



HAL
open science

Le vécu et la perception des médecins généralistes concernant l'utilisation des médecines alternatives et complémentaires dans la prise en charge des douleurs chroniques

Tatiana Linck, Clémence Nicoli

► To cite this version:

Tatiana Linck, Clémence Nicoli. Le vécu et la perception des médecins généralistes concernant l'utilisation des médecines alternatives et complémentaires dans la prise en charge des douleurs chroniques. Sciences du Vivant [q-bio]. 2021. dumas-03252533

HAL Id: dumas-03252533

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03252533>

Submitted on 7 Jun 2021

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.



Le vécu et la perception des médecins généralistes concernant l'utilisation des médecines alternatives et complémentaires dans la prise en charge des douleurs chroniques.

T H E S E E N B I N Ô M E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES

DE MARSEILLE

Le 2 Juin 2021

Par Madame Tatiana LINCK

Née le 25 Mai 1992 à Toulon (83)

Et

Par Madame Clémence NICOLI

Née le 22 Février 1992 à Marseille (13)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur GENTILE Gaëtan

Président

Monsieur le MCU-MG CASANOVA Ludovic

Assesseur

Madame le Docteur CARRIER Hélène

Assesseur

Madame le Docteur CHABERT Laure

Directeur



Le vécu et la perception des médecins généralistes concernant l'utilisation des médecines alternatives et complémentaires dans la prise en charge des douleurs chroniques.

T H E S E E N B I N Ô M E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES

DE MARSEILLE

Le 2 Juin 2021

Par Madame Tatiana LINCK

Née le 25 Mai 1992 à Toulon (83)

Et

Par Madame Clémence NICOLI

Née le 22 Février 1992 à Marseille (13)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur GENTILE Gaëtan

Président

Monsieur le MCU-MG CASANOVA Ludovic

Assesseur

Madame le Docteur CARRIER Hélène

Assesseur

Madame le Docteur CHABERT Laure

Directeur

FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & PARAMÉDICALES

Doyen	:	Pr. Georges LEONETTI
Vice-Doyen aux affaires générales	:	Pr. Patrick DESSI
Vice-Doyen aux professions paramédicales	:	Pr. Philippe BERBIS
Conseiller	:	Pr. Patrick VILLANI

Asseseurs :

➤ aux études	:	Pr. Kathia CHAUMOITRE
➤ à la recherche	:	Pr. Jean-Louis MEGE
➤ à l'unité mixte de formation continue en santé	:	Pr. Justin MICHEL
➤ pour le secteur NORD	:	Pr. Stéphane BERDAH
➤ Groupements Hospitaliers de territoire	:	Pr. Jean-Noël ARGENSON
➤ aux masters	:	Pr. Pascal ADALIAN

Chargés de mission :

➤ sciences humaines et sociales	:	Pr. Pierre LE COZ
➤ relations internationales	:	Pr. Stéphane RANQUE
➤ DU/DIU	:	Pr. Véronique VITTON
➤ DPC, disciplines médicales & biologiques	:	Pr. Frédéric CASTINETTI
➤ DPC, disciplines chirurgicales	:	Dr. Thomas GRAILLON

ÉCOLE DE MEDECINE

Directeur	:	Pr. Jean-Michel VITON
------------------	---	------------------------------

Chargés de mission

▪ PACES – Post-PACES	:	Pr. Régis GUIEU
▪ DFGSM	:	Pr. Anne-Laure PELISSIER
▪ DFASM	:	Pr. Marie-Aleth RICHARD
▪ DFASM	:	Pr. Marc BARTHET
▪ Préparation aux ECN	:	Dr Aurélie DAUMAS
▪ DES spécialités	:	Pr. Pierre-Edouard FOURNIER
▪ DES stages hospitaliers	:	Pr. Benjamin BLONDEL
▪ DES MG	:	Pr. Christophe BARTOLI
▪ Démographie médicale	:	Dr. Noémie RESSEGUIER
▪ Etudiant	:	Elise DOMINJON

ÉCOLE DE DE MAIEUTIQUE

Directrice : **Madame Carole ZAKARIAN**

Chargés de mission

- 1^{er} cycle : Madame Estelle BOISSIER
- 2^{ème} cycle : Madame Cécile NINA

ÉCOLE DES SCIENCES DE LA RÉADAPTATION

Directeur : **Monsieur Philippe SAUVAGEON**

Chargés de mission

- Masso-kinésithérapie 1^{er} cycle : Madame Béatrice CAORS
- Masso-kinésithérapie 2^{ème} cycle : Madame Joannie HENRY
- Mutualisation des enseignements : Madame Géraldine DEPRES

ÉCOLE DES SCIENCES INFIRMIERES

Directeur : **Monsieur Sébastien COLSON**

Chargés de mission

- Chargée de mission : Madame Sandrine MAYEN RODRIGUES
- Chargé de mission : Monsieur Christophe ROMAN

PROFESSEURS HONORAIRES

MM	AGOSTINI Serge	MM	DEVRED Philippe
	ALDIGHERI René		DJIANE Pierre
	ALESSANDRINI Pierre		DONNET Vincent
	ALLIEZ Bernard		DUCASSOU Jacques
	AQUARON Robert		DUFOUR Michel
	ARGEME Maxime		DUMON Henri
	ASSADOURIAN Robert		ENJALBERT Alain
	AUFFRAY Jean-Pierre		FAUGERE Gérard
	AUTILLO-TOUATI Amapola		FAVRE Roger
	AZORIN Jean-Michel		FIECHI Marius
	BAILLE Yves		FARNARIER Georges
	BARDOT Jacques		FIGARELLA Jacques
	BARDOT André		FONTES Michel
	BERARD Pierre		FRANCES Yves
	BERGOIN Maurice		FRANCOIS Georges
	BERLAND Yvon		FUENTES Pierre
	BERNARD Dominique		GABRIEL Bernard
	BERNARD Jean-Louis		GALINIER Louis
	BERNARD Jean-Paul		GALLAIS Hervé
	BERNARD Pierre-Marie		GAMERRE Marc
	BERTRAND Edmond		GARCIN Michel
	BISSET Jean-Pierre		GARNIER Jean-Marc
	BLANC Bernard		GAUTHIER André
	BLANC Jean-Louis		GERARD Raymond
	BOLLINI Gérard		GEROLAMI-SANTANDREA André
	BONGRAND Pierre		GIUDICELLI Sébastien
	BONNEAU Henri		GOUDARD Alain
	BONNOIT Jean		GOUIN François
	BORY Michel		GRILLO Jean-Marie
	BOTTA Alain		GRIMAUD Jean-Charles
	BOTTA-FRIDLUND Danielle		GRISOLI François
	BOURGEADE Augustin		GROULIER Pierre
	BOUVENOT Gilles		HADIDA/SAYAG Jacqueline
	BOUYALA Jean-Marie		HASSOUN Jacques
	BREMOND Georges		HEIM Marc
	BRICOT René		HOUEL Jean
	BRUNET Christian		HUGUET Jean-François
	BUREAU Henri		JAQUET Philippe
	CAMBOULIVES Jean		JAMMES Yves
	CANNONI Maurice		JOUVE Paulette
	CARTOUZOU Guy		JUHAN Claude
	CAU Pierre		JUIN Pierre
	CHABOT Jean-Michel		KAPHAN Gérard
	CHAMLIAN Albert		KASBARIAN Michel
	CHARPIN Denis		KLEISBAUER Jean-Pierre
	CHARREL Michel		LACHARD Jean

CHAUVEL Patrick
CHOUX Maurice
CIANFARANI François
CLAVERIE Jean-Michel
CLEMENT Robert
COMBALBERT André
CONTE-DEVOLX Bernard
CORRIOL Jacques
COULANGE Christian
CURVALE Georges
DALMAS Henri
DE MICO Philippe
DELPERO Jean-Robert
DESSEIN Alain
DELARQUE Alain
DEVIN Robert

MM MICHOTÉY Georges
MIRANDA François
MONFORT Gérard
MONGES André
MONGIN Maurice
MUNDLER Olivier
NAZARIAN Serge
NICOLI René
NOIRCLERC Michel
OLMER Michel
OREHEK Jean
PAPY Jean-Jacques
PAULIN Raymond
PELOUX Yves
PENAUD Antony
PENE Pierre
PIANA Lucien
PICAUD Robert
PIGNOL Fernand
POGGI Louis
POITOUT Dominique
PONCET Michel
POUGET Jean
PRIVAT Yvan
QUILICHINI Francis
RANQUE Jacques
RANQUE Philippe
RICHAUD Christian
RIDINGS Bernard
ROCHAT Hervé
ROHNER Jean-Jacques
ROUX Hubert

LAFFARGUE Pierre
LAUGIER René
LE TREUT Yves
LEVY Samuel
LOUCHET Edmond
LOUIS René
LUCIANI Jean-Marie
MAGALON Guy
MAGNAN Jacques
MALLAN- MANCINI Josette
MALMEJAC Claude
MARANINCHI Dominique
MARTIN Claude
MATTEI Jean François
MERCIER Claude
METGE Paul

VANUXEM Paul
VERVLOET Daniel
VIALETTES Bernard
WEILLER Pierre-Jean

ROUX Michel
RUFO Marcel
SAHEL José
SALAMON Georges
SALDUCCI Jacques
SAMBUC Roland
SAN MARCO Jean-Louis
SANKALE Marc
SARACCO Jacques
SARLES Jacques
SARLES - PHILIP Nicole
SASTRE Bernard
SCHIANO Alain
SCOTTO Jean-Claude
SEBAHOUN Gérard
SEITZ Jean-François
SERMENT Gérard
SOULAYROL René
STAHL André
TAMALET Jacques
TARANGER-CHARPIN Colette
THIRION Xavier
THOMASSIN Jean-Marc
UNAL Daniel
VAGUE Philippe
VAGUE/JUHAN Irène

EMERITAT

2008

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

2009

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

2010

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

2011

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

2012

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

2013

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

2014

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

2015		
M. le Professeur	COULANGE Christian	31/08/2018
M. le Professeur	COURAND François	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2016
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2016
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2016
2016		
M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2017
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2019
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2017
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2017
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2019
M. le Professeur	JAMMES Yves	31/08/2019
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2017
M. le Professeur	POITOUT Dominique	31/08/2019
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2017
M. le Professeur	VIALETTES Bernard	31/08/2019
2017		
M. le Professeur	ALESSANDRINI Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2018
M. le Professeur	CHAUVEL Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2018
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2018
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2018
M. le Professeur	SEBBAHOUN Gérard	31/08/2018
2018		
M. le Professeur	MARANINCHI Dominique	31/08/2021
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2019
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2019
2019		
M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2020

M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2020
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2020
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2020
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2020
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2020
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2020

2020

M. le Professeur	DELPERO Jean-Robert	31/08/2023
M. le Professeur	GRIMAUD Jean-Charles	31/08/2023
M. le Professeur	SAMBUC Roland	31/08/2023
M. le Professeur	SEITZ Jean-François	31/08/2023
M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2021
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2021
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2021
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2021
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2021

Honoris causa

1967 MM. les Professeurs	DADI (Italie) CID DOS SANTOS (Portugal)
1974 MM. les Professeurs	MAC ILWAIN (Grande-Bretagne) T.A. LAMBO (Suisse)
1975 MM. les Professeurs	O. SWENSON (U.S.A.) Lord J.WALTON of DETCHANT (Grande-Bretagne)
1976 MM. les Professeurs	P. FRANCHIMONT (Belgique) Z.J. BOWERS (U.S.A.)
1977 MM. les Professeurs	C. GAJDUSEK-Prix Nobel (U.S.A.) C.GIBBS (U.S.A.) J. DACIE (Grande-Bretagne)
1978 M. le Président	F. HOUPHOUET-BOIGNY (Côte d'Ivoire)
1980 MM. les Professeurs	A. MARGULIS (U.S.A.) R.D. ADAMS (U.S.A.)
1981 MM. les Professeurs	H. RAPPAPORT (U.S.A.) M. SCHOU (Danemark) M. AMENT (U.S.A.) Sir A. HUXLEY (Grande-Bretagne) S. REFSUM (Norvège)
1982 M. le Professeur	W.H. HENDREN (U.S.A.)
1985 MM. les Professeurs	S. MASSRY (U.S.A.) KLINSMANN (R.D.A.)
1986 MM. les Professeurs	E. MIHICH (U.S.A.) T. MUNSAT (U.S.A.) LIANA BOLIS (Suisse) L.P. ROWLAND (U.S.A.)

1987	
M. le Professeur	P.J. DYCK (U.S.A.)
1988	
MM. les Professeurs	R. BERGUER (U.S.A.) W.K. ENGEL (U.S.A.) V. ASKANAS (U.S.A.) J. WEHSTER KIRKLIN (U.S.A.) A. DAVIGNON (Canada) A. BETTARELLO (Brésil)
1989	
M. le Professeur	P. MUSTACCHI (U.S.A.)
1990	
MM. les Professeurs	J.G. MC LEOD (Australie) J. PORTER (U.S.A.)
1991	
MM. les Professeurs	J. Edward MC DADE (U.S.A.) W. BURGDORFER (U.S.A.)
1992	
MM. les Professeurs	H.G. SCHWARZACHER (Autriche) D. CARSON (U.S.A.) T. YAMAMURO (Japon)
1994	
MM. les Professeurs	G. KARPATI (Canada) W.J. KOLFF (U.S.A.)
1995	
MM. les Professeurs	D. WALKER (U.S.A.) M. MULLER (Suisse) V. BONOMINI (Italie)
1997	
MM. les Professeurs	C. DINARELLO (U.S.A.) D. STULBERG (U.S.A.) A. MEIKLE DAVISON (Grande-Bretagne) P.I. BRANEMARK (Suède)
1998	
MM. les Professeurs	O. JARDETSKY (U.S.A.)
1999	
MM. les Professeurs	J. BOTELLA LLUSIA (Espagne)

	D. COLLEN (Belgique) S. DIMAURO (U. S. A.)
2000 MM. les Professeurs	D. SPIEGEL (U. S. A.) C. R. CONTI (U.S.A.)
2001 MM. les Professeurs	P-B. BENNET (U. S. A.) G. HUGUES (Grande Bretagne) J-J. O'CONNOR (Grande Bretagne)
2002 MM. les Professeurs	M. ABEDI (Canada) K. DAI (Chine)
2003 M. le Professeur Sir	T. MARRIE (Canada) G.K. RADDI (Grande Bretagne)
2004 M. le Professeur	M. DAKE (U.S.A.)
2005 M. le Professeur	L. CAVALLI-SFORZA (U.S.A.)
2006 M. le Professeur	A. R. CASTANEDA (U.S.A.)
2007 M. le Professeur	S. KAUFMANN (Allemagne)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert	CHOSSEGROS Cyrille
ALBANESE Jacques	COLLART Frédéric
ALIMI Yves	COSTELLO Régis
AMABILE Philippe	COURBIERE Blandine
AMBROSI Pierre	COWEN Didier
ANDRE Nicolas	CRANELLO Ludovic
ARGENSON Jean-Noël	CUISSET Thomas
ASTOUL Philippe	DA FONSECA David
ATTARIAN Shahram	DAHAN-ALCARAZ Laetitia
AUDOUIN Bertrand	DANIEL Laurent
AUQUIER Pascal	DARMON Patrice
AVIERINOS Jean-François	DAVID Thierry
AZULAY Jean-Philippe	D'ERCOLE Claude
BAILLY Daniel	D'JOURNO Xavier
BARLESI Fabrice	DEHARO Jean-Claude
BARLIER-SETTI Anne	DELAPORTE Emmanuel
BARLOGIS Vincent	DENIS Danièle
BARTHET Marc	DISDIER Patrick
BARTOLI Christophe	DODDOLI Christophe
BARTOLI Jean-Michel	DRANCOURT Michel
BARTOLI Michel	DUBUS Jean-Christophe
BARTOLOMEI Fabrice	DUFFAUD Florence
BASTIDE Cyrille	DUFOUR Henry
BENSOUSSAN Laurent	DURAND Jean-Marc
BERBIS Philippe	DUSSOL Bertrand
BERBIS Julie	EBBO Mikaël
BERDAH Stéphane	EUSEBIO Alexandre
BEROUD Christophe	FABRE Alexandre
BERTUCCI François	FAKHRY Nicolas
BLAISE Didier	FELICIAN Olivier
BLIN Olivier	FENOLLAR Florence
BLONDEL Benjamin	FIGARELLA/BRANGER Dominique
BONIN/GUILLAUME Sylvie	FLECHER Xavier
BONELLO Laurent	FOUILLOUX Virginie
BONNET Jean-Louis	FOURNIER Pierre-Edouard
<i>BOUBLI Léon Surnombre</i>	FRANCESCHI Frédéric
BOUFI Mourad	FUENTES Stéphane
BOYER Laurent	GABERT Jean
BREGEON Fabienne	GABORIT Bénédicte
BRETELLE Florence	GAINNIER Marc
BROUQUI Philippe	GARCIA Stéphane
BRUDER Nicolas	GARIBOLDI Vlad
BRUE Thierry	GAUDART Jean
BRUNET Philippe	GAUDY-MARQUESTE Caroline
BURTEY Stéphane	GENTILE Stéphanie
CARCOPINO-TUSOLI Xavier	GERBEAUX Patrick
CASANOVA Dominique	GEROLAMI/SANTANDREA René
CASTINETTI Frédéric	GILBERT/ALESSI Marie-Christine
CECCALDI Mathieu	GIORGI Roch
CHAGNAUD Christophe	GIOVANNI Antoine
CHAMBOST Hervé	GIRARD Nadine
CHAMPSAUR Pierre	GIRAUD/CHABROL Brigitte
CHANEZ Pascal	GONCALVES Anthony
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle	GRANEL/REY Brigitte
CHARREL Rémi	GRANVAL Philippe
CHAUMOITRE Kathia	GREILLIER Laurent
CHIARONI Jacques	GROB Jean-Jacques
CHINOT Olivier	GUEDJ Eric

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

PAGANELLI Franck	ROCHE Pierre-Hugues
PANUEL Michel <i>Surnombre</i>	ROCH Antoine
PAPAZIAN Laurent	ROCHWERGER Richard
PAROLA Philippe	ROLL Patrice
PARRATTE Sébastien <i>Disponibilité</i>	ROSSI Dominique
PELLISSIER-ALICOT Anne-Laure	ROSSI Pascal
PELLETIER Jean	ROUDIER Jean
PERRIN Jeanne	SALAS Sébastien
PETIT Philippe	SARLON-BARTOLI Gabrielle
PHAM Thao	SCAVARDA Didier
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique	SCHLEINITZ Nicolas
PIQUET Philippe	SEBAG Frédéric
PIRRO Nicolas	SIELEZNEFF Igor
POINSO François	SIMON Nicolas
RACCAH Denis	STEIN Andréas
RANQUE Stéphane	TAIEB David
RAOULT Didier <i>Surnombre</i>	THOMAS Pascal
REGIS Jean	THUNY Franck
REYNAUD/GAUBERT Martine	TREBUCHON-DA FONSECA Agnès
REYNAUD Rachel	TRIGLIA Jean-Michel
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth	TROPIANO Patrick
RICHIERI Raphaëlle	TSIMARATOS Michel

PROFESSEUR DES UNIVERSITES

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

PROFESSEUR CERTIFIE

BRANDENBURGER Chantal *retraite mars 2021*
FRAISSE-MANGIALOMINI Jeanne

PROFESSEUR DES UNIVERSITES ASSOCIE à MI

REVIS Joana

PROFESSEUR DES UNIVERSITES MEDECINE GEN

GENTILE Gaëtan

PROFESSEUR ASSOCIE DE MEDECINE GENERALE

GUIDA Pierre

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

GUIEU Régis
GUIS Sandrine
GUYE Maxime
GUYOT Laurent
GUY'S Jean-Michel Surnombre
HABIB Gilbert
HARDWIGSEN Jean
HARLE Jean-Robert
HOUVENAEGHEL Gilles
JACQUIER Alexis
JOURDE-CHICHE Noémie
JOUVE Jean-Luc
KAPLANSKI Gilles
KARSENTY Gilles
KERBAUL François détachement
KRAHN Martin
LAFFORGUE Pierre
LAGIER Jean-Christophe
LAMBAUDIE Eric
LANCON Christophe
LA SCOLA Bernard
LAUNAY Franck
LAVIEILLE Jean-Pierre
LE CORROLLER Thomas
LECHEVALLIER Eric
LEGRE Régis
LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
LEONE Marc
LEONETTI Georges
LEPIDI Hubert
LEVY Nicolas
MACE Loïc
MAGNAN Pierre-Edouard
MANCINI Julien
MEGE Jean-Louis
MERROT Thierry
METZLER/GUILLEMAIN Catherine
MEYER/DUTOUR Anne
MICCALEF/ROLL Joëlle
MICHEL Fabrice
MICHEL Gérard
MICHEL Justin
MICHELET Pierre
MILH Mathieu
MILLION Matthieu
MOAL Valérie
MORANGE Pierre-Emmanuel
MOULIN Guy
MOUTARDIER Vincent
NAUDIN Jean
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
NICOLLAS Richard
NGUYEN Karine
OLIVE Daniel
OLLIVIER Matthieu
OUAFIK L'Houcine
OVAERT-REGGIO Caroline
PADOVANI Laetitia

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

TURRINI Olivier
VALERO René
VAROQUAUX Arthur Damien
VELLY Lionel
VEY Norbert
VIDAL Vincent
VIENS Patrice
VILLANI Patrick
VITON Jean-Michel
VITTON Véronique
VIEHWEGER Heide Elke détachement
VIVIER Eric
XERRI Luc

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

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

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

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

CASANOVA Ludovic

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

BARGIER Jacques
 CALVET-MONTREDON Céline
 FORTE Jenny
 JANCZEWSKI Aurélie
 NUSSLI Nicolas
 ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle

THERY Didier

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

BOURRIQUEN Maryline

EVANS-VIALLAT Catherine

LAZZAROTTO Sébastien

LUCAS Guillaume

MATHIEU Marion

MAYENS-RODRIGUES Sandrine

MELLINAS Marie

ROMAN Christophe

TRINQUET Laure

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

ANATOMIE 4201	ANTHROPOLOGIE 20
----------------------	-------------------------

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

ADALIAN Pascal (PR)

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

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

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501
--

THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

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

ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203

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

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

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

CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)

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

ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ; MEDECINE URGENCE 4801
--

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

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401

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

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

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

ANGLAIS 11	BIOLOGIE CELLULAIRE 4403
-------------------	---------------------------------

BRANDENBURGER Chantal (PRCE) retraite mars 2021
FRAISSE-MANGIALOMINI Jeanne (PRCE)

