, ont été faites en collaboration avec une étudiante en kinésithérapie.

Pour élaborer notre questionnaire nous avons étudié la bibliographie d'Albin Guillaud, kinésithérapeute, ayant réalisé un mémoire de recherche, concernant la question de l'intégration des MAC dans notre système de santé.

Aussi, nous nous sommes appuyées sur des questionnaires existants, sur l'évaluation du recours aux MAC et dont la méthode de construction et de validation ont été évaluées : *I-CAM-FR* (questionnaire validé et traduit en français sur l'évaluation des MAC) et le *QuER-TA* (Questionnaire pour Evaluer le Recours aux Thérapies Alternatives).

Afin de pouvoir inclure dans notre questionnaire une évaluation des croyances en termes de santé et de techniques « alternatives », nous avons choisi d'utiliser une échelle validée : le *CHBQ* (CAM HealthBelief Questionnaire). Le *CHBQ* est construit selon une échelle de Likert à 7 degrés. Allant de « pas du tout d'accord » à « tout à fait d'accord ». Le score moyen minimal est donc de 10, le score maximal de 70. Sont considérés comme ayant une attitude positive envers les MAC, les répondants qui ont un score médian au-delà de 40.

Nous avons également analysé les contextes de formations et les informations démographiques. Puis le questionnaire a subit une phase de pré-test, et a été testé par la technique d'entretiens cognitifs.

L'étude a compté au total 145 réponses dont 88 réponses complètes (comprenant 74 médecins généralistes) et 57 incomplètes.

Les répondants (74 médecins) étaient, pour la plupart, des femmes (70%), d'âge moyen 37 ans. Ils exerçaient majoritairement, dans les départements de l'Isère, Savoie et Haute-Savoie. Les praticiens étaient principalement en activité libérale dans un cabinet de médecine générale, sans autre professionnel de santé exerçant une MAC.

En ce qui concerne leur exercice professionnel, 85% des médecins généralistes interrogés, ont répondu avoir déjà recommandé, au cours des douze derniers mois, au moins une MAC à leur patientèle. En revanche, seulement 20% pratiquaient une MAC dans leur exercice professionnel, dont plus de la moitié l'homéopathie (53%), et 31% avaient déjà consulté personnellement un TA (thérapeute alternatif).

Nous n'avons pas observé de différence entre les hommes et les femmes dans le recours personnel et professionnel aux MAC. S'il n'y a pas de différence d'âge dans l'usage personnel et les recommandations professionnelles, on notait une proportion plus importante de médecins plus âgés qui pratiquait une MAC.

Les motivations à l'utilisation d'une MAC, dans l'exercice professionnel, étaient : d'avoir plus d'outils thérapeutiques, de diminuer le stress dans la pratique. La plupart des médecins pensaient que l'effet des MAC était lié à un placebo ; aussi, que l'environnement personnel et professionnel pouvaient influencer sur la pratique d'une MAC.

Les femmes adhéraient davantage aux concepts de MAC que les hommes, mais cette différence n'était pas statistiquement significative. 44% ont obtenu un score supérieur ou égal à 40, donc les répondants étaient plutôt en faveur du concept et croyances affiliées aux MAC.

Seulement 43% estimaient que la formation initiale était suffisante pour répondre aux besoins des patients. On note une quasi-absence de formation aux MAC (ce qui contraste avec l'apparente fréquence de consultations et de recommandations), ainsi que peu de formation à « l'esprit critique ». Ce qui pose la question des outils épistémologiques pour traiter la question des MAC.

Les motifs de recours aux MAC chez les médecins concernaient majoritairement, les douleurs chroniques en lien avec les pathologies musculo-squelettiques. L'ostéopathie était prépondérante, loin devant l'acupuncture, l'homéopathie ou encore la naturopathie.

Enfin, à la question de l'intégration des MAC au système de santé, plus de 2/3 des médecins y étaient favorables. En revanche, seulement 46% souhaitaient le remboursement de certaines MAC par l'assurance maladie.

Notre enquête comportait plusieurs limites, notamment dans le faible de taux de participation, probablement du à la longueur du questionnaire.

Aussi, notre recherche pourrait être approfondie, car nous n'avons pas pu analyser tous les résultats. Elle mériterait d'être revisitée (questionnaire moins long notamment) et d'être diffusée, pourquoi pas, à plus grande échelle.

Notre étude a permis de constater que les médecins pouvaient recommander, de manière importante, une MAC à leur patientèle, et que certains d'entre eux en pratiquait une personnellement et dans l'exercice professionnel.

Les médecins interrogés semblaient manquer d'outils thérapeutiques pour la prise en charge de certaines pathologies.

Ce constat amène à ouvrir les recherches pour créer des outils d'aide à la pratique, pour les médecins généralistes, concernant la prise en charge des douleurs chroniques et des syndromes anxio-dépressifs.

Aussi, de réfléchir au statut des MAC dans notre système de soins. Les avis sont partagés et le débat reste ouvert ; il mériterait d'être encore discuté dans l'intérêt que nous portons au bien-être de nos patients.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Grenoble, le : 17/11/13

LE DOYEN

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE

Pr. Patrice MORAND

Professeur WEIL Georges

Pour le Président
et par délégation
—
Le Doyen de Médecine
Pr. Patrice MORAND

Serment d'Hippocrate

Le serment d'Hippocrate

Texte revu par l'Ordre des médecins en 2012

"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."

SECTEUR SANTÉ
Université Grenoble Alpes