ROLL Patrice (PU-PH)

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

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

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

BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE 4301	CARDIOLOGIE 5102
---	-------------------------

GUEDJ Eric (PU-PH)

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)

GUYE Maxime (PU-PH)
TAIEB David (PU-PH)

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

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

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

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

CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE 5202

BIostatistiques, Informatique Médicale ET Technologies de Communication 4604

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

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

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

BEGE Thierry (MCU-PH)
BEYER-BERJOT Laura (MCU-PH)
BIRNBAUM David (MCU-PH)
DUCONSEIL Pauline (MCU-PH)
GUERIN Carole (MCU PH)
MEGE Diane (MCU-PH)

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

CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)
BLONDEL Benjamin (PU-PH)
FLECHER Xavier (PU PH)
OLLIVIER Matthieu (PU-PH)
PARRATTE Sébastien (PU-PH) Disponibilité
ROCHWERGER Richard (PU-PH)
TROPIANO Patrick (PU-PH)

CHIRURGIE INFANTILE 5402 CHIRURGIE INFANTILE 5402

GUYS Jean-Michel (PU-PH) Surnombre
JOUVE Jean-Luc (PU-PH)
LAUNAY Franck (PU-PH)
MERRROT Thierry (PU-PH)
VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH) détachement
DARIEL Anne (MCU-PH)
FAURE Alice (MCU PH)
PESENTI Sébastien (MCU-PH)

ROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702 CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE

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

FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503 CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE

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

FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)

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

CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103

COLLART Frédéric (PU-PH)
 D'JOURNO Xavier (PU-PH)
 DODDOLI Christophe (PU-PH)
 FOUILLOUX Virginie (PU-PH)
 GARIBOLDI Vlad (PU-PH)
 MACE Loïc (PU-PH)
 THOMAS Pascal (PU-PH)
 TROUSSE Delphine (MCU-PH)

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

CASANOVA Dominique (PU-PH)
 LEGRE Régis (PU-PH)
 BERTRAND Baptiste (MCU-PH)
 HAUTIER/KRAHN Aurélie (MCU-PH)

CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104

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

GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5207

BARTHET Marc (PU-PH)
 DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)
 GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)
 GRANDVAL Philippe (PU-PH)
 VITTON Véronique (PU-PH)

HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202

LEPIDI Hubert (PU-PH)

PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

GONZALEZ Jean-Michel (MCU-PH)

DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003

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

GENETIQUE 4704

BEROUD Christophe (PU-PH)
 KRAHN Martin (PU-PH)
 LEVY Nicolas (PU-PH)
 NGYUEN Karine (PU-PH)

DUSI

COLSON Sébastien (MCF)

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

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

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403

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

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

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

PIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION 460**HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION 4701**

AUQUIER Pascal (PU-PH)
 BERBIS Julie (PU-PH)
 BOYER Laurent (PU-PH)
 GENTILE Stéphanie (PU-PH)

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

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

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

MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF)(06ème section)

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

IMMUNOLOGIE 4703**MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603**

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

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

FERON François (PR) (69ème section)

TUCHTAN-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

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

BERLAND Caroline (MCF) (1ère section)

MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905**MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503**

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

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

MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

ELDIN Carole (MCU-PH)

MEDECINE D'URGENCE 4805

SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

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

MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT ; ADDICTOLOGIE 5301

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

BENYAMINE Audrey (MCU-PH)

MEDECINE GENERALE 5303	NEPHROLOGIE 5203
-------------------------------	-------------------------

GENTILE Gaëtan (PR Méd. Gén. Temps plein)

CASANOVA Ludovic (MCF Méd. Gén. Temps plein)

GUIDA Pierre (PR associé Méd. Gén. à mi-temps) retraite au 25/09/2(MOAL Valérie (PU-PH)

BRUNET Philippe (PU-PH)

BURTEY Stéphanne (PU-PH)

DUSSOL Bertrand (PU-PH)

JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)

BARGIER Jacques (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

CALVET-MONTREDON Céline (MCF associé Méd. Gén. à temps plein)

FORTE Jenny (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

JANCZEWSKI Aurélie (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

NUSSLI Nicolas (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

THERY Didier (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps) (nomination au 1,

ROBERT Thomas (MCU-PH)

NEUROCHIRURGIE 4902

FUENTES Stéphane (PU-PH)

REGIS Jean (PU-PH)

ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)

SCAVARDA Didier (PU-PH)

NUTRITION 4404

DARMON Patrice (PU-PH)

RACCAH Denis (PU-PH)

VALERO René (PU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)

GRAILLON Thomas (MCU PH)

ATLAN Catherine (MCU-PH) disponibilité

BELIARD Sophie (MCU-PH)

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

NEUROLOGIE 4901

ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)

CHABANNON Christian (PR) (66ème section)

SOBOL Hagay (PR) (65ème section)

ATTARIAN Sharham (PU PH)

AUDOIN Bertrand (PU-PH)

AZULAY Jean-Philippe (PU-PH)

CECCALDI Mathieu (PU-PH)

EUSEBIO Alexandre (PU-PH)

FELICIAN Olivier (PU-PH)

PELLETIER Jean (PU-PH)

OPHTALMOLOGIE 5502

DAVID Thierry (PU-PH)

DENIS Danièle (PU-PH)

MAAROUF Adil (MCU-PH)

PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904

DA FONSECA David (PU-PH)

POINSO François (PU-PH)

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501

GUIVARCH Jokthan (MCU-PH)

DESSI Patrick (PU-PH)

FAKHRY Nicolas (PU-PH)

GIOVANNI Antoine (PU-PH)

LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH)

MICHEL Justin (PU-PH)

NICOLLAS Richard (PU-PH)

TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH)

PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE -

PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE 4803
--

BLIN Olivier (PU-PH)

MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH)

SIMON Nicolas (PU-PH)

RADULESCO Thomas (MCU-PH)

BOULAMERY Audrey (MCU-PH)

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

PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE 4502
--

PHILOSOPHIE 17

RANQUE Stéphane (PU-PH)

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)

CASSAGNE Carole (MCU-PH)

MATHIEU Marion (MAST)

L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)

TOGA Isabelle (MCU-PH)

PEDIATRIE 5401

PHYSIOLOGIE 4402

ANDRE Nicolas (PU-PH)

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)

BARLOGIS Vincent (PU-PH)

BREGÉON Fabienne (PU-PH)

CHAMBOST Hervé (PU-PH)

GABORIT Bénédicte (PU-PH)

DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)

MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)

FABRE Alexandre (PU-PH)

TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)

GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)

BONINI Francesca (MCU-PH)

MICHEL Gérard (PU-PH)

BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)

MILH Mathieu (PU-PH)

DADOUN Frédéric (MCU-PH) (disponibilité)

OVAERT-REGGIO Caroline (PU-PH)

DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)

REYNAUD Rachel (PU-PH)

LAGARDE Stanislas (MCU-PH)

TSIMARATOS Michel (PU-PH)

TOSELLO Barthélémy (MCU-PH)

RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)

THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903

PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101

BAILLY Daniel (PU-PH)

ASTOUL Philippe (PU-PH)

LANCON Christophe (PU-PH)

BARLESI Fabrice (PU-PH)

NAUDIN Jean (PU-PH)

CHANEZ Pascal (PU-PH)

RICHERI Raphaëlle (PU-PH)

CERMOLACCE Michel (MCU-PH)

GREILLIER Laurent (PU PH)

REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

CHOLESTÉRIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PSYCHOLOGIE SOCIALE 16

TOMASINI Pascale (MCU-PH)

AGHABABIAN Valérie (PR)

LAZZAROTTO Sébastien (MAST)

RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302

RHUMATOLOGIE 5001

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)

GUIS Sandrine (PU-PH)

CHAGNAUD Christophe (PU-PH)

LAFFORGUE Pierre (PU-PH)

CHAUMOITRE Kathia (PU-PH)

PHAM Thao (PU-PH)

GIRARD Nadine (PU-PH)

ROUDIER Jean (PU-PH)

JACQUIER Alexis (PU-PH)

MOULIN Guy (PU-PH)

PANUEL Michel (PU-PH) surnombre

PETIT Philippe (PU-PH)

VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH)

VIDAL Vincent (PU-PH)

THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 480

AMBROSI Pierre (PU-PH)

VILLANI Patrick (PU-PH)

STELLMANN Jan-Patrick (MCU-PH)

DAUMAS Aurélie (MCU-PH)

REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE 4802

GAINNIER Marc (PU-PH)
GERBEAUX Patrick (PU-PH)
PAPAZIAN Laurent (PU-PH)
ROCH Antoine (PU-PH)

HRAIECH Sami (MCU-PH)

UROLOGIE 5204

BASTIDE Cyrille (PU-PH)
KARSENTY Gilles (PU-PH)
LECHEVALLIER Eric (PU-PH)
ROSSI Dominique (PU-PH)

Remerciements communs

A Monsieur le Professeur Gentile,

Nous vous remercions de nous avoir fait l'honneur d'accepter de présider la soutenance de notre thèse. Soyez assuré de notre respectueuse reconnaissance.

A Monsieur le Docteur Casanova

En prenant part à ce jury vous avez accepté d'évaluer et de juger notre travail. Veuillez accepter nos sincères remerciements.

A Madame le Docteur Carrier,

Vous avez accepté d'évaluer et de juger notre travail. Nous vous en remercions chaleureusement.

A Madame le Docteur Laure Chabert

Pour avoir accepté de diriger cette thèse, pour tout ce que tu as apporté à ce travail, et ce que tu nous a apporté. Ta gentillesse, ta bonne humeur, et le temps que tu nous as consacré.

Merci du fond du cœur

Aux médecins interrogés,

Merci pour votre temps et votre disponibilité. Ce travail n'aurait assurément pas été possible sans vous.

A toutes les équipes médicales et paramédicales, nos MSU, nos pairs,

Merci pour vos enseignements et votre accompagnement au cours de nos différents stages.

A nos patients, qui pour certains nous ont vu grandir et évoluer au fil d'un stage. Pour nous avoir tant appris, merci de votre gentillesse et de votre patience.

A Sylvie Savary, merci pour ta relecture et tes corrections.

Remerciements Tatiana

A Clémence, pour avoir été la meilleure co-thésarde ! Quand j'y pense, c'est la Covid qui nous a rassemblées finalement ! Merci d'avoir accepté de faire ce travail avec moi, merci d'avoir supporté mes T.O.C (tu le sais, les petits papiers, il faut qu'ils soient alignés).

Merci pour tous ces moments, ceux de panique totale, de doute, de stress, et ceux que je retiendrai plus, les bons moments parce qu'on s'est quand même bien marré. On remet ça quand tu veux girl. (Ou pas.)

A mon père, à qui je dois beaucoup et à ma mère, pour ce que tu m'as transmis avant ton départ prématuré. Je n'en serais pas là sans vous.

A ma sœur, ma petite sœur, qui ne sait pas à quel point elle est importante pour moi. Les mots n'ont jamais été mon fort. Mais chaque jour je suis heureuse de t'avoir à mes côtés malgré la distance, et j'espère que tu es fière de moi. Merci pour ta patience.

A Maria, Emilie et Elisa.

A ma Mami, soutien indéfectible depuis le commencement. Merci pour tout.

A mon Papi, déjà parti, merci pour ta générosité incessante.

A Papi Michel, Mami Jacqueline, Marie-Christine, pour votre gentillesse depuis tant d'années.

A Pauline et Noémie.

A Ravin, mon cœur, mon chat, mon amour, merci de me supporter dans mes moments de folie, merci pour ta tendresse et ton soutien. Je t'aime tellement.

Aux SB, ma team d'enfer, à tous ces moments partagés, merci à vous toutes pour votre amitié, vous êtes les meilleures.

A Mathou, à nos plaintes perpétuelles, contre nous-mêmes, contre les autres, contre la terre entière. La vie est une garce (voilà que je me censure). Mais grâce à toi, elle l'est un peu moins.

A Dodo, qui doute trop souvent d'elle. Moi, je ne doute pas de toi. A nos heures d'ennuis à Hippocrate. A nos sous colles, à tes sacs, et au petit Ron.

A Alice, qui peut selon l'ambiance se transformer en Kate Moss ou en Céline Dion sur le Dance Floor. Tu es la seule à posséder ce don. Ne le gâche pas !

A Lauren, notre cabri des montagnes, si loin mais en même temps si proche. En espérant te voir vite revenir vers nous.

A Audrey, notre super maman number one, que ça soit pour Emma, ou pour le groupe entier.

A Agnès, notre super maman number two. A nos sous colles. Et à tes étourderies, souvent imitées, jamais égalées. Ne change pas !

A Léa chou, notre super maman en devenir. A nos sous colles, à ta patience, ton calme et ta sérénité en toute circonstance.

A Harry, Vincent, Florentin, Edouard.

Aux petits bouts de chou, Emma et Gabriel, votre mignonnerie est si précieuse.

A Céciline, Roxanne, Marie Claude, Cécile, Thomas, Laurent et Lilit, et toute l'équipe du CH d'Allauch. C'était sans aucun doute la meilleure année de mon internat. Merci à vous.

A Lionel, pour ces games plus ou moins épiques sur Apex, et à Esther, qui nous laisse exprimer notre sauvagerie vidéo-ludique.

A Caro, Monsi, MC, Stroh, pour ces apéros, ces bouffes et ces session jeux.

A la team poker, Gaby, Younes, Yacine, Anissa, et ceux que j'ai déjà cités, Lionel et Monsi. Merci à vous de me déplumer un peu plus à chaque fois.

A Lise, Johnny et Magali (#teamnours) pour ces années collège et lycée fantastiques. Malgré la distance, j'espère que notre amitié durera encore longtemps.

A Mocchi et Dango.

Remerciements Clémence :

A Tatiana, mon binôme de choc pour cette thèse. J'ai adoré bosser avec toi, tout a été si évident. Je suis fière de la complémentarité qui a porté notre travail. Merci pour ton investissement, merci pour m'avoir toujours écouté pendant mes moments de panique (qui ont été nombreux, on ne va pas se mentir) et merci pour tous ces moments de craquage qui me font encore sourire (A lire sur un air de « Lord of the rings music & ambience»). Je suis contente de clôturer ces études par un si joli travail d'équipe.

A ma famille...

A ma maman, aucun mot ne sera assez fort pour te dire à quel point je te remercie. Merci de m'avoir toujours encouragé et soutenu dans mes choix, merci de m'avoir aidé à affronter les épreuves et à réaliser mes projets. C'est toi qui étais là pour apaiser mes doutes et pour m'aider à grandir. J'ai conscience des sacrifices que tu as dû faire pour nous élever et j'en suis infiniment reconnaissante. Ta force et ton indépendance seront toujours un modèle pour moi. C'est grâce à toi que je suis là aujourd'hui et j'espère te rendre fière.

A Mathieu, je sais que je pourrai toujours compter sur le soutien de mon grand frère et je te remercie pour ça. Je suis fière de ce que tu entreprends, ta persévérance et ta détermination sont un modèle.

A ma grand-mère, Mamie Tibère, merci de m'avoir bichonné pendant mes longues journées de révision chez toi, depuis la première année de médecine jusqu'à la thèse. Tes petits plats, tes gâteaux, tes conseils et ta bienveillance m'ont toujours réchauffé le cœur dans les moments difficiles.

A mes autres grands-parents, Papy Tibère, Mamie et Papy de Candolle.

Aux Niçois, Philippe et Anthony.

A Thierry, Anne, Céliane, Guillaume, les parisiens, je sais que vous me soutenez de loin, c'est un plaisir de vous retrouver chaque année.

A mes cousins Marion et Arnaud, à nos souvenirs d'enfance.

A ma tante Edith.

A Christian, mon parrain, j'espère pouvoir être un jour un médecin à ta hauteur.

A mes amis d'enfance... La distance ne change rien à notre amitié.

A *Diane*, mon Dianou, tu as été là à chaque étape importante de ma vie depuis 23 ans. Merci pour tout ce que tu m'apportes, pour tes histoires de vie, pour ton soutien sans faille, pour ta force et ta bonne humeur. Je sais que si tu avais pu écrire cette thèse avec moi tu l'aurais fait.

A *Morgane*, mon Canaillou, nos différences m'enrichissent chaque jour et nous rapprochent, je suis heureuse de pouvoir te compter parmi mes meilleures amies.

A *Lisa*, mon lizon, à Paris ou à Marseille tu restes ma confidente, merci pour ces moments de complicité.

A vos moitiés, *Costo*, *Florian* et *Ferdi*.

A *Hugo*, Findus, merci pour cette belle amitié, je serai là pour toi, quoi qu'il arrive.

A mes amis de la K.A.J...

Vous êtes comme ma deuxième famille, merci pour votre soutien indéfectible, dans les bons comme les mauvais moments. Vous m'apportez tant. Naham sur vous et Boule d'amour !!

A *Aurore*, tu es mon pilier depuis la P1, on a tout traversé ensemble, ces années d'études n'auraient pas été les mêmes sans toi. Merci pour ces fou-rires aux larmes que je ne compte plus, ils ont rendu les heures de révision plus douces.

A *Marie*, le mélange parfait entre folie, fraîcheur et douceur, tu me donnes toujours le sourire, merci du fond du cœur.

A vos hommes, *JB* et *Julien*.

A *Aimeline*, depuis notre rencontre à la BU on ne s'est jamais lâché (une après-midi de révision perdue pour des années d'amitié, ça valait le coup). Merci d'être toujours aux petits soins. A

Anthony, merci pour ta bonne humeur à toute épreuve, et à votre petit *Jules* que j'aime déjà.

A *Lisa*, merci pour tous nos moments de partage et tous ceux qui nous attendent.

A *Quentin*, merci pour ta sincérité et ton soutien. Aux prochains concerts des Fratés de la Bédoule qui feront salle comble.

A Manon et Marie, les plus belles rencontres de mon internat, j'espère que notre amitié durera loin des bancs de la Fac mais je n'en doute pas.

A Cédric, mon binôme sauvage d'Hippocrate, et Florence, l'externat n'aurait pas été pareil sans vous.

A Marine, merci pour ces doux moments d'été en Van ou en paddle.

A Boris et Arnaud, à nos prochaines sessions Skate Red Lion.

A tous ceux qui ont fait que j'ai adoré mon internat...

A mes co-internes de la Ciotat : Grégoire, Émilie, Louis

A la Team Edmond Garcin : Chloé, Manon, Marie, Mathilde, Coline, Thibault, on repart au ski quand vous voulez, je vous kiff !

A Thomas et Laurent mes co-internes d'Allauch, la gériatrie est bien plus drôle avec vous dans les parages, merci d'avoir fait en sorte que ce stage prolongé paraisse si court.

A tous mes co-internes des urgences pédiatriques de la Timone : Marine, Margaux, Alan, Florent, Vincent, Stacy, Juliette, Julia,...

Et enfin à Hugo, merci de m'avoir prêté LE livre grâce auquel tout a commencé... Merci pour tes attentions, tes conseils, ta tendresse maladroite et tous les moments heureux (avec supplément jonquille). Tu nous as guidé tout au long de la rédaction de cette thèse, MERCI !

« J'veux déclarer à tout ce petit monde qui m'entoure :

La vie, la vie serait d'un sombre sans vous autour

Vous tous autour.

On ne dit jamais assez aux gens qu'on aime

Par peur de les gêner, qu'on les aime

On ne leur dit jamais assez

Que sans eux, sans elles

On ne serait même pas la moitié de nous-mêmes. »

(Louis Chedid)

Je vous aime.

Table des matières

A. INTRODUCTION	4
I. La douleur chronique	5
a. <i>Définition</i>	5
b. <i>Epidémiologie</i>	6
c. <i>Retentissement de la douleur chronique</i> :	7
d. <i>Plans gouvernementaux</i>	9
II. Les Médecines Alternatives et Complémentaires	10
a. <i>Définition</i>	10
b. <i>Classification des MAC</i>	11
c. <i>Exemples de MAC</i>	12
d. <i>Statut juridique des MAC</i> :	17
e. <i>Prise en charge par la CPAM</i> :	18
III. Cas particulier de la douleur chronique cancéreuse :	19
IV. Objectif de l'étude	21
B. MATERIEL ET METHODE	22
I. Type d'étude	22
II. Population choisie et mode de recrutement	22
a. <i>Choix de la population</i>	22
b. <i>Mode de recrutement</i>	22
III. Recueil et analyse des données	23
a. <i>Elaboration du guide d'entretien</i>	23
b. <i>Réalisation des entretiens</i>	23
c. <i>Analyse des données</i>	24
C. RESULTATS	25
I. Caractéristiques de la population	25
II. Vécu de la prise en charge de la douleur chronique	26
a. <i>Le médecin à l'aise dans la prise en charge de la douleur</i>	26
b. <i>Particularités de la consultation d'un patient douloureux chronique</i>	26
c. <i>Évaluation de la douleur chronique</i>	29
d. <i>Une consultation difficile</i>	31
e. <i>Le médecin confronté à la douleur chronique</i>	32

III. Des solutions pour pallier les limites de la médecine conventionnelle.....	34
a. <i>Les limites de la médecine conventionnelle.....</i>	34
b. <i>Alternatives à l'allopathie.....</i>	37
c. <i>Vers une médecine intégrative.....</i>	38
IV. Des représentations hétérogènes.....	39
a. <i>Définition complexe des MAC.....</i>	39
b. <i>Représentations des MAC pour le médecin.....</i>	40
c. <i>Perceptions négatives des MAC.....</i>	42
d. <i>Perceptions positives des MAC.....</i>	44
e. <i>Innocuité des MAC.....</i>	47
f. <i>MAC acceptées dans la pratique quotidienne.....</i>	48
V. Intégration à la pratique.....	49
a. <i>S'adapter à la demande du patient.....</i>	49
b. <i>Attitude du médecin autour des MAC.....</i>	50
c. <i>Conduire le patient vers les MAC, une compétence du médecin.....</i>	52
d. <i>Les MAC en pratique : pas d'utilisation univoque.....</i>	54
e. <i>Travail en réseau.....</i>	56
f. <i>Influence des MAC sur la relation médecin patient.....</i>	57
VI. Une pratique non généralisée.....	58
a. <i>Réticence des MG sur les MAC.....</i>	58
b. <i>Freins aux MAC.....</i>	59
c. <i>Rôle protecteur du MG.....</i>	62
VII. Des pratiques insuffisamment encadrées.....	64
a. <i>Un manque de preuve.....</i>	64
b. <i>Définir un cadre réglementaire.....</i>	65
c. <i>Des preuves pas indispensables.....</i>	66
VIII. Les médecins en demande de formation.....	66
a. <i>Un manque de connaissance.....</i>	66
b. <i>Un apprentissage et une utilisation empirique.....</i>	68
c. <i>Développer la formation initiale.....</i>	69
d. <i>Freins à la formation.....</i>	70
e. <i>Facilitateurs de la formation.....</i>	71
f. <i>Différents moyens de formation.....</i>	72

D. DISCUSSION	73
I. Validité de l'étude	73
<i>a. Forces.....</i>	<i>73</i>
<i>b. Limites.....</i>	<i>73</i>
II. Discussion des résultats	74
<i>a. Difficultés de prise en charge et limites de l'allopathie.....</i>	<i>74</i>
<i>b. Attrait des patients pour ces pratiques et adaptation des médecins.....</i>	<i>76</i>
<i>c. Rôle de sentinelle du médecin</i>	<i>78</i>
<i>d. Consentir à utiliser l'effet placebo.....</i>	<i>80</i>
<i>e. Autonomie du patient et amélioration de la qualité de vie.....</i>	<i>82</i>
III. Des voies d'améliorations	84
<i>a. Devoir de structuration par les pouvoirs publics</i>	<i>84</i>
<i>b. Adapter la recherche scientifique</i>	<i>86</i>
<i>c. Développer la formation initiale et continue.....</i>	<i>88</i>
<i>d. Vers une médecine intégrative</i>	<i>90</i>
E. CONCLUSION.....	92
F. BIBLIOGRAPHIE	94
G. ANNEXES.....	102
I. Annexe 1 – Mail de demande de participation.....	102
II. Annexe 2 – Guide d'entretien, version initiale	103
III. Annexe 3 – Guide d'entretien, version finale	104
IV. Annexe 4 – Modélisation des résultats	105
V. Annexe 5 – Grille COREQ.....	106
H. ABRÉVIATIONS.....	109

A. INTRODUCTION

La douleur, qu'elle soit aiguë ou chronique est un symptôme fréquent auquel nous sommes tous confrontés en tant que médecin, et ce dès le commencement de nos premiers stages en milieu hospitalier. Lors de nos années à la faculté, nous avons appris la théorie pour gérer les différentes composantes qui constitue le syndrome douloureux chronique, ainsi que les aspects médicamenteux de cette prise en charge.

Cependant, malgré ces connaissances, nous avons pu nous trouver en difficulté face à ces patients qui souffrent, pour certains depuis plusieurs années. Au cours notamment de nos stages ambulatoires, nous avons été amenées à suivre de façon plus régulière certains de ces malades. La rédaction des ordonnances, avec notamment le recours aux diverses spécialités médicamenteuses, a parfois pu nous sembler insuffisante. Face à ce constat est née une interrogation : pouvait on compléter notre prise en charge pour mieux soulager ?

Notre intérêt s'est alors porté sur les médecines alternatives et complémentaires (MAC), que nous avons pu être amenées à utiliser ou à conseiller à nos patients, en ressentant parfois certaines préoccupations concernant cet usage.

Dans la suite de cette introduction, nous détaillerons certains points de définition et de contexte concernant la douleur chronique dans un premier temps, puis les MAC dans un second temps.

I. La douleur chronique

a. Définition

L'International Association for the Study of Pain (IASP) définit en 1986 (1) la douleur chronique comme une « *expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, liée à une lésion tissulaire existante ou potentielle, ou décrite en termes évoquant une telle lésion* ». Cette dernière notion est essentielle car elle implique le fait que cette douleur est ce que la personne qui en est atteinte dit qu'elle est. Ce symptôme existe dès lors qu'elle affirme la ressentir, qu'une cause soit identifiée ou non.

En novembre 2020 (2), l'IASP ajoute à cette définition six notes clés :

- La douleur est toujours une expérience personnelle qui est influencée à des degrés divers par des facteurs biologiques, psychologiques et sociaux.
- La douleur et la nociception sont des phénomènes différents. La douleur ne peut être déduite uniquement de l'activité des neurones sensoriels.
- À travers leurs expériences de vie, les individus apprennent le concept de la douleur.
- Le fait qu'une personne rapporte une expérience comme douloureuse doit être respecté.
- Bien que la douleur joue généralement un rôle d'adaptation, elle peut avoir des effets négatifs sur le fonctionnement et le bien-être social et psychologique.
- La description verbale n'est qu'un des nombreux comportements permettant d'exprimer la douleur ; l'incapacité à communiquer n'exclut pas la possibilité qu'un être humain ou un animal non humain éprouve de la douleur.

On peut constater qu'il n'y figure pas de cadre temporel précis, ou de délai au-delà duquel le symptôme douloureux passe d'un caractère aigu à un caractère chronique. Cependant dans de nombreux articles ou études, une fourchette de trois à six mois est communément donnée pour définir la temporalité de la douleur chronique.

Finalement, pour la première fois dans son édition de 2019, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) intègre dans la 11^{ème} édition de la Classification Internationale des Maladies

(CIM-11) la définition de l'IASP comme définition de la douleur chronique, en y intégrant un délai supérieur à 3 mois pour définir le caractère chronique. (3)

Elle divise la douleur chronique en deux groupes :

- Douleur chronique primaire, qui est considérée comme une maladie en soi et va englober les douleurs chroniques généralisées (fibromyalgie, lombalgie non spécifique, syndrome douloureux régional complexe), les douleurs musculosquelettiques chroniques, etc.
- Douleur chronique secondaire qui est le symptôme d'une maladie sous-jacente et qui est divisée en 6 catégories : douleur chronique liée au cancer, douleur chronique post-chirurgicale ou post-traumatique, douleur neuropathique chronique, céphalées ou douleurs orofaciales chroniques secondaires, douleur viscérale chronique secondaire, douleur musculosquelettique chronique secondaire.

Au total, cette définition fait ressortir la complexité et la subjectivité de l'évaluation et du traitement de la douleur chronique, mais également l'indispensable nécessité d'une prise en charge globale pour ces patients.

b. Epidémiologie

De nombreuses études nationales et internationales existent concernant la prévalence de la douleur chronique. Cependant, une grande variabilité existe entre celles-ci quant au choix des populations ciblées, les définitions utilisées et les méthodes utilisées pour le recueil des données.

En 2003, l'IASP publiait les résultats d'une revue systématique de la littérature sur le sujet (4). Parmi les 13 études retenues, la prévalence variait de 10,1% à 55,2%, et était plus élevée chez les femmes.

L'étude STOPNEP (5) menée en France par Bouhassira et al. en 2007 montrait une prévalence de 31,7% de patients rapportant une douleur chronique quotidienne, avec des caractéristiques neuropathiques, depuis plus de 3 mois, soit près de 20 millions de personnes

au total. La prévalence était plus élevée chez les femmes (60,5%) que chez les hommes et augmentait significativement avec l'âge, avec un pic autour de 50-64 ans.

Une autre étude réalisée dans 15 pays européens en 2005 montrait que 19% des 46394 adultes ayant accepté de répondre au sondage présentaient des douleurs depuis plus de 6 mois (6).

Au-delà de la prévalence pure, la douleur chronique est un motif fréquent de consultation en soin primaire. La prévalence de la douleur représente 45 % des motifs de consultation en médecine générale. Sur six mois, 60 % des patients algiques chroniques consultaient leur généraliste entre 2 et 9 fois (7).

Ces chiffres mettent en lumière le rôle central que va jouer le médecin généraliste pour la prise en charge des patients souffrant de douleur chronique.

c. Retentissement de la douleur chronique :

Par sa nature subjective, la douleur a longtemps été sous-estimée. En effet, la douleur aiguë comme chronique est dépourvue de marqueur biologique, elle échappe également à l'imagerie conventionnelle, pourtant son impact sur la vie du patient est bien réel et crée des séquelles invalidantes dans le domaine socio-environnemental à l'origine de handicaps, d'altérations majeures de la qualité de vie et d'incapacité des sujets à assumer leurs rôles familiaux et sociaux. Prendre en charge la douleur nécessite tout d'abord d'entendre la plainte du patient mais surtout de considérer la personne dans sa globalité.

Les répercussions sont importantes car la vie entière du patient va être transformée. Les impacts sont multiples (8) :

- **Professionnel**, avec notamment une diminution de la productivité, un risque majoré d'arrêts de travail, de mise au chômage ou de licenciement. Un rapport de la HAS avait évalué en 2008 que les limitations d'activités professionnelles ou domestiques du fait de la douleur sont importantes chez 6 % des personnes de 25-64 ans, 15 % des 65-84 ans et 33 % des personnes de 85 ans et plus (9). Les arrêts de travail sont 5 fois plus

fréquents que dans la population générale et 45 % des patients douloureux chroniques ont conduit leur médecin à leur prescrire un arrêt de travail dont la durée cumulée dépassait 4 mois par an. (7)

- **Familial et social**, avec un risque de rejet, de rupture ou de divorce. Les activités sociales et physiques sont également altérées de façon significative. Selon les publications, entre 25 et 50 % des patients voient leurs activités quotidiennes impactées par la douleur chronique (6).
- **Psychologique**, avec l'augmentation de certaines comorbidités comme l'anxiété, les troubles du sommeil et la dépression. Les études conduites dans le cadre du programme européen « Societal impact of pain » (8) montrent qu'en France, la fréquence des comorbidités associées à la douleur sévère est au moins deux fois supérieure à celle retrouvée dans la population générale et comparable à celle retrouvée en Europe. Les troubles du sommeil et l'anxiété sont particulièrement fréquents.

Les douleurs chroniques rebelles et leurs retentissements physiques et psychologiques ont aussi un impact économique majeur sur les systèmes de santé et constituent un problème de santé publique. L'étude de la National Health and Wellness Survey (10) met en évidence l'augmentation très significative des consultations médicales chez les patients douloureux chroniques, en effet 88 % de la population étudiée (personne avec ou sans douleur) a consulté au moins une fois un professionnel de santé au cours des 6 mois ayant précédé l'étude, ce pourcentage atteint 94 % dans le groupe « avec douleur » et 99 % dans le groupe « douleur sévère ». Les patients souffrant de douleurs chroniques sévères sont également plus fréquemment hospitalisés (13,6%. Versus 5,6%).

L'ensemble de ces données montre la diversité et l'importance du retentissement de la douleur sur le patient, sur son environnement ainsi que sur la société, et justifie l'implication de tous les acteurs en santé pour une prise en charge optimale.

d. Plans gouvernementaux

En réponse à la forte prévalence de la douleur et de ses impacts qui constituent un problème de santé publique, le ministère chargé de la santé a entamé une réflexion en faveur de l'amélioration de la prise en charge des patients douloureux. C'est ainsi que les pouvoirs publics français se sont investis autour de plusieurs plans successifs de lutte contre la douleur depuis une vingtaine d'années.

Il a fallu un engagement fort des autorités sanitaires pour qu'une prise de conscience individuelle et collective se développe et que des avancées puissent être réalisées dans ce domaine.

Le premier plan triennal d'action de lutte contre la douleur voit le jour en 1998. Il est articulé autour de trois axes principaux : le développement de la lutte contre la douleur dans les structures de santé, le développement de la formation des professionnels de santé sur l'évaluation et le traitement de la douleur, et la prise en compte de la demande du patient. Parmi les objectifs marquants de ce plan gouvernemental, on note la création des ordonnances sécurisées pour faciliter la prescription des antalgiques, la systématisation des échelles de mesure de la douleur, et la mise en place de structures multidisciplinaires pour l'évaluation et le traitement des douleurs chroniques. Ces axes de travail rappellent que le soulagement des souffrances du patient doit être une préoccupation constante de tous les intervenants. (11)

Pour soutenir les efforts déjà engagés, un deuxième plan quadriennal de lutte contre la douleur (2002-2005) a été mis en place. Ce plan rappelle les objectifs atteints comme la création de 96 structures contre la douleur chronique rebelle, cependant il met également en évidence le fait que ces structures multidisciplinaires sont encore mal connues du public et des professionnels de santé et que les délais d'attente pour une première consultation sont longs. On retiendra de ce plan qu'il inscrit comme prioritaire l'amélioration de la prise en charge de la douleur chronique en prônant une meilleure accessibilité et visibilité de ces centres spécialisés et en promouvant une meilleure formation du personnel de santé. (12)
(13)

Le troisième plan (2006-2010) vient renforcer l'ensemble des objectifs des plans précédents et insiste sur l'amélioration et la structuration des filières de soins. Il apparaît cependant dans ce dernier programme de lutte contre la douleur un axe de réflexion nouveau, qui prône une meilleure utilisation des traitements médicamenteux et des méthodes non pharmacologiques. À travers le terme de « techniques non médicamenteuses », c'est la première fois que sont évoquées les médecines alternatives et complémentaires.

Des méthodes « psychocorporelles » ou « comportementales » comme l'hypnose, la relaxation et la sophrologie sont citées et mises en avant pour rappeler que le traitement médicamenteux ne constitue pas la seule réponse à la demande des patients douloureux. (14) Le projet d'un quatrième programme de lutte contre la douleur a été arrêté et on constate ainsi que depuis 2013, aucun plan, aucun programme, aucune action gouvernementale n'ont été mis en œuvre autour de la douleur.

II. Les Médecines Alternatives et Complémentaires

a. Définition

Pour définir correctement les médecines alternatives et complémentaires, il nous semble important de rappeler brièvement la définition de la médecine conventionnelle (MC). En effet, ces désignations « alternative » et « complémentaire » ne se font qu'en rapport à l'usage qui en est fait vis-à-vis de la MC, c'est-à-dire une utilisation qui vient en complément de celle-ci, ou qui la remplace. (15)

Le ministère des Solidarités et de la Santé (MSS) définit la médecine conventionnelle comme « *des traitements qui ont toujours obtenu une validation scientifique, soit par des essais cliniques, soit parce qu'ils bénéficient d'un consensus professionnel fort.* » (16) Les essais cliniques sont alors soumis à des contrôles rigoureux, et les consensus professionnels sont obtenus après de nombreuses années de recul. Cet encadrement strict permet de prouver l'efficacité de la MC. On peut également désigner cette dernière par le terme de médecine « allopathique ».

Une immense variété de termes existe pour désigner ce champ de thérapies n'entrant pas dans celui de la MC et il n'existe aucun consensus sur la définition exacte.

Ainsi, nous avons pris le parti d'utiliser la définition des MAC donnée par l'OMS (17) : « *Vaste ensemble de pratiques de santé qui ne font pas partie de la tradition ni de la médecine conventionnelle du pays et ne sont pas pleinement intégrées à son système de santé prédominant.* »

Parmi les autres dénominations utilisées fréquemment, on retrouve notamment « Médecines non conventionnelles », utilisée par le Parlement européen(18), « Pratiques de soins non conventionnelles » (PSNC), citée par le MSS (16), « Médecines douces » et « Médecines parallèles », terminologies utilisées par le grand public.

b. Classification des MAC

De la diversité des MAC naît la nécessité d'une classification. En effet, environ 400 pratiques non conventionnelles à visée thérapeutique sont dénombrées par la Mission Interministérielle de Vigilance et de Lutte contre les Dérives Sectaires (MIVILUDES) (19).

Une soixantaine de « traitements complémentaires » sont identifiés par MeSH (Medical Subject Heading) (20), réunis dans 22 descripteurs principaux (groupes), eux même divisés en descripteurs spécifiques (sous-groupes).

Là encore il n'existe pas de consensus officiel encadrant la classification des MAC, et nous vous présenterons celles parmi les plus utilisées dans la littérature.

Tout d'abord, l'OMS, l'INSERM et le National Center for Complementary and Integrative Health (NCCIH) distinguent 4 catégories de MAC (21), selon la **nature du traitement** :

- **Thérapies biologiques**, utilisant des produits naturels issus de plantes, minéraux ou animaux (phytothérapie, aromathérapie...)
- **Thérapies manuelles**, axées sur la manipulation (ostéopathie, chiropraxie...)
- **Thérapies psychocorporelles** (Hypnose, méditation, sophrologie...)
- **Systèmes complets**, reposant sur des fondements théoriques et pratiques propres (acupuncture, homéopathie)

Une autre classification existe, reposant sur le **mode d'administration ou de pratique** de la thérapie complémentaire considérée (22) :

- Modalités d'administration par (ou de pratique avec) un tiers praticien formé à la médecine complémentaire (acupuncture, ostéopathie, mésothérapie, homéopathie, hypnose...)
- Modalité d'auto-administration (pratique individuelle ou groupe) après apprentissage avec un tiers praticien formé à la médecine complémentaire (hypnose, méditation, Tai Chi, Qi Gong, relaxation, yoga, compléments alimentaires, plantes...)
- Modalité d'auto-administration (pratique individuelle ou groupe) après apprentissage avec un tiers praticien formé à la médecine complémentaire et avec supervision périodique (Tai Chi, Qi Gong, relaxation, yoga...)

c. Exemples de MAC

Acupuncture (23,24)

L'acupuncture est issue de la médecine traditionnelle chinoise. En effet, elle se base sur la théorie du Yin et du Yang selon laquelle chacun des organes et ensembles anatomiques est spécifiquement de nature yin ou yang, qui sont eux même deux principes opposés et complémentaires. Tout changement pathologique est alors l'expression d'un déséquilibre, d'une dysharmonie yin/yang et l'acupuncture a pour but de rétablir cet équilibre énergétique. L'énergie du corps appelée le « Qi » (prononcé *Tchi*), qui permet le bon fonctionnement des organes vitaux, circule à travers des « méridiens », vecteurs invisibles du corps. Ainsi, en manipulant des aiguilles sur les 361 points d'acupuncture décrits, l'harmonie énergétique peut être restaurée et conduire à la guérison des symptômes.

En occident, elle est le plus souvent dispensée lorsque la médecine conventionnelle est en échec, lorsque les traitements sont inefficaces ou induisent des effets secondaires non tolérés. Il existe cependant un nombre conséquent d'indications validées par la HAS parmi lesquelles on peut évoquer notamment : les douleurs chroniques liées à l'arthrose, les cervicalgies et lombalgies chroniques, les migraines et céphalées de tension...

Ostéopathie (23,25)

Bien qu'on retrouve des traces de procédures thérapeutiques manuelles vieilles de 3000 ans, l'ostéopathie a été officiellement fondée aux États-Unis en 1874 par Andrew Taylor Still. Selon son fondateur, la théorie de cette technique manuelle consiste à manipuler les différentes parties du corps qui se trouvent mal alignées afin de permettre une circulation harmonieuse du « fluide vital ». C'est ainsi, qu'on pourrait soigner des problèmes vertébraux mais également de multiples pathologies, par exemple digestives ou respiratoires.

Selon l'OMS, « *L'ostéopathie repose sur l'utilisation du contact manuel pour le diagnostic et le traitement. Elle prend en compte les relations entre le corps, l'esprit, la raison, la santé et la maladie. Elle place l'accent sur l'intégrité structurelle et fonctionnelle du corps et la tendance intrinsèque de l'organisme à s'auto-guérir. (...) Cette approche holistique de la prise en charge du patient est fondée sur le concept que l'être humain constitue une unité fonctionnelle dynamique, dans laquelle toutes les parties sont reliées entre elles.* »

Cette pratique repose donc sur des actes thérapeutiques manuels à visée antalgique, analgésique et myorelaxante, tels que les manipulations et les mobilisations articulaires en se basant sur une approche systémique du trouble fonctionnel permettant d'accompagner et de suivre le patient tout au long de son parcours thérapeutique. Les principales indications restent la prise en charge des douleurs musculo-squelettiques.

Homéopathie (26–29)

C'est un médecin allemand, Samuel Hahnemann, qui est à l'origine de l'homéopathie à la fin du 18ème siècle. L'homéopathie est une méthode thérapeutique qui repose sur trois principes fondamentaux :

- Le principe de similitude : Il est énoncé en ces termes « *toute substance capable d'induire à des doses pondérales chez le sujet sain des symptômes pathologiques, est susceptible, à doses spécialement préparées, de faire disparaître des symptômes semblables chez le malade qui les présente* ». Autrement dit, ce qui peut rendre malade à forte dose peut guérir à faible dose.

- Le principe de l'infinitésimal : il établit que les doses administrées doivent être extrêmement faibles pour limiter la toxicité et potentialiser l'effet. La substance active de base (végétale, minérale ou animale) subit donc de nombreuses dilutions successives selon la technique hahnemannienne qui est la plus courante (notée CH au centième). Chacune des dilutions a été suivie de nombreuses secousses du récipient dans lequel elle a été pratiquée (« dynamisation »).
- Le principe d'individualisation : Cette approche se résume souvent ainsi « l'homéopathie soigne le malade et pas la maladie ». Ainsi, le patient doit être pris dans sa globalité (physique et psychique) afin de recevoir le meilleur traitement.

Mésothérapie (30)

La mésothérapie a été fondée par le médecin Michel Pistor en 1952. La Société Française de Mésothérapie (SFM) la définit « comme une allopathie injectable par voies intradermique et sous-cutanée, superficielle, loco-régionale, polyvalente et microdosée ». Le principe consiste donc à injecter des petites doses d'agent thérapeutique, au plus proche de la zone lésée, pour maximiser les effets du produit injecté tout en diminuant les effets secondaires systémiques. Les produits injectés peuvent être variés et sont souvent associés à de la Lidocaïne, parmi les plus fréquents on retrouve par exemple les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) ou les décontracturants.

La mésothérapie est proposée dans le traitement de la douleur notamment pour des pathologies comme l'arthrose, les lombalgies, les cervicalgies, les tendinites, ou encore les migraines.

Hypnose (31–33)

Il existe une multitude de façon de définir l'hypnose, cependant il existe une définition internationale, proposée par la Society of Psychological Hypnosis, selon laquelle l'hypnose est « *un état de conscience incluant une focalisation de l'attention ainsi qu'une attention périphérique diminuée, caractérisé par une capacité accrue à répondre à la suggestion* ».

L'hypnose est constituée de trois dimensions :

- L'état de conscience modifié (« état hypnotique ») pouvant maintenant être objectivé par l'imagerie médicale.
- La dimension relationnelle (« rapport hypnotique ») qui renvoie à l'alliance thérapeutique.
- La conscience corporelle qui correspond à notre sensorialité et qui permet de percevoir l'environnement et notre relation avec celui-ci.

Proposer à un patient une séance d'hypnose à visée thérapeutique consiste à mobiliser ces trois dimensions au sein d'une expérience que l'on nomme transe hypnotique. Au cours de cette transe, le patient gagne en flexibilité dans une dynamique globale (psychologique, corporelle et spirituelle). C'est ainsi que cet état est considéré comme doté de vertus réparatrices et susceptible de faciliter secondairement, spontanément ou par suggestion, une meilleure homéostasie et un meilleur aménagement des relations de l'organisme avec son milieu.

Le domaine de la douleur est celui où l'hypnose est le plus développé notamment en pratique interventionnelle immédiate (bloc opératoire, urgences, ...) mais aussi en accompagnement (Obstétrique, douleur chronique, ...).

Sophrologie (34,35)

Le Professeur Alfonso Caycedo, neuropsychiatre d'origine colombienne, crée la sophrologie dans les années 1960. Il estime que l'hypnose traditionnelle est trop directive, et souhaite une nouvelle approche basée sur « l'harmonisation de la conscience ».

En pratique, la sophrologie est une méthode psychocorporelle qui est exclusivement verbale, et qui repose sur un ensemble de techniques combinant des exercices de respiration, de décontraction musculaire et de visualisation avec imagerie mentale. A partir d'un accompagnement régulier, dont l'approche relationnelle est fondée sur la phénoménologie, la sophrologie tend à favoriser l'autonomie des individus et à les rendre pleinement acteurs de leur mieux-être en développant leurs capacités et ressources pour faire face aux événements, aux émotions ou à la maladie.

Un des avantages de cette pratique est qu'elle est rapidement utilisable de manière autonome par le patient grâce à des exercices reproductibles. Le champ d'application de cette technique est très vaste et trouve entièrement son intérêt dans la prise en charge des pathologies chroniques.

Méditation de pleine conscience (35,36)

La méditation de pleine conscience est issue du bouddhisme. La pleine conscience (Mindfulness en anglais) consiste à concentrer son esprit sur l'expérience du moment présent. Ainsi au cours de la méditation la personne se focalise sur ses sensations, sa respiration, ses perceptions, un mouvement, ses émotions, ses pensées, sans émettre de jugement de valeur. De cette expérience centrée sur l'instant découle une expérience de confrontation à soi qui va permettre de s'accepter, sans se juger et de créer une autorégulation émotionnelle. La méditation de pleine conscience trouve des indications autant dans le domaine somatique que psychopathologique.

Phytothérapie (37–39)

La **phytothérapie** est une médecine traditionnelle ancestrale qui est inhérente à l'histoire de la pharmacie. Elle consiste en l'utilisation thérapeutique de substances végétales (herbes, feuilles, fleurs, racines, graines) fondée sur l'observation empirique de l'action pharmacologique des plantes médicinales.

L'**aromathérapie** est une branche de la phytothérapie qui utilise des huiles essentielles aromatiques. Les huiles essentielles sont des produits complexes, contenant pour la plupart plusieurs centaines de constituants, ce qui peut partiellement expliquer leurs propriétés thérapeutiques.

Le domaine majeur de l'aromathérapie est la pathologie infectieuse mais selon les cas, elle est également pourvue d'autres propriétés, par exemple antirhumatismales.

Qi-gong (35)

Cette pratique est issue de la Chine ancienne. Littéralement « Qi-gong » signifie « travail de l'énergie ». Il s'agit d'une méthode basée sur l'ajustement du corps, du souffle et de l'esprit. Cette méthode psychocorporelle permet d'atteindre un état d'unité au travers de postures statiques et de mouvements lents.

Le qi-gong à visée thérapeutique se développe et devient pertinent dans de nombreuses indications. Il est notamment proposé aux patients souffrant de douleur chronique dans les « centres d'évaluation et de traitement de la douleur » (CETD) devant son impact sur les souffrances physiques et psychiques.

Reiki (40)

Le Reiki est une méthode de relaxation méditative par le toucher. Le toucher spécifique du praticien, mais aussi la méditation qu'il effectue, font entrer la personne en relaxation profonde. Cette technique a pour but d'aider la personne à dissoudre durablement ses vécus difficiles et ainsi d'aller vers son épanouissement personnel.

d. Statut juridique des MAC :

La France fonctionne sur le principe du monopole médical : l'exercice de la médecine y est régi par l'article L4111-1 du Code de Santé Publique (CSP) (41). Il est réservé aux seuls médecins, qui se doivent d'être inscrits au tableau du Conseil de l'Ordre des Médecins. Cette inscription peut être vérifiée par le public sur le site du Conseil National de l'Ordre de Médecins (CNOM). Jusqu'à 2 ans d'emprisonnement et 30 000 euros d'amende sont encourus en cas d'exercice illégal de la médecine, tel que défini dans l'article L-4161-1 du CSP (42).

Les professionnels de santé utilisent parfois dans le cadre de leur pratique des MAC. Le CNOM en reconnaît quatre qui peuvent donc faire l'objet de titres et mentions autorisés sur les plaques et ordonnances. Il s'agit de : l'homéopathie, l'acupuncture, la mésothérapie et de l'ostéopathie.

Depuis la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (43), l'usage professionnel du titre d'ostéopathe ou de chiropracteur est réservé aux personnes titulaires d'un diplôme sanctionnant une formation spécifique, il n'est donc pas réservé seulement aux médecins. Le diplôme est délivré par un établissement agréé par le MSS, mais ce n'est pas un diplôme d'Etat.

La mésothérapie, l'acupuncture et l'homéopathie sont considérées comme des actes médicaux, et donc soumis à l'article L4161-1, posant les limites de l'exercice illégal de la médecine. La première est réservée seulement aux médecins, tandis que les deux autres sont aussi accessibles aux sages-femmes et chirurgiens-dentistes.

Concernant les autres MAC « non reconnues » par le CNOM, il existe peu de statuts juridiques clairement définis. La demande d'enregistrement de la certification « hypnothérapeute » au Répertoire National de la Certification Professionnelle (RNPC) a été refusée par le Sénat (44), au motif de la différenciation entre l'hypnose dite « de mieux être » et l'hypnose à visée médicale. La jurisprudence de la Cour de Cassation dans un arrêt du 9 mars 2010 précise que l'exercice notamment de l'hypnose dans un cadre autre que médical, s'apparente à l'exercice illégal de la médecine.

Certaines MAC disposent de cette certification auprès du RNPC, comme la sophrologie (45) ou la naturopathie (46). La profession de sophrologue est non réglementée et donc aucun diplôme, certificat, ou autre, ne peut être légalement exigé pour s'installer (47).

e. Prise en charge par la CPAM :

La classification commune des actes médicaux (CCAM) est une nomenclature française, mise en place en 2005, destinée à coder les gestes pratiqués par les médecins, gestes techniques dans un premier temps puis par la suite, les actes intellectuels cliniques. Dans le cadre de la médecine libérale, elle sert à établir les honoraires des actes techniques réalisés lors des consultations.

Elle contient des codes pour certains actes de médecines complémentaires :

- La séance de mésothérapie à visée antalgique est référencée via le code **ANLB003** pour un tarif fixé à 0,00€. En revanche, si un acte de mésothérapie a lieu au cours d'une consultation, conforme dans sa réalisation à l'article 15 des dispositions générales de la NGAP, la facturation de cette consultation est légitime. (30)
- La séance d'acupuncture se code **QZRB001** (48) pour une tarification de 18,00€. Cet acte est réglementé par ses indications limitées en particulier en traitement exclusivement adjuvant, en seconde intention, et n'est pas cumulable avec la cotation d'une consultation.
- Le code **LHRP001** de séance de médecine manuelle de la colonne vertébrale existe depuis 2005 avec une tarification de 33,50€ mais ne concerne pas exclusivement l'ostéopathie. En effet, les actes accomplis par les ostéopathes ne sont pas conventionnés par l'Assurance Maladie, et à ce titre, ne sont donc pas remboursés par la Sécurité Sociale. De nombreuses mutuelles de santé complémentaires peuvent cependant accepter une prise en charge partielle des traitements prodigués. (49)

Pour les autres MAC citées précédemment, il n'existe aucune base de remboursement pour les actes effectués. Les frais seront donc à la charge du patient. Il est à noter que les complémentaires santé proposent des offres variées de remboursement pour les « médecines douces », en général sur la base d'un certain montant ou nombre de consultations par an.

III. Cas particulier de la douleur chronique cancéreuse :

Plusieurs études ont montré une prévalence importante de la douleur liée au cancer à tous les stades de la maladie (50) (51). Celle-ci n'est pas seulement liée à la pathologie, mais peut aussi être secondaire aux traitements (chirurgie, radiothérapie, chimiothérapie, hormonothérapie). Chez 50% de ces patients, la douleur cancéreuse est devenue une maladie chronique avec cette composante souvent séquellaire des traitements.

Bien que les mécanismes physiopathologiques soient similaires entre douleur chronique cancéreuse (DCC) et douleur chronique non cancéreuse (DCNC), la différence dans la durée du symptôme peut être importante. De plus, la DCC peut être associée à une diminution des fonctions, induite par la progression de la maladie.

Dans ce contexte, les pouvoirs publics ont œuvré pour le développement des soins de support en créant en 2003 le premier Plan Cancer, dont la mise en place est précisée dans la circulaire DHOS du 22/02/2005 (52). Ceux-ci sont définis comme « *l'ensemble des soins et soutiens nécessaires aux personnes malades tout au long de la maladie* ». Ils représentent une coordination qui doit mobiliser des compétences et organiser leur mise à disposition pour le patient. Ils font partie intégrante de la démarche de cancérologie.

C'est la mesure 42 du Plan Cancer qui prévoit le développement de ces soins et insiste notamment sur le développement de la prise en charge de la douleur et de la psycho-oncologie.

Ces soins de support vont pouvoir inclure des MAC telles que nous les avons définies précédemment. Le réseau régional de cancérologie d'Ile de France (53) détaille par exemple l'offre de soins de support de ces établissements pour la prise en charge de la douleur cancéreuse, et on peut y retrouver plusieurs MAC (telles que l'hypnose, l'ostéopathie, la réflexologie, l'acupuncture, etc...).

En parallèle, et pour la prise en charge des DCNC, plusieurs Plans Douleur ont vu le jour, dans lesquels le recours à des techniques « non médicamenteuses » n'est évoqué qu'à partir du 3^{ème} plan (2006) (14), au sein duquel seules deux études ont été réalisées. Une pour identifier la place et le rôle des techniques de relaxation dans la migraine, et l'autre celle de la neurostimulation transcutanée dans les lombalgies. Ceci n'est pas représentatif de la grande diversité des douleurs chroniques et des MAC existantes.

C'est pourquoi, nous excluons les DCC de notre étude, pour lesquelles l'usage de MAC est mieux acquis et fait partie intégrante des soins de support, et nous nous focaliserons sur les DCNC.

IV. Objectif de l'étude

A la lumière de ces éléments, notre objectif est d'évaluer le vécu et la perception des médecins généralistes concernant l'utilisation des MAC pour les patients douloureux chroniques, et de proposer des voies d'amélioration dans ce domaine.

B. MATERIEL ET METHODE

I. Type d'étude

Nous avons choisi de mener une étude qualitative, par entretiens semi dirigés, qui nous paraissait être la plus appropriée pour étudier le vécu et le ressenti des médecins généralistes dans le contexte de prescription de MAC pour les patients douloureux chroniques. Ce type d'étude permet de mieux mettre en valeur les difficultés, ou au contraire les facilités des praticiens dans leur pratique quotidienne, là où un questionnaire élaboré par les chercheurs aurait pu omettre plusieurs notions importantes.

II. Population choisie et mode de recrutement

a. Choix de la population

Les entretiens ciblaient des médecins généralistes installés en libéral dans les départements des Bouches du Rhône et du Var.

Afin de maximiser la diversité des profils, hommes et femmes de tout âge étaient sélectionnés, qu'ils possèdent ou non une formation complémentaire sur un MAC, quel que soit leur mode d'exercice et la localisation de leur cabinet (milieu rural, urbain, semi-rural).

b. Mode de recrutement

La majorité des médecins a été recrutée par téléphone. Certains, qui n'étaient pas joignables directement, ont été contactés par mail (Annexe 1).

III. Recueil et analyse des données

a. Elaboration du guide d'entretien

Le guide d'entretien (annexe 2 et 3) comprend une brève présentation des chercheurs, du déroulement de l'entretien et un rappel de la question de recherche. Nous nous sommes inspirées de la littérature pour créer le guide. Tout d'abord une question d'ouverture sur le ressenti global face à un patient douloureux chronique était posée puis, des questions explorant le ressenti et les perceptions des médecins généralistes dans l'utilisation des MAC pour ces patients. Des questions de relance étaient prévues tout au long de l'entretien, afin d'approfondir certaines réponses obtenues.

Celui-ci a d'abord été testé sur deux médecins, afin d'en vérifier la bonne compréhension et la validité. Les résultats de ces entretiens n'ont pas été inclus dans l'étude.

Le guide d'entretien a par la suite été évolutif, c'est-à-dire que des questions ont été modifiées, rajoutées ou supprimées entre les entretiens, en fonction de leur capacité à produire des réponses satisfaisantes pour l'analyse. A la fin de chaque entretien nous nous sommes assurées que l'enquêté ne souhaitait pas exprimer d'autres idées.

b. Réalisation des entretiens

Les entretiens ont été réalisés entre le 19/01/2021 et le 11/03/2021. Le nombre d'entretiens à effectuer n'était pas fixé à priori et le recueil s'est terminé une fois la saturation des données atteinte, qui correspond à l'absence d'émergence d'idées nouvelles. Deux entretiens supplémentaires ont été réalisés après avoir atteint la saturation afin de s'assurer qu'aucune autre idée ne ressortait. Treize des interviews ont été effectuées au cabinet des différents médecins, et étaient enregistrées au moyen d'un dictaphone, d'un téléphone portable ou d'un ordinateur portable. Quatre d'entre elles ont été réalisées en visio-conférence, du fait de la situation sanitaire actuelle.

c. Analyse des données

L'intégralité de l'entretien a ensuite été retranscrit par le chercheur en utilisant le logiciel Microsoft® Word. Les éléments non verbaux (silence, rire...) ont aussi été relevés lors de la retranscription.

Chaque entretien a été codé séparément par les deux enquêtrices puis, les deux analyses étaient comparées et mises en commun. Le codage a été réalisé sur le logiciel Microsoft® Excel.

L'analyse a été effectuée par méthode de la théorisation ancrée, qui consiste à « générer inductivement une théorisation au sujet d'un phénomène culturel, social ou psychologique, en procédant à la conceptualisation et la mise en relation progressives et valides de données empiriques qualitatives » (54). La synthèse finale a été modélisée en annexe 4.

C. RESULTATS

I. Caractéristiques de la population

Au total, 17 médecins généralistes ont été interrogés, âgés de 27 à 68 ans, avec une moyenne de 45,8 ans. Six médecins (35%) possédaient un ou plusieurs diplômes de MAC reconnues par l'Ordre des Médecins. Huit étaient des femmes et neuf des hommes, notre échantillon avait donc la parité. Neuf des médecins (53%) exerçaient en milieu urbain, quatre en milieu rural (23,5%) et quatre en milieu semi rural (23,5%). Treize médecins exerçaient dans les Bouches du Rhône et seuls quatre d'entre eux dans le Var. La durée des entretiens variait de 16 minutes à 44 minutes, avec une moyenne de 26 minutes. Ces caractéristiques sont reportées dans le tableau 1.

Sexe	Age	Département	Zone d'exercice	DU – DIU MAC	Durée
H	64 ans	13	Urbain	M/A/H	16 min
H	64 ans	13	Urbain	Aucun	27 min
F	68 ans	13	Urbain	A/H/O	17 min
H	38 ans	13	Semi rural	Aucun	22 min
F	47 ans	13	Rural	H/Phytothérapie	33 min
H	29 ans	83	Semi rural	Aucun	19 min
H	32 ans	13	Urbain	Aucun	21 min
H	49 ans	13	Rural	Aucun	23 min
F	40 ans	83	Urbain	H/ Hypnose	24 min
H	58 ans	13	Urbain	M	27 min
F	36 ans	83	Rural	Aucun	44 min
F	45 ans	83	Rural	Aucun	34 min
F	30 ans	13	Urbain	Aucun	18 min
H	66 ans	13	Semi rural	H/A	20 min
H	58 ans	13	Urbain	Aucun	32 min
F	27 ans	13	Semi rural	Aucun	31 min
F	29 ans	13	Urbain	Aucun	26 min

Tableau 1 : Caractéristiques des médecins

Légende : H = Homéopathie ; M = Mésothérapie ; A = Acupuncture ; O = Ostéopathie

II. Vécu de la prise en charge de la douleur chronique

a. Le médecin à l'aise dans la prise en charge de la douleur

Interrogés sur leur vécu concernant la prise en charge de la douleur chronique, les médecins expriment globalement un **sentiment d'assurance**.

M2 : J'ai toujours été à l'aise avec la douleur. J'ai pas peur des antalgiques.

Il ressort des entretiens que **l'allopathie est un domaine de compétence du médecin généraliste** qui en maîtrise les thérapeutiques et leurs effets secondaires.

M8 : Après effectivement sur la prise en charge et l'utilisation de thérapeutique, que ça soit les antalgiques palier 1, 2 ou palier 3, j'ai pas de frein. Ou sur les traitements... Les antalgiques à visée douleur neuropathiques aussi. Voilà, j'ai pas trop de frein, pas trop d'appréhension par rapport à ça, donc j'arrive plutôt, enfin je pense, à jongler pas trop mal avec les différentes molécules.

M10 : Tandis que si tu mets un Actiskenan 20 [...] moi je suis sûr que je calme la douleur, ou alors je mets un patch de fentanyl mais voilà, je maîtrise la pathologie, je maîtrise la douleur, et je maîtrise les effets secondaires.

b. Particularités de la consultation d'un patient douloureux chronique

Les médecins ont évoqué les différents aspects de ce type de consultation. Plusieurs d'entre eux jugent nécessaire de **reprendre l'histoire douloureuse à son commencement**.

M5 : La première consultation où on voit les gens c'est vraiment là où il faut bien décortiquer, d'où ils viennent, tout leur passif, tout ça, tout ce qu'ils ont déjà pris tout ça.

Les praticiens ressentent le besoin d'adopter une **attitude d'écoute du patient et de sa douleur**.

M17 : Je pense qu'il faut toujours, comme d'habitude dans notre métier, de l'écoute, toujours bien lui faire comprendre qu'on comprend sa douleur, parce que je pense que souvent c'est des patients qui ont vraiment besoin d'être entendus, parce qu'ils ont fait tous les spécialistes du monde, on comprend pas là où ils ont mal, on sait pas dire ce qu'ils ont et souvent ils ont souvent besoin de parler.

Autant que l'écoute, **l'empathie représente pour eux une qualité indispensable** pour accompagner le patient dans sa douleur.

M8 : Et effectivement *silence* j'essaie d'être plutôt dans l'écoute et l'empathie donc déjà par rapport à ça. [...] C'est souvent eux qui connaissent le mieux leur douleur, donc c'est important, voilà, de vraiment tenir compte de leur ressenti.

Ces deux qualités, mises en avant par les médecins, permettent le développement de la **relation de confiance avec le patient qui est le pilier central** pour une bonne continuité des soins.

M15 : Ce qui fait le cœur de la relation entre le patient et le médecin c'est la confiance, la confiance du patient envers son médecin traitant et ça doit être de l'autre côté le respect du patient.

M9 : Déjà quand un patient vient nous choisir en médecin traitant c'est que déjà il est à l'aise avec nous niveau consultation, et il nous fait confiance, parce que bon quand même, on l'examine, on prescrit des médicaments. S'il me faisait pas confiance, je pense qu'il prendrait pas mes médicaments et qu'il ferait pas les examens complémentaires que je vais lui demander.

Les médecins pensent qu'il est important d'**inclure le patient dans la décision thérapeutique** notamment pour **favoriser leur adhésion au traitement**.

M5 : Pourquoi est-ce qu'au final on leur a imposé ce médicament, la plupart du temps sans leur expliquer les effets négatifs [...] Moi, je trouve que souvent, on met un peu les gens devant le fait accompli de leur traitement, on n'explique pas assez ce qu'on cherche à faire.

M13 : Ça m'encourage et ça revient au fait que plus je les intègre dans la décision thérapeutique, enfin dans leur traitement et dans leur démarche thérapeutique, plus ils adhèrent et plus ça fonctionne.

Afin de prendre correctement en charge la douleur chronique, ils leur semblent essentiel de **considérer les différentes composantes de la douleur**. Ils insistent particulièrement sur la **prise en charge de la composante psychologique**.

M4 : Dans la douleur, y'a toujours, y'a souvent une part physique mais après y'a un retentissement et une douleur psychique donc c'est des choses qui doivent, qui peuvent s'associer aux autres thérapeutiques, donc qui peuvent améliorer même si on ne joue pas sur le physique, ça peut jouer sur le psychique.

M8 : Et très souvent y'a la psychothérapie qui est associé pour justement quantifier, objectiver les douleurs, les ressentis. Qu'est ce qui est du domaine du ressenti, qu'est ce qui est du domaine de la douleur objective ?

Les praticiens évoquent également l'importance de prendre en compte **l'environnement socio-professionnel** du patient dans les contextes douloureux.

M12 : On sait que le social et l'environnemental jouent vachement chez le douloureux, qui fait que si tu les aides pas à côté, ou si au moins tu les écoutes pas... Et puis faut énormément les aider les gens ! Pour beaucoup ils sont largués hein ! Moi j'oriente facilement aussi vers les assistantes sociales ! Ça joue beaucoup.

M15 : Il y a toujours une dimension à la fois psychologique et y compris sociale, dans la présence de la douleur chronique, et chaque patient va réagir plus ou moins différemment. [...] Le contexte de vie c'est très important, un patient isolé, un patient qui vit en famille, en couple, s'il a des enfants, selon son âge également etc... Et puis son activité professionnelle s'il en a une.

Avec pour but une prise en charge plus globale, les médecins n'hésitent pas à entreprendre **une prise en charge multidisciplinaire** en ayant recours notamment aux médecins spécialistes.

M6 : Et quand justement je ne sais pas, ce qui est bien c'est que par ici y'a une autre médecin qui est algologue, enfin *dans la ville d'à côté*, mais bon je les adresse *là-bas* pour avoir d'autres idées, plus ou moins le rhumatologue, pour essayer d'avoir une prise en charge plus globale dans un premier temps.

Pour compléter leur prise en charge pluridisciplinaire, les médecins nous ont dit avoir **tendance à s'appuyer sur les centres antidouleur** notamment lorsqu'ils se sentent démunis. L'avantage que peut présenter ces centres antidouleur est de soulager le médecin devant ses difficultés de gestion de la douleur en **facilitant l'accès à d'autres techniques antalgiques non maîtrisées par le praticien, notamment les MAC**. Malheureusement, les médecins généralistes évoquent le **manque de disponibilité de ces structures** pourtant primordiales dans la prise en charge.

M9 : Certainement je l'enverrai à un centre antidouleur, là-bas il peut bénéficier et de la sophrologie, et de l'hypnose, de l'homéopathie, peut-être de l'aromathérapie. Après je connais pas tout ce que je peux lui proposer mais je saurais l'orienter vers un centre anti douleur où là, certainement y'a des choses que je suis pas au courant, et je suis pas formée je vais pas m'avancer sur des terrains que je connais pas. Et à ce moment-là il sera soulagé de sa douleur chronique.

M2 : Alors on les envoie au centre antidouleur, et la seule chose que je reproche c'est qu'il n'y ait pas assez de centre antidouleur et que les rendez-vous soient très longs à obtenir.

c. Évaluation de la douleur chronique

Concernant l'évaluation de l'efficacité des thérapeutiques antalgiques, certains praticiens déclarent **utiliser l'échelle numérique (EN) de la douleur**.

M1 : Alors maintenant je commence à me servir de l'échelle de la douleur. Je leur dis « Sur une échelle de 0 à 10 vous évaluez votre douleur à combien ? »

Cependant, il ressort de nos entretiens que les praticiens ont globalement une **réticence à l'utilisation de l'EN**.

M17 : Moi j'utilise jamais l'échelle *Rires*, l'échelle de 0 à 10, je trouve ça hyper dur, je ne l'utilise jamais.

En effet ils trouvent que cette dernière peut avoir un **caractère réducteur** notamment dans l'évaluation des douleurs chroniques.

M11 : J'ai pas beaucoup de gens qui me disent « j'ai mal à 2 » ou « j'ai mal à 8 ». Je vais plutôt parler de fréquence, d'horaire, de ... d'à quel point ils sont impactés dans leur vie, moi c'est surtout ça qui me paraît important. Donc c'est plus de la discussion, du coup c'est pas une échelle très objective, effectivement mais je trouve que la douleur c'est rarement objectif, et surtout sur les douleurs chroniques c'est rarement objectif.

M15 : Le poids de la douleur... C'est pour ça que la mesure de 0 à 10 c'est un peu, un petit peu pas adapté comme méthode, mais le poids de la douleur n'est pas égal y compris pour la même personne, selon les moments de sa vie.

Certains médecins préfèrent alors **se baser sur le ressenti du patient** ainsi que sur les **caractéristiques de la douleur**.

M8 : Sur des douleurs chroniques ça va être surtout le ressenti du patient qui va permettre d'évaluer, de faire évoluer choses. De manière objective c'est compliqué.

M5 : Ah ben non, y'a pas que l'intensité de la douleur. Y'a notamment la durée de la douleur, après y'a aussi la façon dont les gens ressentent la douleur, euh... La fatigue liée à cette douleur, l'humeur liée à cette douleur, le fait que ça leur gêne la vie au quotidien.

Au final, le marqueur d'efficacité d'une thérapeutique antalgique dans la douleur chronique peut être associé à **l'amélioration de la qualité de vie**.

M13 : Et voilà dans sa vie quotidienne comment ça l'a amélioré, est ce qu'il a pu refaire certaines choses qu'il ne faisait plus ou est-ce qu'au final il trouve que c'est encore pire ou que c'est pareil ou moins bien qu'avant. C'est plus comme ça que j'évalue. Pas juste « sur une échelle de 0 à 10, vous mettez combien ? »

d. Une consultation difficile

Après avoir exprimé une certaine assurance dans la prise en charge de la douleur, les médecins généralistes sont tout de même nombreux à évoquer les difficultés qu'ils rencontrent au cours des consultations. Une des premières difficultés évoquées est d'être confronté à la **complexité de la prise en charge du patient douloureux chronique**.

M11 : Donc *souffle* c'est des consultations qui sont compliquées, je suis pas forcément à l'aise parce qu'elles sont compliquées.

M5 : On sait que ça va être quand même des patients qui vont être très demandeurs [...] L'idée première c'est que, ok, on s'attaque un peu.... Comme si on était un alpiniste on va plutôt s'attaquer à un truc très très compliqué que marcher en plaine tranquille. C'est un peu ça le ressenti.

Les médecins expriment également la **difficulté à gérer la douleur intense**.

M2 : Tous ceux qui nous posent problème globalement ce sont tous ceux qui souffrent terriblement.

Les **douleurs chroniques non étiquetées** sur le plan étiologique sont une autre difficulté que les praticiens rencontrent. En effet devant l'absence de diagnostic précis, ils avouent avoir plus de mal à prendre en charge les patients.

M7 : Parce que, par exemple le patient, typiquement fibromyalgique où tu trouves pas la cause de la douleur, et qu'il a mal partout et qu'il a déjà tout essayé, qui vient et qui te dit « soignez moi docteur », ouais là c'est un peu plus galère. Je suis un petit peu moins à l'aise effectivement.

Certains médecins évoquent la **difficulté de développer l'observance de leur patient**.

M1 : Mais quand t'as des gens qui te disent « Non mais moi ça ne me fait rien ». Je leur dis « Attendez, laissez-moi parler, comment vous prenez votre Paracétamol ? » « Ben je prends un Doliprane 1000 ». Je dis « Oui, puis après ? » « Ben ça me calme pas donc... ». Je dis « Non mais est ce que un jour vous avez pris du Paracétamol matin, midi et soir, tous les jours pendant 10 jours, 15 jours, 1 mois ? » « Non jamais ».

Enfin, d'autres estiment que **ce type de consultation est chronophage** et parfois difficile à mettre en place selon la charge de travail au cabinet.

M17 : Souvent ils ont souvent besoin de parler. Mais après, je pense que c'est des consultations longues pour ça, parce qu'il y a plein de symptômes.

M10 : L'autre frein c'est qu'on manque de médecins, on fait entre 40 et 50 actes par jour, on peut pas rester une demi-heure par patient, c'est pas possible. C'est juste pas possible.

e. Le médecin confronté à la douleur chronique

La singularité de la prise en charge des douleurs chroniques ainsi que les difficultés évoquées précédemment peuvent parfois conduire le médecin à se sentir démuni. De nombreux praticiens ont exprimé ressentir un **sentiment d'échec**.

M11 : Alors les ressentis ça va vraiment dépendre des personnes... *Souffle* C'est souvent compliqué les consultations avec les douleurs chroniques, parce que déjà on est confronté à son propre échec en général.

M5 : Parce qu'en fait on est en échec on n'arrive pas à la soigner, mais aussi on est en échec parce qu'on ne supporte plus le malheur des autres.

De ce sentiment d'échec découle souvent un **sentiment d'impuissance**.

M4 : Et bah on se sent euh impuissant en fait. On se sent impuissant, on se sent impuissant parce qu'on peut ne pas trop savoir quoi proposer au patient. A part quand y'a déjà de la kiné des choses comme ça, des choses simples, mais après ça peut être compliqué.

C'est dans ce contexte que **les compétences du médecin peuvent être parfois dépassées**.

M13 : On a tous nos limites, déjà parce que j'ai pas forcément une formation en gestion de la douleur, y'a des médecins qui l'ont et qui vont du coup gérer différemment. Après j'ai des limites et je sais que, à ce moment-là, je ne vais pas avoir une prise en charge optimale.

Les praticiens éprouvent également un **malaise face à cet échec thérapeutique**.

M7 : C'est-à-dire que si le patient il a eu 15 thérapeutiques déjà par le passé, qu'il est là et qu'il te dit qu'il a toujours mal, ça me met un petit peu mal à l'aise.

M12 : Quand tu sais qu'ils sont là pour la dixième fois et que c'est toujours la même demande... Bon, je peux faire comme si de rien n'était, l'écouter, dire « Bon ben voilà continuez le traitement » mais j'ai du mal.

Les médecins doivent alors faire face à leurs propres limites et accepter le fait qu'**il n'existe pas de solution miracle** à proposer à certains patients douloureux.

M11 : Dans la façon d'amener je leur promets pas monts et merveilles. On est face à des douleurs chroniques, on sait bien que si on avait une solution magique, voilà... tout le monde l'aurait.

Pour faire face à ces nombreuses difficultés et afin de rester à l'écoute de la douleur des patients, certains médecins rappellent qu'**il est indispensable de rester disponible mentalement**, ce qui n'est pas toujours évident.

M12 : ben les jours où j'te dis, t'es un peu plus fatigué, t'es un peu plus pressé, t'es un peu plus.... C'est pas la consultation la plus *souffle*... voilà.

III. Des solutions pour pallier les limites de la médecine conventionnelle

a. Les limites de la médecine conventionnelle

Confrontés aux problématiques qui émanent de ces consultations difficiles, les médecins se sont exprimés sur leur perception de la médecine conventionnelle et de ses limites. Ils évoquent que **la survenue d'effets secondaires peut souvent conduire à limiter l'utilisation de l'allopathie.**

M8 : Bon après y'a toujours, que ça soit d'une manière générale sur toutes les douleurs, y'a toujours la problématique de la tolérance des médicaments, qui je pense est le plus grand frein à la prise en charge, bien souvent.

M5 : Parce que les effets indésirables, ça te gâche la vie ! Si effectivement tu as zéro douleur tant mieux. Mais si tu as zéro douleur et que tu es un zombie, que tu peux plus travailler, que tu peux plus conduire, *souffle*, au niveau qualité de vie c'est pas terrible hein !

Au-delà des effets secondaires, les médecins évoquent un **arsenal thérapeutique allopathique** pouvant être **limité**. Ils doivent alors faire face aux **échecs des traitements antalgiques classiques.**

M8 : Parce qu'au niveau des molécules, encore une fois sur les solutions « conventionnelles », c'est vrai qu'on est parfois un peu limité parce qu'on a essayé, nous en ville, pas mal de choses donc finalement derrière, les patients sont parfois un peu déçus parce que y'a pas forcément de solutions. [...] Mais c'est vrai que sur les molécules, on est quand même assez limité je trouve. Enfin y'a pas de grandes nouveautés.

M15 : Et il n'y a rien de pire pour un patient qu'on lui dise « Écoutez on a essayé ci, on vous a donné du Doliprane, de la Lamaline, on vous a donné du Topalgic, de l'Acupan, on vous a donné du Laroxyl, on vous a donné du Rivotril, et rien ne marche, démerdez vous ! ». Il n'y a pas pire, d'accord ?

De plus, malgré l'intensité de certaines douleurs et la difficulté de les traiter face à ces nombreux échecs thérapeutiques, il ressort pourtant une **réticence des praticiens à utiliser**

des antalgiques de palier 2 et 3. En effet ces thérapeutiques peuvent être mises à l'écart devant un **risque de dépendance ou d'accoutumance.**

M12 : On pourrait croire que la morphine c'est le summum et que à partir du moment où t'auras mis les gens sous morphine, ils seront bien. Pas du tout ! Pas du tout... Tu te retrouves avec des douloureux qui même sous morphine sont pareils, sauf qu'ils vont venir régulièrement pour monter leur dose !

M6 : Après bien évidemment on veut pas partir dans des trucs avec de l'accoutumance, tout ce qui est palier 2, palier 3.

M8 : Il faut éviter sur des antalgiques de palier 2 ou 3 de développer des dépendances aussi... Donc toujours essayer, voilà, même sur des douleurs chroniques toujours essayer de les réévaluer parce que ben... voilà, on n'est pas à l'abri... Et ça m'est arrivé effectivement d'avoir des patients qui développent une dépendance.

Certains praticiens mettent aussi en corrélation ces échecs thérapeutiques avec **l'aspect peu évolutif de la médecine conventionnelle**, qu'ils critiquent.

M1 : Hier je disais à un patient, « Je suis navré qu'à l'heure actuelle on en soit toujours à palier 1, palier 2, palier 3 » et qu'on n'ait pas fait plus de progrès que ça. [...] On aurait dû trouver une médecine, enfin une antalgie autrement parlée autrement écrite, autrement donnée pour soulager les gens.

D'autres encore critiquent **l'aspect trop protocolaire de la MC.**

M14 : Je ne comprends pas, qu'on puisse... Qu'on ait pu en arriver là. Pour moi c'est le patient qui compte en premier, je ne comprends pas qu'on puisse appliquer des protocoles, des directives, des ... Pour moi c'est pas de la médecine ça, c'est... c'est des recettes... c'est pas comme ça que j'ai appris la médecine en tout cas.

Il arrive aussi que **l'allopathie** soit mise à l'écart voir **dénigrée** par des médecins.

M14 : Oui, oui. C'est ce que ça m'évoque, parce qu'on n'est pas fait pour digérer des produits chimiques. Mais on en prend quand même, et ça fait des dégâts. [...] Et plus ça va, plus les gens sont intoxiqués, plus on a du mal à éliminer les toxines. Donc *soupir* on rame un peu maintenant. Parce que les gens prennent beaucoup de médicaments même sans l'avis de leur médecin.

Après des années d'exercice, il arrive que des médecins puissent exprimer une **déception envers la médecine conventionnelle**.

M14 : En médecine il y a deux sortes de maladies : celles qui guérissent toutes seules et celles qu'on n'arrive pas à soigner ». Bah 40 ans après je peux vous dire que c'est exact. [...] C'est un constat d'échec quand même... Mais c'est vrai que je n'encourage pas les jeunes, même que je vois en consultation, qui savent pas quoi faire de leur vie, je les encourage pas à entreprendre des études de médecine.

Émerge alors de nos entretiens une idée redondante, celle que **l'allopathie seule est insuffisante** dans certains cas, notamment dans la prise en charge de la douleur chronique et que face à ce constat il est nécessaire de s'ouvrir à de nouvelles solutions, sous entendues les médecines alternatives et complémentaires (MAC).

M1 : On va dire que l'allopathie c'est la base, et qu'à l'heure actuelle on est dans un monde qui peut plus se suffire de l'allopathie. C'est plus possible.

M11 : Pour moi c'est une aide d'avoir ce champ des possibles et pas juste les antalgiques de palier 1,2,3. « Bonjour, ça va pas palier deux ben hop palier 3, on se revoit dans 15 jours, merci au revoir. » C'est pas satisfaisant comme pratique, et souvent on apporte pas une réponse avec juste les antalgiques sur la douleur chronique, y'a autre chose à travailler, donc c'est très positif d'avoir ça.

Mais cet attrait pour les MAC peut également naître d'une **défiance des patients envers la médecine conventionnelle**, à laquelle le médecin est confronté dans son exercice quotidien.

M7 : Mais il y a de plus en plus de défiance envers la science. C'est-à-dire que les gens sont beaucoup plus enclins maintenant à croire à des trucs, à avoir des pensées magiques, plutôt que avant où la parole du médecin elle était sacrée, il y a 10 – 20 ans.

M13 : Et c'est vrai qu'avec les nouvelles... Ce qu'on entend un peu maintenant, les effets des médicaments, y'a un peu un petit mouvement anti-médicament, anti-hormone, anti-tout.

En effet, de nombreux médecins évoquent une **réticence grandissante des patients vis-à-vis de l'allopathie** à laquelle ils doivent s'adapter.

M13 : S'il me dit par exemple, « bah moi j'aime pas les médicaments » parce que ça s'entend beaucoup maintenant, j'essaie de voir déjà ce qu'il connaît comme autre moyen de traitement.

b. Alternatives à l'allopathie

Face à ces limites, les médecins considèrent qu'intégrer les **MAC** à leur pratique pour traiter les douleurs chroniques, leur permet d'**élargir leur arsenal thérapeutique** afin de pouvoir proposer de nouvelles solutions à leurs patients.

M12 : J'ai un peu du mal à laisser sortir un douloureux sans avoir proposé quelque chose de nouveau. C'est vrai que ces choses-là c'est quelque chose que je peux proposer en plus. C'est toujours un truc de plus [...] C'est positif car c'est un soutien, un complément à mon activité, de façon à toujours avoir quelque chose à proposer aussi. Ça c'est un apport non négligeable.

M5 : Moi, l'impression que j'ai c'est que j'ai la chance d'avoir plus de cartes dans mon jeu que d'autres personnes. Et c'est une chance pour moi et pour mes patients.

Grâce aux MAC, ils déclarent trouver **des alternatives pour repousser l'introduction de certains traitements** et ainsi éviter de prescrire des thérapeutiques « lourdes » ou pouvant entraîner des effets indésirables.

M17 : Donc l'acupuncture, l'hypnose, de toute façon c'est toujours mieux que de prendre des benzo. En tout cas j'y vois aucun souci parce que ce n'est pas nocif d'une certaine manière.

M13 : L'impression d'avoir un traitement plus doux mais qui reste quand même un traitement, souvent ils sont assez preneurs et je préfère commencer par ça plutôt que de mettre directement l'artillerie lourde.

Les médecins sont nombreux à ressentir une **satisfaction de pouvoir parfois éviter l'allopathie grâce aux MAC** et ainsi **accepter de ne pas prescrire**.

M16 : Voilà. Moi je trouve ça super si les gens ils arrivent à être équilibrés, soulagés et heureux sans prendre de médicaments, ben on a tout gagné quoi. [...] Si le type il est mieux soulagé par la sophrologue que le Doliprane, super hein ! Banco !

M5 : Donc pourquoi est-ce que ça serait forcément la réponse à toutes les problématiques ? C'est ça qu'il faut accepter aussi ! Le « ne pas prescrire ». Voilà.

c. Vers une médecine intégrative

Se diriger vers les MAC pour compléter sa pratique conventionnelle rejoint le **concept de médecine intégrative**. Au cours de nos entretiens, cette approche globale et complémentaire a été évoquée par les praticiens, avec le regret que cette dernière ne soit pas plus développée.

M5 : L'idée c'est que je trouve qu'en fait, on est pas assez dans ce qu'on appelle la médecine intégrative. C'est-à-dire que la médecine intégrative, quand on commence à s'intéresser à ce que c'est, le soin d'une façon générale c'est plus complexe que simplement aller chez son médecin et avoir un médicament allopathique par rapport à un symptôme donné.

Bien qu'ouverts sur ces pratiques, les médecins mettent en avant **l'importance de la complémentarité des MAC** en insistant sur le fait qu'**elles ne doivent pas empêcher la bonne conduite des traitements habituels**, plus conventionnels.

M12 : Non, non c'est complémentaire. C'est pas mis à part. C'est ce que je te disais tout à l'heure, on n'arrête pas un truc pour faire l'autre. Je vais pas tout d'un coup leur dire « On arrête tous les traitements on va faire de la sophro » quoi ! Je continue mes traitements et ils viennent en complément.

M16 : Alors j'avoue, je supporte pas quand ça interfère avec le traitement médical. Alors c'est jamais arrivé mais imaginons l'autre il a une hypothyroïdie depuis 25 ans et la naturopathe lui dit « Ben avec un peu de poudre de perlimpinpin, on peut se passer du levothyrox », alors là c'est pareil, c'est fini !

Cette complémentarité peut conduire les praticiens à **remettre en question le terme « alternatif »** dans les MAC.

M1 : Et à la limite tu vois je dirais, je sais pas si le terme alternatif est le bon. Tu vois, médecine alternative ?

IV. Des représentations hétérogènes

Le sujet des médecines alternatives et complémentaires est un sujet qui divise notamment au sein de la communauté médicale. En effet les avis divergent en fonction des représentations de chacun qui peuvent être très hétérogènes d'un médecin à l'autre.

a. Définition complexe des MAC

L'hétérogénéité de ces représentations se reflète dans la **difficulté** qu'ont les médecins ne serait-ce qu'à **définir les MAC**.

M4 : Une définition ?? euh alors je dirais que... euh alternative et complémentaire... Alternative je suppose que ça va pas impliquer des, des traitements conventionnels médicamenteux par exemple.

En effet, les techniques qui relèvent ou non d'une MAC ne sont **pas clairement déterminées** dans l'esprit des praticiens.

M2 : Est-ce que dans les techniques alternatives tu as mis tout ce qui était les médecines type appareil TENS et compagnie ?

M10 : Si tu réfléchis bien c'est de la mésothérapie mais c'est de l'allopathie, tu injectes un anti inflammatoire, un produit que tu connais, mais au lieu de le mettre par voie orale où c'est gastro toxique, tu l'injectes pas en intra articulaire mais tu l'injectes en périarticulaire. Donc c'est pour ça je n'estime pas que ce soit de la médecine douce je trouve.

De plus, chaque médecin utilise une **terminologie différente pour aborder les MAC** ce qui peut complexifier la compréhension de celles-ci.

M1 : [...] Médecines parallèles [...]

M3 : [...] Médecines naturelles [...]

M5 : [...] Médecine intégrative [...]

M7 : [...] Médecins occultes [...]

M10 : [...] Médecines douces [...]

Les médecins évoquent également la **grande diversité de ces pratiques**. Cette diversité vient encore ajouter de la complexité à définir, à comprendre et à intégrer les MAC.

M16 : Ben ça paraît un peu flou ! Enfin je pense ça peut être tout et n'importe quoi ! Par exemple j'ai découvert récemment les chiropracteurs. Qu'est-ce que c'est, d'où ça sort ? Ouais... c'est assez flou quand même.

b. Représentations des MAC pour le médecin

Sans préjuger d'une représentation positive ou négative sur les MAC, chaque médecin attribue à ces médecines des caractéristiques différentes. Ainsi pour certains, elles vont jouer un **rôle de prévention**.

M16 : Mais c'est comme la sophrologie, l'hypnose etc, enfin moi je trouve ça génial en fait, que les gens ils aillent mieux etc en échangeant, en se faisant masser ! C'est beaucoup de l'hygiène de vie aussi. Tout ce qui est naturo, diet etc, ça remonte là-dedans, dans l'hygiène de vie. C'est de la prévention !

D'autres y voient une solution pour mieux **gérer la composante psychologique de la douleur**.

M12 : Parce que même chez un ostéo les gens sont allongés, il les touche, mais il leur parle aussi hein. Donc tous ces thérapeutes-là font aussi beaucoup de thérapie finalement.... Elle est pas médicamenteuse, elle est aussi beaucoup psychologique quoi.

D'autres encore, voient dans les MAC des **moyens de relaxation**.

M4 : Il doit y avoir de la sophrologie, euh c'est des méthodes de relaxation, de l'hypnose peut être, des choses comme ça.

Les MAC peuvent également représenter pour les médecins un **retour à des bases naturelles**.

M13 : C'est vrai que ça passe plutôt bien le retour au naturel, et ouais ça marche plutôt bien.

Certains praticiens associent le fonctionnement des MAC à la **capacité d'auto-guérison du corps**.

M5 : Et plus tu découvres de choses alternatives et plus tu te rends compte de la richesse de guérison du corps SANS lui donner forcément de médicament.

De nombreux médecins associent, eux, les résultats obtenus grâce aux MAC, à **l'effet placebo**. Cependant ils n'évoquent **pas d'opposition à recourir à celui-ci** pour soulager le patient.

M12 : Bon après, pour moi y'a une part dans ces soulagements du magnétisme etc, qui est complètement dans la tête et probablement qu'avec une prise en charge différente on aurait eu des gens soulagés aussi. On leur aurait proposé un placebo, ça aurait marché...

M11 : Sur l'homéopathie par exemple et la phytothérapie, je pense que c'est plus l'effet placebo clairement qui fonctionne. Mais après voilà, chacun à son opinion, mais moi c'est la mienne. Ça m'empêche pas de m'en servir et d'avoir de bons résultats chez certains patients donc je pense qu'il faut utiliser toutes les cordes qu'on peut avoir à son arc donc euh... Mais je pense que c'est un placebo.

c. Perceptions négatives des MAC

Comme évoqué précédemment, il ressort de nos entretiens un panel varié de représentations des MAC pour les médecins généralistes interrogés. De ces représentations hétérogènes ressortent des **perceptions négatives** qui peuvent freiner les médecins à se diriger vers ce genre de pratiques.

M7 : Mais l'image que j'ai de ces trucs-là, c'est plutôt négatif, plutôt péjoratif.

En effet les MAC peuvent être **associées au charlatanisme**.

M16 : Enfin pour moi c'est pas encadré. Donc du coup y'a des charlatans, y'a des gens dangereux.

M7 : *Rires* Si je dis charlatanisme, ça craint ? Non, non je n'y crois pas du tout.

De ce fait, ils trouvent que les **MAC sont propices à l'escroquerie** et ils craignent que leurs patients se fassent arnaquer par les thérapeutes.

M10 : Mais tous ces chiropracteurs et tout, ça c'est honteux, y'en a qui prennent 80 euros la séance pour profiter du malheur des gens, ça je ne peux pas l'entendre.

Les praticiens sont nombreux à se méfier du **caractère potentiellement manipulateur** de ces pratiques.

M11 : Les gens sont en situation de faiblesse, surtout sur des douleurs chroniques, les gens sont en situation de faiblesse et du coup les orienter vers quelqu'un qui va les... ben pas bien les traiter, pas être bienveillants ou qui va se servir de ça, non, c'est pas possible.

Pour eux, **ces dérives résultent de l'absence d'encadrement des MAC** et ils dénoncent **l'absence de limites de ces thérapeutiques non conventionnelles**.

M11 : La plupart du temps les gens qui pratiquent les médecines alternatives ils sont bienveillants aussi, mais on n'est jamais à l'abri de gens qui profitent de la situation parce que c'est pas réglementé. Donc se méfier de ça...

M10 : Je sais où sont les limites de l'allopathie si tu veux, alors que toutes ces médecines parallèles je pense qu'elles n'ont pas de limites.

Au-delà des dérives manipulatrices évoquées, les médecins sont dérangés par une **connotation parfois irrationnelle de certaines MAC**. Pour eux, cette notion de « surnaturel » est une **limite pour accepter et intégrer** certaines thérapeutiques associées aux MAC.

M12 : Il m'en vient un comme ça c'est le Reiki, tu sais, je sais pas on entend beaucoup parler de chamanisme, tu vois ? Pour moi tout ça, ça a des connotations entre la thérapie et le mystique qui me dérangent beaucoup. [...] Enfin tu vois, c'est le côté assez surnaturel là, de certaines thérapies que je ne vante pas quoi.

M9 : Après je pense que s'il me dit « je vais aller voir un guérisseur ou une guérisseuse avec une boule de cristal » *rire* C'est hors de question.

M12 : Mais par contre l'ostéo qui appose les mains, tu vois ? L'ostéo qui met ses mains au-dessus, qui règlent tout avec « Vous avez eu un père, qu'est ce qui s'est passé dans votre enfance ? », tout ça, ça, c'est pas mon fort !

De plus certains médecins critiquent les MAC qui peuvent aller en **contradiction avec la médecine conventionnelle** et ainsi venir interférer avec leur prise en charge.

M17 : Enfin je trouve que quelques fois ça va un peu trop en contre-indication, avec la médecine classique, enfin pas en contre-indication mais ça va un peu en... Pas contre la médecine classique mais quand les ostéopathes disent « Bah vous avez mal au foie, vous avez tel truc » après les avoir manipulés, les gens ils viennent du coup avec leurs idées et nous on se dit « je ne sais pas ça n'a rien à voir » *rire* C'est un peu compliqué par moment.

M10 : Je trouve qu'ils n'ont pas des formations très cartésiennes et après on entend de tout. Donc quand tu entends des ostéopathes qui vont te dire « Oui c'est le foie qui a bougé à cause du ligament ». N'importe quel chirurgien peut dire que le ligament hépatique n'existe pas. Non il y'a des choses que je peux pas entendre, qui m'énervent...

Toutes ces représentations péjoratives peuvent expliquer le **dénigrement des MAC par le corps médical.**

M17 : Je pense que j'ai des représentations de médecin généraliste à qui on n'a pas appris. Non mais bon c'est *rire*... Je pense qu'il y a des médecins qui voient ça comme de la sorcellerie.

d. Perceptions positives des MAC

En opposition à ces perceptions négatives, il ressort aussi de nos interviews de nombreuses perceptions positives des MAC. Les médecins évoquent notamment la **satisfaction de leurs patients.**

M9 : Pour l'instant j'ai que des bons retours. Vraiment... Ceux que j'ai envoyé chez l'ostéopathe, l'homéopathe, le sophrologue, j'ai des retours positifs. Ils reviennent me voir pour autre chose mais ils continuent quand même de leur côté en médecine parallèle !

Certaines MAC leur permettent également d'obtenir des **résultats immédiats.**

M3 : Quand on manipule et qu'on débloque quelqu'un qui a mal dans le dos ou au cou ou quoi, c'est immédiat souvent.

Un des avantages majeurs pour les médecins est **l'amélioration de la qualité de vie** de leurs patients. Or nous avons vu précédemment que certains se basent entre autres sur cette amélioration de la qualité de vie pour évaluer l'efficacité des thérapeutiques antalgiques.

M8 : Ben ça va être surtout soulager le patient encore une fois, et améliorer la qualité de vie et le ressenti du patient, ça c'est l'apport principal pour moi.

De plus, dans certaines douleurs chroniques rebelles, les MAC peuvent représenter un apport non négligeable pour aider le patient à accepter et à **mieux vivre avec sa douleur.**

M15 : Le principe du médecin, du médecin traitant, il doit pouvoir toujours essayer d'apporter une alternative qui rende possible la vie au patient. Alors on arrive à traiter la douleur, à la faire disparaître ou on n'y arrive pas, et si on n'y arrive pas, il faut qu'on réussisse à faire apprendre au patient à vivre avec et pour ça il faut se donner les moyens.

Il apparaît pour les médecins un **intérêt tout particulier des MAC dans le cadre des douleurs chroniques**. Mais surtout un intérêt dans les **douleurs chroniques non étiquetées** malgré les diverses explorations complémentaires. En effet, comme évoqué précédemment ce type de douleur sans étiologie retrouvée met souvent le médecin en difficulté.

M17 : Mais en tout cas dans les douleurs chroniques c'est plutôt le sens inverse, ils ont fait plein de spécialistes, on trouve pas de réponse pour eux, ils ont des médicaments qui ne fonctionnent plus ou moins bien et dans ce sens-là, je trouve que c'est intéressant de les envoyer dans ces médecines alternatives.

Globalement, il se dégage de nos entretiens une **opinion plutôt favorable** et enthousiaste devant des pratiques qui apportent des **bénéfices pour les patients** et qui ne présentent que **peu d'aspects négatifs**.

M11 : Après, tout ce qui est un peu plus naturopathie, homéopathie, on n'a pas forcément de preuves, mais bon, pour moi les gens qui sont là-dedans, ils y croient, ils sont bienveillants, ne serait-ce que par ça je pense qu'ils apportent un soutien aux personnes.

M5 : C'est plutôt un plus pour le patient. En général. Je vois pas ça comme quelque chose où le patient va se perdre et y perdre du temps et de l'argent. Moi j'ai l'impression que quand même globalement, tout ce que je ... Tout ce que j'ai appris qui peut être des médecines alternatives, ça a toujours été des choses qui ont profité à mes patients, donc je le vois comme ça.

M1 : Ben honnêtement en négatif...y'a pas d'apport négatif. Au pire tu as des apports neutres, c'est à dire que ça t'as pas ramené plus mais comme l'allopathie ça arrive. Donc négatif aucun, neutre certainement, forcément, mais même dans l'allopathie.

Les médecins qui apprécient travailler avec les MAC mettent en avant une **approche globale et personnalisée** au service du patient et centrée sur celui-ci, avec un panel d'options permettant de faire une prise en charge au cas par cas.

M13 : L'approche un peu plus globale et de pas juste se centrer sur « bah voilà vous avez tel maux je vous donne ça », on essaye de faire une prise en charge un peu plus globale du patient.

M11 : C'est plutôt un apport positif, parce que ça fait tout un tas de possibilités à offrir à nos patients, en fonction de leur douleur, en fonction de leur vie, en fonction de leur ressenti, en fonction de leurs a priori, en fonction de leurs croyances.... Du coup c'est vraiment adapté au cas par cas.

En évoquant la diversité de ces pratiques, des médecins considèrent que **l'échec d'une MAC n'est pas une défaite en soi** car il leur reste encore de multiples possibilités thérapeutiques à proposer.

M17 : Qu'est-ce que ça lui apporte ? Quelque fois il en est très content et puis quelque fois c'est juste un nouvel essai dans quelque chose qui ne fonctionne pas, mais bon je sais pas, ils le voient pas comme un échec, c'est pas grave, y'en aura d'autres...

Un des autres avantages avancé est la possibilité de **traiter des populations fragiles** grâce aux MAC.

M5 : La vie c'est qu'à un moment donné tu es face à des problématiques de nourrissons, de femmes enceintes, tu veux les soulager tu peux pas. Et tu te dis « Mais qu'est-ce que je peux faire ? Bon, ben on va essayer ça... » Pof ! Ça marche ! [...] Donc moi je suis venue à l'homéopathie à cause des femmes enceintes et des bébés quand même ! Soyons clairs !

Enfin, certains praticiens trouvent que **les MAC permettent de rendre autonome les patients face à leur douleur et ainsi les rendre acteurs de leur santé.**

M5 : Enfin, ils doivent aussi prendre en main leur maladie s'ils veulent s'en sortir. Je pense que, à un moment donné on disait beaucoup qu'il fallait que le patient soit acteur de sa maladie, mais ce genre de maladie là, finalement, je suis pas sûre qu'on rende vraiment son patient très acteur. Et le fait que lui se dise « Je vais aller voir un acupuncteur, je vais aller voir la sophrologue, je vais aller marcher... » Il redevient un peu acteur de sa souffrance et ça moi je pense que c'est hyper intéressant, qu'il redevienne acteur de sa problématique.

M16 : Après je me dis c'est toujours des choses qu'on apporte aux gens, qu'ils ont leur mallette d'outils et puis ils peuvent piocher de temps en temps. Tandis que le Seresta s'ils en ont plus ils sont pas autonomes là-dessus, il faut qu'ils consultent, qu'ils se le fassent prescrire etc.

e. Innocuité des MAC

Ces représentations positives sont renforcées par l'idée de **l'innocuité des MAC** qui est évoquée par les médecins.

M4 : Pour moi ça me paraît pas délétère, donc au mieux ça permet d'améliorer ses maux et au pire ça marchera pas.

Cette innocuité entraîne une **balance bénéfice risque largement positive** pour les praticiens ce qui peut les conforter dans l'utilisation des MAC.

M5 : C'est vraiment quelque chose pour moi qui est très intéressant. Parce que la plupart du temps, on est sur – enfin de ce que je connais- plutôt sur des choses qui sont pas dangereuses et qui ont une efficacité qui est très intéressante.

L'absence d'effets indésirables notables peut pour une partie des médecins interrogés **rendre acceptable l'absence de preuve scientifique**.

M15 : Non, je suis un médecin classique et prêt à utiliser un peu tous les moyens qui se présentent, sous réserve que ce soit de préférence validé, mais si c'est pas validé, non nocif ni agressif pour le patient, à ce moment-là on peut l'envisager. [...] Après, que la pratique ait été vérifiée par la science ou pas, c'est mieux si c'est vérifié, maintenant si c'est pas vérifié, dans la mesure où ce n'est pas nocif c'est bien.

L'innocuité des MAC peut même prendre le dessus sur l'efficacité attendue du traitement.

M7 : Donc mon ressenti c'est que ça marche pas, mais tant que ça fait pas de mal au patient, pourquoi pas quoi. [...] Bah je leur dis ça, tant que ça vous fait pas de mal, continuez.

f. MAC acceptées dans la pratique quotidienne

Toutes ces représentations amènent certains des médecins généralistes à **accepter les différentes MAC dans leur pratique quotidienne** et à **assumer l'utilisation de celles-ci**.

M15 : Pour le reste, homéopathie, la méditation, la sophrologie, même la kinésiologie pourquoi pas. On a des patients qui sont demandeurs. Moi je ne suis pas mal à l'aise avec tout ça.

M2 : J'ai pas peur de faire de l'acupuncture si y'a besoin, j'ai pas peur de faire de la mésothérapie.

Au fil de leur expérience, ils essaient d'**intégrer progressivement ces médecines** à leur pratique.

M1 : Mais petit à petit je me rends compte que ça prend une part plus importante. Autant avant j'en parlais.... *pause* On va dire au début où je me suis installé, pas du tout. C'était Doliprane, comme tout le monde. Et puis petit à petit je rentre dans ma pratique courante, comme je te disais, et pas du tout occasionnelle.

Ainsi, ils évoquent que **les MAC occupent à présent une place légitime dans l'arsenal thérapeutique** du médecin généraliste pour la gestion des douleurs chroniques.

M1 : Voilà, donc je pense qu'elle est pas si alternative que ça, elle est pas si parallèle que ça, elle est à part entière, elle nécessite d'être utilisée à part entière et de faire partie de notre arsenal.

M8 : Mais bon au final, pourquoi pas effectivement les mettre en première intention aussi ? Ou en tout cas sur le même registre que la médecine conventionnelle.

Certains praticiens suggèrent donc d'**étendre le champ d'application des MAC**.

M5 : Ça a été beaucoup travaillé en oncologie la médecine intégrative mais y'a vraiment des études super sérieuses qui montrent que y'a diminution des récidives, augmentation de la qualité de vie : pourquoi est-ce que on ne saute pas à pieds joints là-dessus quoi ?

V. Intégration à la pratique

a. S'adapter à la demande du patient

Intégrer les MAC à leurs pratiques va demander aux praticiens une certaine **capacité d'adaptation**, pour faire face aux problématiques et demandes variées des patients.

M15 : Le ressenti il est adapté à chaque consultation selon le patient qu'on a en face de nous. Les patients sont très différents les uns des autres, les patients qui ont des douleurs chroniques en particulier.

Il leur faudra notamment **prendre en compte les représentations du patient sur les thérapeutiques complémentaires et alternatives**.

M15 : Mais dans la mesure où les patients ont... des histoires, des contextes culturels, qui sont parfois très différents, on peut concevoir d'avoir des propositions thérapeutiques très... on va dire des propositions originales et inhabituelles. Donc je ne suis pas contre ça, et le fait de bien concevoir qu'on s'adresse à un autre, un autre qui est pas, qui peut être éventuellement un étranger, et cet autre là il vient avec son environnement, sa culture, son histoire et il peut y avoir des choses qui ont beaucoup de sens.

Les médecins expriment que les **patients sont demandeurs de recourir aux MAC**, et ce phénomène leur semble **très fréquent**.

M13 : Souvent c'est eux qui sont en demande, c'est eux qui arrivent et qui me disent « j'ai entendu parler de ça », « j'ai une copine ou un tel qui m'a dit que ça, ça fonctionnait ». Souvent c'est eux qui sont en demande [...] Je vais pas dire toutes les consultations parce que c'est pas vrai mais, non, non ça m'arrive assez fréquemment, plusieurs fois dans la semaine ça c'est sûr.

M15 : Souvent, c'est même souvent, évoqué, proposé ou raconté par les patients, par certains patients. Donc il faut garder une ouverture d'esprit. Voilà ma position.

Dans le contexte d'une consultation pour un patient souffrant de douleurs chroniques, le **médecin doit par ailleurs faire face aux espoirs** de ces malades et certains praticiens ressentent une **divergence dans les objectifs** qu'ils peuvent se fixer à eux-mêmes et ceux que le patient se fixe.

M11 : Parce que y'a toujours beaucoup d'attentes, et des attentes rapides, auxquelles on ne peut pas répondre, parce que forcément sur les douleurs chroniques on n'est pas magicien...

M5 : Mais au final s'il revient c'est que forcément il a un bénéfice quand même à revenir, même si toi tu vis ça un peu comme un échec en te disant « Il a toujours mal ».

Finalement, quel que soit sa demande, les médecins mettent en avant l'importance de **respecter le choix du patient**.

M5 : Quelque part on n'est pas là pour juger les gens, on est là pour essayer de les aider. Mais en tout cas on n'est pas là pour les juger !

M6 : Mais c'est vrai qu'à chaque fois qu'ils me proposent et me disent « J'ai entendu dire... » « Y'a un ami qui a fait ça », je leur dis « Oui, allez-y, on va voir ce qui va se passer et si ça fait du bien, tant mieux ».

b. Attitude du médecin autour des MAC

Toujours dans l'optique d'intégrer au mieux les MAC et de répondre aux demandes des patients, les médecins prônent **l'honnêteté** envers ces derniers.

M11 : Les gens il faut pas non plus.... Ils viennent chez quelqu'un qui a un diplôme, qui est docteur, il faut être honnête avec ce qu'on leur recommande, ce qu'on leur prescrit, ce vers quoi on les conseille. Il faut être honnête effectivement sur « Ca ça marche c'est prouvé, ça c'est pas prouvé mais vous pouvez essayer ». Faut plutôt le présenter comme ça effectivement, je pense.

Ils évoquent leur **conviction sur l'efficacité** des MAC...

M5 : Parce que si ça marchait pas ça ferait belle lurette que j'aurais arrêté de prescrire.

... Et ils expriment **l'importance d'être convaincu** de l'efficacité des MAC pour **convaincre leurs patients en retour**. Les médecins ressentent que leur **propre assurance dans la prescription va favoriser l'adhésion** du patient ;

M10 : Donc de la façon dont je vais dire à un patient « Allez voir un chiropracteur » il va tellement le lire sur mon faciès, qu'il va se dire « Ohlala ça ne va pas marcher ».

M10 : Si un patient tu lui remontes le moral là comme ça en direct tu lui dis « Votre douleur, on va gagner, on va se battre, on va y arriver » tandis que si tu lui dis « Je vais vous donner le meilleur médicament du monde mais je vous le dis d'avance il ne va pas marcher », tu es sûr que ça ne va pas marcher. Donc ça, à retenir chez un jeune médecin, la façon dont on prescrit est plus importante que ce que l'on prescrit.

Conserver une certaine **ouverture d'esprit** semble être une qualité importante, **appréciée** par le patient. Celle-ci permet de **soulager ce dernier, qui ne se sent pas jugé**.

M2 : Moi je ne refuse aucune solution s'il y a une solution, même si ce n'est pas une solution qui vient de moi.

M5 : Parce que des fois je vois des patients qui sont pas « à moi », et ils me disent « Ohlala je suis content de pouvoir vous dire ça docteur parce que à mon docteur, je peux pas le dire... ». Et je trouve ça dommage quand même ! Quand je ressens le soulagement qu'ils ont à me dire ça, je me dis c'est quand même dommage !

M9 : Et ça, au contraire ils sont contents ils disent « Oui vous êtes ouvertes aux médecines parallèles et tout ça » et du coup moi je lui dis « Pour moi y'a pas de souci ».

Enfin, la **persévérance** est une autre attitude importante évoquée par certains médecins lors du recours aux MAC pour les douleurs chroniques.

M5 : Moi je suis quelqu'un quand même assez têtue et j'avoue que je baisse pas les bras facilement et que des fois, même si ça dure longtemps, et que j'arrive pas à trouver des solutions, y'a toujours des petites choses qui vont être améliorées.

c. Conduire le patient vers les MAC, une compétence du médecin

Là où certains citent la demande fréquente des patients d'avoir recours aux MAC, d'autres **médecins** se considèrent comme les **initiateurs de cette utilisation**, orientant le patient vers celles-ci. Ils soulignent l'importance d'une **proposition progressive, sans imposer** quoi que ce soit aux malades.

M12 : Donc je m'entoure souvent de ces médecines-là. J'envoie facilement les gens. C'est moi qui leur dis... c'est pas les gens qui me disent « Et si j'allais voir un tel ? », c'est souvent moi qui leur dis « Vous devriez prendre rendez-vous avec l'ostéo ». Alors la kiné n'en parlons pas ! Et sophro aussi, acupuncture dans certaines choses...

M11 : Non, c'est pas imposé c'est proposé, et du coup souvent le fait que ça soit suggéré, les gens en arrivent à se dire « Pourquoi pas, qu'est-ce que je risque ? », « De toute façon j'ai mal, qu'est-ce que je risque à aller voir une sophrologue ? ».

Cette attitude nourrit la **confiance** existant déjà entre la patient et son médecin le rendant plus enclin à **accepter la proposition**.

M9 : Donc c'est pareil pour les médecines complémentaires. Donc il me fait confiance, il me dit « Oui, je vous fais confiance dans ce que vous me proposez. Je sais pas ce que c'est, je sais pas à quoi m'attendre en faisant cette euh... hypnose ou autre. Mais je vais quand même essayer ».

Un autre aspect crucial soulevé par les médecins repose sur le fait de fournir des **informations au patient, pour favoriser son adhésion** aux MAC. Cette dernière sera **capitale** lors du reste de la prise en charge.

M2 : La réaction du patient elle est bonne si on lui explique bien. Si on ne lui explique pas, elle peut être mauvaise. Si on lui explique pourquoi on l'envoie faire telle ou telle médecine avec les résultats éventuels, ils comprennent. Ils refusent s'ils ne comprennent pas.

M8 : Après l'adhésion du patient aussi. On a des patients qui vont pas forcément adhérer à ce qu'on peut leur proposer parce que ça leur semble parfois peut être ésotérique, si je peux employer ce terme. Voilà, donc encore une fois, l'adhésion elle est importante.

Concernant la conduite de la consultation à proprement parler, certains des médecins interrogés proposent de la **mener sur le modèle de l'entretien motivationnel**, justifiant le fait qu'un **modèle plus directif peut être contre-productif**.

M5 : Et puis par exemple l'entretien motivationnel : le fait de faire des ... Moi l'addictologie au final ça m'a énormément servi. C'est pas parce que tu dis au gars « Faut arrêter de boire, faut arrêter de fumer, faut arrêter de se droguer » que ça va marcher. Et quand tu es dans cette idée d'entretien motivationnel où finalement, t'es pas directif, et ben tu es moins fatigué en consultation !

M11 : Mais voilà, c'est dit souvent ... c'est pas « Faites ça ! » quoi. Parce que de toute façon «Faites ça » ça marche jamais, les gens faut les prendre avec douceur...

Les praticiens s'aident aussi des **nouveaux médias** (internet, etc) pour encourager leur patient à avoir **recours aux MAC**.

M16 : Je leur dis « Voilà, je vous arrête, vous avez du temps pour prendre soin de vous, et je vous invite à aller sur YouTube voir des vidéos de Yoga, de méditation.

Au final, c'est **l'acceptation du patient** qui est recherché par les médecins : l'orienter petit à petit pour finalement accepter de recourir à une thérapie complémentaire ou alternative.

M1 : Donc j'ai pas de gens qui m'ont dit « Non ça m'en parlez pas » c'est jamais arrivé.

d. Les MAC en pratique : pas d'utilisation univoque

L'échec de la médecine conventionnelle à traiter les douleurs chroniques est une des raisons poussant les médecins à recourir ou à conseiller les MAC à leurs patients. Certains ont d'ailleurs tenu à faire remarquer que **l'utilisation des MAC est admise en première intention dans des indications autres.**

M13 : Je trouve qu'on arrive assez vite aux limites des traitements habituels... Que ça correspond pas forcément à tout le monde et que il y a un moment où il faut pouvoir proposer d'autres choses.

M16 : J'y pense beaucoup pour tout ce qui est gestion du stress, troubles du sommeil, là je vais direct sur les MAC clairement. Je pense plus à ça qu'aux médicaments. Euh... Aux plantes, j'hésite pas à leur prescrire des choses comme ça.

Cependant les médecins vont les utiliser à des moments différents de la prise en charge, selon leurs habitudes : certains l'introduisent spécifiquement **après échec des deux premiers paliers**, d'autres les considèrent à part entière comme **une solution de deuxième intention**. Quelques praticiens disent **les intégrer à tout moment du parcours antalgique**.

M1 : Quand tu vois que par exemple les gens ils ont palier 2, et que tu vois que les paliers 2 les calment pas bien, ben forcément tu passes aux fameuses « médecines parallèles ».

M6 : Souvent ça arrive quand même au second plan. Jamais en premier, à part s'il est très demandeur et que je récupère un patient qui a déjà essayé beaucoup beaucoup de choses. Mais souvent au second plan, souvent au second plan quand même.

M9 : Non j'ai pas de schéma fixe ou de protocole dans ma tête qui dit « Ca et ça, si ça marche pas ça, ben je vais faire ça ». J'essaie un peu de proposer au patient ce qui pourrait le soulager au mieux, en lui proposant plusieurs choses, mais pas d'ordre euh... chronologique ou de protocole que j'ai déjà instauré dans ma tête.

Au sujet de la place de la **MC**, plusieurs considèrent qu'elle doit **toujours être utilisée en première intention**, mais quelques-uns émettent l'idée qu'elle **peut devenir secondaire aux MAC**.

M11 : Les traitement classiques, les antalgiques, ben pareil, c'est la première réponse effectivement parce que les gens c'est ce qu'ils viennent chercher en général chez un médecin.

M4 : Selon le type de souffrance je pense qu'il y a même des thérapies complémentaires qui peuvent prendre le dessus sur des thérapies classiques, ça dépend vraiment de la situation, ça dépend de quel type de souffrance il y a derrière.

Des praticiens mettent en avant le fait que dans certains cas, les **MAC utilisées seules peuvent être suffisantes**. Ils rappellent cependant qu'il ne faut **pas méconnaître les limites** de celles-ci.

M9 : Un patient peut être soulagé uniquement par une médecine parallèle. C'est mon avis sur la question.

M14 : Mais rassurez-vous, je sais, je connais les limites, si je vois que l'acupuncture ne fonctionne pas, parce que ça arrive, je passe à autre chose, ou je transfère le patient à des gens qui sont plus compétents.

Quand ils y ont recours, les médecins **adaptent les indications des MAC aux différents types de douleurs** chroniques.

M2 : Admettons sur des douleurs rhumatologiques j'irai de suite sur de la mésothérapie ou de l'acupuncture, sur des douleurs neuropathiques ce sera plus de l'homéopathie [...]. Après tout ce qui est technique comme la sophrologie, détente, hypnose, c'est pour les gens hyper stressés les trois quarts du temps. Et tout ce qui est tai-chi et compagnie c'est plutôt pour les gens qui ont des douleurs articulaires ou il faut faire des étirements et développer l'articulation en douceur.

Finalement, certains notent **l'influence que peut avoir le retour de leurs patients** sur leur propre pratique.

M6 : Peut-être que si un jour je vois beaucoup de retour sur des choses qui se passent très bien sur un endroit, peut être que spontanément, moi je proposerai.

M16 : J'ai pas de retour encore mais par contre si j'ai des mauvais retours etc, ben j'hésiterai pas à ne plus envoyer de patients.

e. Travail en réseau

Adresser un patient vers une MAC, c'est avant tout l'adresser vers un thérapeute pratiquant cette MAC. Ainsi, de nombreux médecins ont exprimé l'**importance de connaître et d'avoir confiance en ces thérapeutes.**

M16 : J'ai pas de difficultés à céder la main vers des gens en qui j'ai confiance. Genre typiquement au cabinet où je suis installée, juste en face y'a une dame qui fait de l'hypnose, de la sophrologie etc... J'ai aucun retour des patients par contre j'ai discuté une heure avec elle, quand je me suis installée, je l'ai rencontrée, et j'ai vu que c'était quelqu'un de sérieux, j'aimais sa façon de voir, d'approcher les choses.

Il est **important de créer un réseau, ou un carnet d'adresse** de praticiens en MAC à qui les médecins vont pouvoir envoyer leurs patients, avec pour finalité de favoriser le **travail en partenariat entre les thérapeutes et les médecins généralistes.**

M11 : Mais oui, le carnet d'adresse.... Parce qu'un spécialiste il est diplômé, sa profession est réglementée. Un sophrologue, un psychothérapeute – un psychologue c'est différent – mais un psychothérapeute... n'importe qui peut s'installer comme « thérapeute », la naturopathie c'est pas réglementé non plus donc voilà.... Il faut savoir vers qui on adresse.... On peut pas adresser nos patients vers n'importe qui.

M11 : Mais bon, à la rigueur c'est bien aussi parce que je sais que cette personne-là [le naturopathe] elle va pas... « shunter » la médecine traditionnelle et qu'on va pouvoir travailler en partenariat et que du coup le patient va être le plus important, ça va pas être la guéguerre de « c'est moi qui ai raison », ou de « Venez, laissez tomber vos vaccins, vos médicaments, c'est pas bon venez manger des plantes ».

Un point soulevé par certains médecins est le **besoin de développer une correspondance** avec les thérapeutes, toujours dans cette même optique d'appuyer le travail en partenariat.

M16 : J'avoue j'ai pas eu l'occasion de collaborer vraiment avec des confrères, mais ... J'ai jamais reçu de courrier d'ostéopathe [...] Parce que j'apprécie beaucoup, moi les échanges interprofessionnels au contraire j'adore ça, je suis curieuse etc...

f. Influence des MAC sur la relation médecin patient

L'utilisation des MAC va avoir une influence sur la relation médecin patient. Tout d'abord, parce que le **patient s'identifie à son médecin et à ses pratiques**.

M2 : Le bouche à oreille des gens, le bouche à oreille de la patientèle... Les gens qui ne veulent pas d'alternatif et qui savent que tu en fais ne viendront pas. Et les gens qui sont attirés par l'homéopathie, par l'acupuncture et qui savent que tu es ouvert à tout ça, eux ils vont venir.

Certains relèvent un **impact parfois négatif** des MAC sur cette relation.

M17 : Par moment c'est un peu en opposition. Quelque fois je trouve que quand le patient a d'abord eu affaire, ou est très friand de ces médecines-là, bon quelque fois c'est un peu compliqué d'avoir un dialogue avec lui.

D'autres au contraire saluent **l'impact positif** que le recours à ces pratiques peut apporter à la relation. Par ailleurs, si un praticien **refuse** d'y recourir, **en expliquant ses raisons** à son patient, cela **n'impactera pas** la relation.

M4 : Déjà s'il a un retentissement positif en ayant fait ce type de thérapie, ça peut renforcer la relation médecin malade, parce qu'il a l'impression qu'on l'a bien écouté, et qu'on l'aide surtout. On arrive à améliorer ses souffrances. Donc oui je vais vous dire ça peut renforcer la relation médecin malade et être plus fort dans la prise en charge de la douleur.

M7 : Non, non non, du moment que tu es clair avec eux dès le début, il n'y a pas de soucis, le patient il ne va pas le vivre comme une trahison le jour où tu vas refuser de lui prescrire l'acupuncture enfin de l'orienter vers de l'acupuncture ou telle ou telle granule. Non, il n'y a pas de souci, j'ai jamais eu de conflit par rapport à ça hein.

VI. Une pratique non généralisée

a. Réticence des MG sur les MAC

Plusieurs médecins ont exprimé que le fait de **recourir aux MAC n'est pas un réflexe** pour eux, dans leur pratique habituelle.

M8 : Euh... C'est pas... On n'a pas forcément le réflexe parce que c'est vrai qu'on n'a pas de formation spécifique là-dessus, donc c'est vrai qu'on n'a pas encore trop d'automatisme là-dessus.

Certains praticiens avouent simplement **ne pas y avoir recours**, bien qu'ils sachent que de telles médecines existent.

M9 : Je sais que ça existe mais j'ai pas encore eu recours à ça.

M7 : Mais c'est tout ce qui est, les phytothérapies, les plantes, l'homéopathie et compagnie, jamais je n'en prescris.

Dans certains cas, il arrive que le médecin **refuse la demande du patient de recourir aux MAC**, en donnant l'exemple d'un nouveau patient qui a été habitué à cette utilisation par un ancien médecin traitant.

M7 : Je leur dis qu'il n'y a pas de souci pour que je les suive mais que moi je ne fais pas d'homéopathie, mais ça peut être n'importe quoi, je leur dis que moi je ne fais pas ça. Je leur explique, je leur dis « Ecoutez, moi ni j'y crois, ni je m'y connais, ni ça m'intéresse, par contre la médecine conventionnelle, y'a pas de souci.

Cependant, malgré ces réticences, les médecins **tolèrent l'utilisation** que les patients peuvent en avoir, même s'ils ne la **conseillent pas**.

M7 : Non ! Moi je leur dis que non, non, non, je ne les encourage pas, mais je leur dis que ça peut pas leur faire de mal donc s'ils en tirent un bénéfice, qu'ils continuent. Mais je ne les encourage pas à aller vers les médecines alternatives.

Certains expliquent ces réserves par la **honte ressentie** quand ils ont recours aux MAC, mélangée à un **sentiment de perte de crédibilité** à proposer ces options à leurs patients. Ces sentiments peuvent se cristalliser jusqu'à une **impression de malhonnêteté en utilisant les MAC.**

M6 : C'est pour ça que je le fais pas souvent, c'est que, oui c'est vrai *rire gêné*, y'a quand même un aspect... Enfin je sais pas, quand on est médecin, oui un peu... « Négatif ». Voilà. Je veux pas qu'on voie les choses de cet angle-là quoi.

M6 : Si eux directement je leur dis ça, par exemple, si je leur dis directement d'aller voir un acupuncteur, j'ai peur qu'ils se disent « Mais qu'est-ce que c'est ce médecin qui me dit d'aller voir un acupuncteur ? » *rire*

M7 : Mais j'aurai l'impression de les trahir dans ce sens-là. On est censé respecter les données acquises de la science et j'aurai l'impression de ne pas respecter ça et de leur mentir donc voilà. Je trouve que c'est malhonnête.

Devant ces réticences et pour éviter le recours aux MAC, les praticiens vont parfois **privilégier une prise en charge psychologique voire psychiatrique.**

M10 : Moi je trouve quand même qu'il y a toujours un contexte psychologique environnemental sous-jacent. Donc c'est pour ça que je ne vois pas de médecines douces mais je vois carrément le psychiatre.

b. Freins aux MAC

Deux des aspects notables pouvant représenter un frein à l'utilisation des MAC sont le **coût parfois important** de ces médecines, cumulé à **l'absence de remboursement.**

M13 : Point de vue remboursement il n'y a pas tout le monde qui peut accéder à ça. Même les ostéos c'est pas pris en charge par la sécu, donc du coup y'a des mutuelles qui remboursent, mais pas tout le monde peut se permettre d'aller chez l'ostéo.

M11 : Premièrement et très souvent, le prix, et le fait que ça soit pas remboursé. Clairement c'est compliqué. Alors y'a les gens qui ont pas forcément les moyens, [...] et c'est vrai que quand ils viennent voir un médecin ils s'attendent à avoir des soins remboursés : la consultation est remboursée, le Doliprane est remboursé, le kiné est remboursé. Le sophrologue il l'est pas, donc bon * Souffle* Voilà. En premier vraiment, le premier obstacle c'est le non-remboursement de ces thérapies.

Si le patient accepte le prix élevé de certaines MAC, il faut néanmoins que l'efficacité soit au rendez-vous : les médecins expriment le fait que le recours à ces thérapies doit finalement avoir une certaine « **rentabilité** » pour le patient.

M5 : Et c'est vrai que, quand même, moi je leur dis qu'il faut qu'il y ait une certaine efficacité au bout d'un certain temps et que ça vous coute pas non plus un prix excessif.

Par ailleurs, alors qu'il propose des MAC lors de la consultation, le médecin pourra se heurter à **des réticences de la part du patient à y recourir**. Celles-ci peuvent notamment s'expliquer par la **peur de l'inconnu**, quand le malade ne sait pas en quoi consiste la thérapie complémentaire proposée.

M12 : Ouais des difficultés d'ordre psychologique où les gens ils comprennent pas que tu puisses les orienter sur un mode de détente et de gestion de l'anxiété, du stress, de la douleur, alors que eux ils vont te dire « Non mais j'ai vraiment mal !! ». Donc c'est plus le côté réfractaire du patient.

M11 : Et puis après chez certains, c'est faire accepter que y'a d'autres choses que les médicaments dans la douleur. C'est pas chez tous les patients, y'en a qui sont beaucoup plus réceptifs que d'autres ! Mais y'en a pour les amener à autre chose que manger des cachets... *silence*. C'est pas évident parce que c'est ce qu'ils viennent chercher et pour eux le médecin va prescrire des médicaments.

M3 : Ah oui ils ont peur la première séance parce qu'ils savent pas si ça fait mal ou pas. Quand on connaît pas on est un peu anxieux.

De plus, **certaines pratiques ne vont pas être adaptées à tous les patients**, ce qui représentent un frein supplémentaire à leur utilisation. Le choix de la technique se fait au cas par cas.

M9 : Et après ou ils adhèrent ou ils n'adhèrent pas. Ils ont le droit... Des fois y'a certains qui disent « Ben non moi sur une séance d'hypnose, j'arrive pas à lâcher prise et du coup à vraiment me concentrer ».

M11 : A force on connaît ses patients aussi. Ou même sans forcément les connaître, on les sent. Dans une consultation on sent que « ça » on peut y aller alors que « ça » ils vont se braquer.

Les **délais d'obtention des résultats** sont un problème soulevé par certains praticiens qui peut freiner l'usage des MAC. Ils en informent cependant leurs patients.

M1 : « Attention je m'attends pas à ce que vous m'appeliez en disant j'ai plus mal, mais dans un mois si vous faites ça jour pour jour, vous verrez que vous allez progresser ».

M14 : Oui, il y a au moins deux inconvénients : il faut être patient et puis il faut être patient. *Rire*. Parce que ça arrive que ça marche tout de suite mais c'est rare quand même.

Certains médecins expriment même des **doutes sur l'efficacité** des MAC, ne favorisant pas leur utilisation.

M4 : Alors homéopathie je vais mettre un peu à part, parce que oui sur le psychique ça peut jouer, ok, après sur le reste j'y crois pas, pas vraiment, donc ça sera un peu différent.

Concernant l'offre de soins en MAC à proprement parler, les médecins identifient plusieurs éléments freinant l'utilisation de ces techniques : une **inégalité dans la répartition de l'offre de soin**, combinée à un **manque de professionnels pratiquant les MAC**.

M8 : Après il faut qu'il y ait des thérapeutes qui pratiquent ces.... Voilà. Et que ben rapidement on va se retrouver à trois quart d'heure, une heure de route. Encore une fois on s'adresse à des patients qui sont douloureux, avec des douleurs chroniques, parfois des traitements quand même lourds donc euh... les déplacements c'est pas toujours évident, donc ça peut être effectivement un petit frein à ça.

M1 : Avant, je t'avoue... Occasionnellement j'envoyais à droite à gauche mais on n'avait pas trop de correspondants, et on n'envoyait pas beaucoup.

Plus généralement, il ressort une **méconnaissance de l'offre de soins en MAC**, qui complexifie le recours à ces thérapies par les médecins généralistes.

M7 : Je leur dis que je connais pas de spécialistes dans ce domaine-là et je leur dis de se renseigner par eux-mêmes et d'aller chercher eux-mêmes quoi. Je les décourage pas, mais moi c'est pas mon domaine, je ne peux pas les aider dans ce truc-là.

c. Rôle protecteur du MG

Bien que tantôt réticents, tantôt freinés dans l'utilisation des MAC par certaines caractéristiques inhérentes à celles-ci, les praticiens se sentent investis d'un **rôle de guide** pour le patient. Au-delà du rôle de guide, les médecins restent vigilants voire **méfiant vis-à-vis des MAC**. Ils justifient cette attitude par la **vulnérabilité** qui peut caractériser selon eux les patients souffrant de douleur chronique.

M5 : Par exemple, je vais volontiers leur dire « Alors vous allez où ? C'est chez qui ? Ça coûte combien ? ». Souvent j'essaie d'être dans la protection des gens. Et c'est vrai que, quand même, moi je leur dis qu'il faut qu'il y ait une certaine efficacité au bout d'un certain temps et que ça vous coûte pas non plus un prix excessif. Donc j'ai dans ma tête mes petites barrières.

M15 : Si c'est une proposition délirante non, mais si c'est une proposition raisonnable et que le patient ou la patiente a l'air de mettre de la confiance et de l'espoir, alors déjà l'écouter, ensuite bien la cadrer et puis l'encourager et suivre les résultats éventuels.

M11 : Il faut se méfier, parce qu'on a affaire à des patients qui sont en situation de faiblesse donc oui faut les protéger aussi de ça.

Pour mener à bien leur rôle de guide, les médecins vont principalement chercher à **s'assurer des compétences des thérapeutes** que consultent leurs patients.

M4 : Alors que l'ostéopathie forcément il y a des choses où il faut que ce soit vraiment adapté, que ce soit fait par quelqu'un qui sache vraiment bien faire.

M5 : Et c'est ça que j'essaie de chercher. Je leur dis « Mais c'est qui, qu'est ce qu'il fait ? Qu'est ce qu'il vous a dit ? ». Et si en deux, trois questions on se rend compte que la personne elle a dit beaucoup de choses qui étaient fausses, ou qui me plaisent pas, je leur dis « Là, méfiance ! ».

En effet, ils reprochent une **qualité parfois douteuse de la formation des thérapeutes**, d'où découle un **manque d'homogénéité dans la qualité des soins** proposés par ceux-ci.

M6 : C'est-à-dire que y'a acupuncteur et acupuncteur, y'a ostéopathe et ostéopathe, y'a hypnothérapeute et hypnothérapeute. En fait ils se valent vraiment pas tous je crois. Ils sont vraiment tous différents et y'a chacun qui a son truc quoi. Donc en plus on sait pas vraiment... C'est plutôt vers une PERSONNE qu'on les envoie, pas vraiment vers une spécialité, enfin entre guillemets quoi...

Finalement le **patient cherche aussi l'aval de son médecin**, avant ou après avoir essayé une MAC, complétant ainsi son rôle de protection pour le malade.

M16 : Pour la chiropraxie, la dame elle m'a dit « Ouais, bof, j'irai plus parce qu'il m'a pris 60 euros puis ça m'a pas fait grand-chose et c'était un peu bizarre son truc alors... » [...] C'est ça, elle était pas convaincue. En fait je pense qu'elle cherchait que j'essaie de la convaincre d'y retourner, parce qu'elle était elle-même pas convaincue. Quand elle a vu que je l'étais pas non plus, elle a dit « Ouais bon, pff, c'est pas la peine ».

VII. Des pratiques insuffisamment encadrées

a. Un manque de preuve

Les médecins ont à plusieurs reprises pointé du doigt le **manque de preuve scientifique** concernant l'efficacité des MAC. Plusieurs ont exprimé le **besoin que de telles preuves existent pour légitimer l'usage** de ces thérapies.

M7 : Parce que, ça n'a pas fait de preuves que ça marche et parce que ça ne me vient pas à l'esprit.

M8 : Bon après c'est sûr que si on a des preuves scientifiques qui prouvent que machin, oui ben oui ... C'est des choses un peu plus objectivables sur lesquelles on peut s'appuyer éventuellement pour des patients qui peuvent être un petit peu réfractaires.

Pour eux, les **croyances ne peuvent pas se substituer à des preuves scientifiques** solides, et ils ressentent le **devoir de s'appuyer sur les données acquises de la science**.

M7 : Le problème c'est tous ces trucs on te dit j'y crois ou j'y crois pas, c'est que déjà il y a un problème à la base. On n'est pas là pour croire ou pas croire, c'est que si on n'y croit pas c'est que ça n'a pas fait la preuve que ça marche.

M11 : Euh, après encore une fois on est obligé aussi en médecine de se... ben d'évaluer l'efficacité de certaines choses même si sur la douleur c'est encore compliqué mais, voilà, l'Evidence Based Medicine c'est important aussi, c'est bien de pouvoir avoir un retour sur des thérapies effectives, qui marchent, comme la prise en charge en physiothérapie, la rééducation, ou ça on sait qu'on a un apport, on a des études qui prouvent que.

Certains praticiens expliquent ce manque de preuve par **l'absence d'intérêt pour les laboratoires de financer des études** scientifiques dédiées aux MAC.

M11 : Parce que du coup ça rapporte pas beaucoup si c'est pas pris en charge ; parce que les labos ne mettent pas leur nez dedans donc du coup, y'a forcément moins de publications aussi.

b. Définir un cadre réglementaire

Plusieurs médecins soulèvent la problématique du **manque de cadre réglementaire autour des MAC**, de leur formation à leur exercice, un point qu'ils souhaiteraient voir se **développer**. A la lumière de ces éléments, les praticiens **préfèrent adresser leurs patients à des médecins pratiquant les MAC**.

M10 : Pour les ostéopathes, y'a les écoles d'ostéopathie de n'importe quoi, tu te mets à payer 10 000 euros tu as ton diplôme, non c'est pas possible. [...] Mais ceux qui font des écoles comme ça, ou de l'hypnose par internet, c'est juste pas possible.

M15 : Dans la mesure où ça approche un patient, il doit y avoir des règles de déontologie, des règles de correspondance, doit y avoir des règles pour approcher le patient et aussi pour facturer ses actes, etc... Tout ça doit se faire dans la transparence, ça doit pas être dans l'opacité, ça c'est très important.

M17 : C'est pour ça que je dis que parfois je préférerais que ce soient des médecins acupuncteurs ou des médecins ostéopathes, parce que je sais que de base ils ont fait des études, ils ont eu, ils ont étudié la même médecine que moi.

Il est arrivé que quelques praticiens expriment le fait de **ne pas ressentir comme un frein ce manque de cadre réglementaire**.

M13 : Tant que ça me paraît pas dangereux pour le patient, je fais. Si ça me paraît un peu limite ou si je trouve que c'est pas suffisant ou... Là, à ce moment-là je n'irai peut-être pas. Sinon c'est pas grave de pas avoir de recommandations.

Dans l'ensemble, les médecins généralistes souhaitent que les autorités compétentes leurs **fournissent des recommandations claires** pour faciliter leur utilisation des médecines complémentaires. Ils dénoncent sur ce point **un retard de la France**, en comparaison à d'autres pays.

M6 : Soit comme on le disait, ça apparait dans les recommandations et je dis aux gens d'y aller.

M3 : Et on n'est pas assez ouvert en France. Très très loin derrière la Belgique, la Suisse euh... même les Etats Unis !

c. Des preuves pas indispensables

Certains praticiens disent **ne pas se sentir freinés par l'absence de preuves scientifiques**.

M9 : Donc c'est clair que... Non y'a aucune étude scientifique, rien du tout, qui va me prouver que ça marche. J'en sais rien, peut être que ça marche ! Mais moi... C'est pas quelque chose qui s'étudie dans un cadre. Peut-être que c'est pas reconnu, mais quand même, c'est des gens qui ont fait des études, qui connaissent le corps humain, ils ont leur technique.

De même, la **méconnaissance du mode de fonctionnement des MAC**, de la façon dont elles peuvent amener une amélioration au patient, ne constitue **pas une limite** à leur emploi par les médecins, **l'objectif final, primant sur les preuves scientifiques, étant le soulagement** du patient.

M15 : Maintenant c'est surtout ça, l'exemple pour dire « Est ce que ça marche vraiment ou pas ? », c'est pas vraiment ce qui va m'intéresser, « Quel est le mécanisme qui ferait que cela marche ? », c'est pas ce qui m'intéresse, ce qui m'intéresse c'est de voir que sur certain patient éventuellement ça fonctionne. D'accord ?

M11 : Et des fois on a des bons résultats ben c'est parfait ! Peu importe que ça ait marché parce que c'est vrai ou c'est dans la tête, on s'en fiche, ça a marché, ça a marché !

VIII. Les médecins en demande de formation

a. Un manque de connaissance

Les médecins interrogés rapportent un **manque d'information sur les MAC existantes**, qui contribue à leur **manque de connaissance globale** sur ce sujet.

M8 : Alors sur les médecines alternatives c'est pas forcément quelque chose qu'on maîtrise, voilà... On n'a pas forcément beaucoup d'informations. Même si effectivement y'a des choses qui commencent à circuler.

M12 : Après, voilà, je sais vaguement ce que fait un sophro, je sais ce que fait un ostéo, un acupuncteur j'imagine facilement. Mais je les connais pas plus que ça en fait.

M17 : Bah voilà je sais en citer 3 ou 4 *rire* le reste c'est obscur. Et je connais 2 ou 3 indications pour lesquelles je pourrais conseiller ou proposer à mes patients.

Cependant, certains expriment qu'il reste du **devoir du médecin de s'informer** sur ces pratiques, pour pallier ce manque de connaissance qui peut être un **facteur limitant leur utilisation**.

M5 : Mais pour ça c'est vrai qu'il faut que tu mettes un peu le nez dedans, que tu saches ce que c'est qu'un naturopathe, ce qu'il va proposer...

M17 : Finalement je suis un peu démunie parce que je ne sais pas trop conseiller les gens sur ça. Je les conseille mais sans connaître les tenants et les aboutissants, du coup forcément je vais d'abord plus conseiller des médicaments classiques alors que dès le début on pourrait proposer les deux.

Finalement, lorsqu'ils sont interrogés sur ce sujet, les praticiens reconnaissent un **besoin de formation sur les indications des MAC** de façon plus spécifique.

M1 : Je me sentirais plus honnête *insiste*, parce que je l'utiliserais en sachant pourquoi à chaque fois. Parce que y'a plein de fois où on utilise ces médecines encore maintenant en se disant « Peut être que ça fera du bien ». Alors que moi j'aimerais me dire « Ca je sais que ça lui fera du bien ».

Ce manque de connaissances des médecins sur les différents types de MAC et leurs indications apporte une impression de déséquilibre avec les **connaissances de leurs patients sur le sujet, qui seraient plus approfondies que les leurs**. Malgré cela, les praticiens **acceptent de ne pas tout connaître** et en informent leurs patients le cas échéant.

M17 : Mais quand c'est des patients qui viennent d'emblée, qui font beaucoup d'ostéopathie, qui font beaucoup d'hypnose, qui font aussi ça... Enfin bon je vois pas trop ce que je peux leur apporter en plus dans ce domaine-là, ils en savent plus que moi.

M13 : J'en discute avec lui, en lui disant bien que j'ai des limites et qu'il y a des choses que je ne connais pas. Si je vois qu'il part un peu... Que ça sort un peu trop de mon cadre, je lui dis que je ne suis pas forcément au courant de telle ou telle pratique.

b. Un apprentissage et une utilisation empirique

Les médecins pallient leur manque de connaissances théoriques par différents moyens. Tout d'abord, c'est leur **propre expérience personnelle**, de vécu douloureux ou autre, qui va **influencer sur leur pratique**.

M1 : Et par contre j'ai eu à côté un parcours médical chargé, c'est-à-dire que j'ai été moult fois opéré, et donc moult fois dégusté et fait moult fois appel à la médecine et aux médecines parallèles. Et du coup je leur dis « écoute si vous voulez bien je fais vous faire essayer quelque chose que j'ai eu l'occasion d'utiliser moi ».

M11 : Enfin je pense qu'on l'a tous expérimenté une fois, avoir fait un massage, ou la balnéo ou être allé faire une séance de sophro, ou tout simplement de vider son sac avec un collègue et se sentir mieux, on l'a tous cette expérience-là.

L'expérience professionnelle va également être un moteur de l'apprentissage des MAC existantes et de leurs possibles indications.

M5 : Entre les rencontres que tu fais et ce que les patients te racontent, et tout ça mis sur des années, des années, ça fait que quand même tu peux à peu près avoir une vision un peu fiable de tout ça, moi je dirais.

M15 : J'ai des connaissances d'approche comme ça, avec le contact avec un certain nombre de confrères praticiens et autres, et avec le retour des patients etc, c'est une approche parcellaire et progressive, qui s'inscrit dans le temps.

Les médecins **s'appuient sur l'expérience de leurs pairs** dans l'utilisation de certaines MAC, pour en retenir les indications, et les thérapeutes vers qui ils pourront adresser.

M6 : Là j'ai appris que la rhumatologue adressait de temps en temps sur les douleurs chroniques à un acupuncteur, qui est ici dans la ville. Ben honnêtement j'ai pris le nom quoi. Peut-être que je proposerai.

Au total, les médecins généralistes **qualifient d'empiriques leurs connaissances** des MAC, ainsi que leur **démarche dans l'utilisation** de ces pratiques.

M11 : Mes connaissances je pense que c'est plutôt empirique, et c'est plutôt Oui, du feeling, du ressenti en fonction de la personne, en fonction de ce qui a marché. Donc oui on va dire que j'ai des connaissances assez limitées là-dessus *rire*. [...] Moi j'ai absolument pas de protocoles dans ma tête. Comme tout le monde, je suppose, j'y vais à tâtons et j'essaie en fonction de la personne que j'ai en face, que je connais ou que je connais moins.

Enfin, ils **valident** leur propre utilisation des MAC **par comparaison** à ce qui peut être fait dans **d'autres pays**.

M9 : Peut-être que c'est pas reconnu, mais quand même, c'est des gens qui ont fait des études, qui connaissent le corps humain, ils ont leur technique, c'est des techniques qui sont utilisées dans d'autres pays et tout. Donc je vois pas pourquoi je serai réticente.

c. Développer la formation initiale

Les médecins expliquent en partie leurs lacunes concernant les MAC par un **manque de formation universitaire sur le sujet**, et certains estiment que l'enseignement sur ces thérapies devrait être **plus développé lors de la formation initiale**, car cette absence d'enseignement leur semble **discordant avec la réalité du terrain**, où les MAC sont abordées lors des consultations.

M12 : Et puis on me les a pas enseignées à la fac. On m'a rien enseigné la dessus hein ! Sur les thérapies complémentaires...

M9 : On n'a pas de module spécial pour ça, en fait, donc du coup, qu'on sache un peu c'est quoi l'apport et tout, après qu'on ait une ébauche de quelque chose, et par la suite en fonction de l'intérêt de chacun, chacun se renseigne, se forme plus.

M17 : Après là en médecine générale c'est pas possible qu'on ait pas été formé, [...] ce que je veux dire par là c'est que du coup on est désemparé devant le patient, il nous parle d'un truc dont on a aucune connaissance. Et ça c'est pas possible, il faut au moins qu'on ait la connaissance pour dire oui ou non.

Pour les médecins, si les MAC ne sont pas abordées à la faculté, ceci est dû à leur **aspect tabou**, rendant difficile la prise de position des professeurs pour délivrer leurs enseignements. Mais pour autant, ils leur semblent important d'**inculquer ces pratiques aux nouvelles générations** de médecins.

M12 : Mais ça oblige peut-être l'enseignement à prendre position. C'est compliqué pour un prof... Moi je prends position là parce que c'est mes patients et je fais ce que je veux mais est-ce que pour autant je vais dire devant une classe entière « L'ostéo c'est bien mais le magnétisme c'est du charlatanisme ». Tu vois ? Je pense que la fac de médecine va avoir... Si y'a un prof qui prend position, ça peut être compliqué...

M1 : Donc moi je suis vieux médecin donc c'est peut-être.... Tu vois ? Mais les jeunes je pense qu'il faut qu'ils comprennent, qu'ils s'aident de ça.

d. Freins à la formation

Bien que les médecins aient évoqué la nécessité de développer la formation sur les MAC, ils identifient plusieurs freins à celle-ci. Tout d'abord, elle **ne revêt pas pour eux un caractère prioritaire**, dans un contexte de **manque de temps et parfois d'intérêt** pour s'y investir. De plus, certains des médecins interrogés pointent du doigt un accès parfois difficile à ces formations.

M7 : Informé oui mais formé je pense que, le temps libre que j'ai à me former je préfère le passer sur autre chose.

M13 : Peut-être me former juste un peu plus, simplement, mais après c'est trouver le temps de la formation et tout, c'est pas non plus hyper facile *rire*.

L'opinion et les **préjugés négatifs** qu'expriment certains à l'encontre de ces pratiques peuvent **limiter la démarche de formation**.

M7 : Nulle. *rires* Le néant. Le néant, bah toujours pareil parce que je m'y intéresse pas et que j'ai un point de vue négatif et du coup je ne vais pas vers ces trucs-là et que je ne vais pas me documenter.

Enfin, l'étendue et la diversité des MAC représentent un **champ trop vaste pour pouvoir le maîtriser**.

M6 : Oui, Oui, parce que c'est très vaste, et faut vraiment réussir à se spécialiser. Enfin après on fait plus le même métier quoi je pense.

e. Facilitateurs de la formation

Malgré un certain nombre de freins, les médecins ont exprimé un **vrai désir de formation aux MAC**, et leur **affinité pour certaines d'entre elles vont motiver leur apprentissage** dans ce domaine.

M5 : Je suis toujours prête à ce qu'on m'informe mieux que ce que je suis déjà donc bien sûr, pas de soucis. [...] Mais j'apprends tout le temps ! La médecine c'est toujours en mouvement, donc oui ! Si à un moment donné quelqu'un trouve une solution qui est peu coûteuse, pas dangereuse pour un problème de douleur X, Y ou Z, je prends !

M9 : Je dirais mieux formée oui, j'aurais aimé pour savoir un peu, pour pouvoir mieux expliquer à mes patients... et tout ça quoi.

M13 : Il va y avoir certains domaines où ça va plus m'intéresser donc homéopathie, gemmothérapie, aromathérapie, donc je vais avoir tendance à un peu plus m'informer.

f. Différents moyens de formation

Les médecins mettent en avant différents moyens pour accéder à ces formations. Tout d'abord, certains évoquent la possibilité de **développer leurs connaissances sur le sujet via de nouveaux médias** tel que YouTube ou les podcasts.

M16 : C'est de la culture profane *rire*. Donc j'avoue j'aime beaucoup YouTube, j'écoute Christophe André, ceux qui font des podcasts sur la naturo, les machins, les trucs. Mais j'écoute ça en divertissement quoi. Je prends pas tout pour argent comptant, je fais bien la part des choses quoi [...] Enfin moi j'adore tous les podcasts, les vidéos sur YouTube, tu mets ça en fond sonore tout ça... Donc ce genre de support oui.

Sur la formation à proprement parler, certains médecins ont bénéficié d'une formation **par des laboratoires privés**, et d'autres sont désireux de voir se développer des sessions de **Développement Professionnel Continu (DPC)** sur ce thème.

M8 : J'ai fait un peu de formation en homéopathie mais sans plus [...] avec les laboratoires.

M12 : Je pense que ça pourrait être intéressant d'être mieux formé ou informé ouais. Dans nos modules de formation qu'on a régulièrement, ça pourrait être très intéressant ouais ! [...] Voilà dans les formations continues, dans.... J'en fais sur internet, j'en fais de différentes façons... Ouais, ouais dans les modules de formation continue ça pourrait être intéressant !

Enfin, certains médecins déjà formés aux MAC (acupuncture, homéopathie ou autre) proposent la possibilité **d'informer leurs confrères** pour développer leurs connaissances sur le sujet.

M14 : Je pense que ce serait plutôt à moi d'informer, les médecins ou les thérapeutes qui veulent une connaissance.

D. DISCUSSION

I. Validité de l'étude

a. Forces

Notre objectif étant de recueillir le ressenti des médecins généralistes, la méthode qualitative était la plus appropriée pour répondre à notre sujet. Ainsi, les praticiens ont pu s'exprimer et mettre en avant leurs idées en gardant une liberté sur leurs propos.

De même, nous avons privilégié des entretiens semi-dirigés individuels, plutôt qu'en focus group, afin de laisser le médecin interrogé s'exprimer le plus librement possible, sans être potentiellement influencé par le discours d'autres intervenants.

Nous avons utilisé la grille de critères COREQ tout au long de notre travail de recherche dans l'optique d'obtenir une meilleure validité interne de notre étude (Annexe 5). Aussi, pour renforcer la validité interne, chacun des 17 entretiens a été codé séparément par les deux enquêtrices puis, une triangulation des données a été effectuée afin de limiter le biais d'interprétation.

Nous souhaitons obtenir une population variée afin d'être en adéquation avec la question de recherche qualitative. Le recrutement s'est basé sur des critères comme le sexe, l'âge, la zone d'exercice, mais aussi sur la pratique ou non des MAC, pour que notre échantillon soit le plus diversifié possible et recueillir ainsi un maximum de points de vue différents. L'échantillonnage a été construit progressivement en fonction de l'analyse des données des entretiens précédents selon un processus itératif.

b. Limites

Une des principales limites de notre étude est liée à notre manque d'expérience en matière de recherche qualitative, ce qui a pu constituer un biais d'investigation. Nous avons cherché à minimiser celui-ci en interrogeant des médecins « tests » avant de débiter les entretiens de l'étude. La gestion des silences, des relances et des reformulations, permettant d'approfondir les idées exprimées, n'a pas toujours été faite de façon optimale.

Sur 52 médecins contactés pour participer à notre étude, seuls 17 ont accepté de participer. Certains ont pu refuser par manque de temps, d'autres se sentant peu à l'aise sur la thématique de notre question de recherche ont pu refuser d'être interrogés, par crainte de ne pas avoir d'éléments de réponse à apporter.

En tant qu'enquêtrices, nous étions de la même profession que les enquêtés. Il est possible que cela ait été un élément facilitateur du dialogue, mais cela a pu également représenter un frein, avec une réticence des médecins à se confier de peur d'être jugés.

Lors des entretiens, du fait d'un enregistrement audio uniquement, peu d'éléments non verbaux ont pu être rapportés dans la retranscription et donc dans l'analyse.

Enfin, certains éléments ont pu interférer avec la bonne réalisation des entretiens, ce qui constitue un biais externe : sonnerie de téléphone, interférence et problèmes de connexion lors des enregistrements en visioconférence.

II. Discussion des résultats

a. Difficultés de prise en charge et limites de l'allopathie

Lors des entretiens, les médecins ont exprimé diverses difficultés rencontrées durant le suivi d'un patient douloureux chronique, une prise en charge qu'ils estiment complexe. Tout d'abord, ils déplorent un manque de temps lors des consultations pour traiter efficacement toutes les dimensions de la douleur. Par ailleurs, dans le cadre du suivi d'un patient ayant une histoire douloureuse ancienne, ils ressentent une certaine pression en lien avec leurs doutes de pouvoir apporter quelque chose de plus à ces patients déjà multi-traités. Arrivent alors un sentiment d'impuissance, souvent mêlé à un sentiment d'échec, face à cette douleur.

Ce vécu complexe a déjà été mis en avant dans d'autres études. En 2013, Casel A. montrait que les médecins généralistes pouvaient exprimer de la lassitude, de la frustration voire de l'agacement lors de ces consultations, qui pouvaient alors avoir des répercussions sur la relation avec le patient ainsi que sur ses soins (55). Bucur D. a évalué l'impact psychique de

ces consultations sur les médecins généralistes et il ressortait des sentiments de culpabilité, de stress et de colère chez les médecins interviewés (56). Selfe et al. ont également montré que lorsque les médecins sont confrontés à une problématique difficile à diagnostiquer et à traiter, ils manifestent une réponse émotionnelle négative (ambivalence, frustration, inadéquation) (57).

Les limites de la médecine conventionnelle semblent être un des facteurs identifiés par les médecins lors des entretiens pour expliquer ces difficultés. D'après ce qu'ils ont déclaré, ces limites seraient de plusieurs ordres :

- Des limites liées à la trop faible étendue de possibilités thérapeutiques offertes par la MC et les difficultés à accéder à certaines techniques, comme le TENS.
- Des limites engendrées par la survenue d'effets secondaires des médicaments allopathiques, souvent non négligeables. Les médecins ont été plusieurs à mentionner la somnolence. Cette limite naît de la volonté de ne pas aggraver le patient, au statut fonctionnel déjà altéré par son symptôme douloureux. Dans sa thèse sur les difficultés rencontrées par les médecins généralistes lors de la prescription d'antalgiques de palier 2, Charbonnier D. mettait également en évidence la gêne qu'induit la survenue d'effets indésirables avec ces traitements, qui sont parfois très invalidants et peuvent conduire à l'arrêt du traitement (58).
- La problématique de la dépendance à certains antalgiques, entraînant notamment des réticences à utiliser les paliers 3. Lors de nos entretiens, plusieurs médecins ont placé les morphiniques (et même les paliers 2 pour certains) à part des autres traitements antalgiques. Cette scission était rattachée à la problématique de la dépendance que pouvait induire cette classe d'antalgique. En effet, bien que l'usage de la morphine ait apporté la preuve de son utilité pour les douleurs chroniques cancéreuses, leur utilisation dans le cadre de la DCNC semble parfois moins évidente pour les praticiens. Cette réticence était déjà mise en avant dans une étude de 2010 dans laquelle, les auteurs retrouvent que sept médecins sur dix estiment que les effets « adverses » des paliers 3 (effets indésirables + risque de dépendance) sont les principaux freins à la prescription

(59). La Société Française d'Évaluation et de Traitement de la Douleur (SFETD) a publié en 2016 des recommandations de bonnes pratiques concernant l'utilisation des opioïdes forts dans la DCNC (60). Il en ressort que les indications restent limitées, avec une efficacité modérée dans les douleurs neuropathiques, les lombalgies, et l'arthrose des membres inférieurs, et le traitement ne doit pas être poursuivi plus de 3 mois en l'absence d'amélioration. Les opioïdes semblent ainsi ne pas être la meilleure option thérapeutique au long cours dans les DCNC et les réticences exprimées par les médecins peuvent être entendues.

b. Attrait des patients pour ces pratiques et adaptation des médecins

Durant les entretiens, plusieurs médecins ont évoqué le fait d'être confronté à une demande croissante des patients pour les MAC. Loin d'être une simple impression, l'importance de cet attrait a déjà été mis en évidence dans d'autres études. Une revue systématique de la littérature menée en 2012 par Harris et al. évaluait la prévalence de recours aux MAC, quelles qu'elles soient, dans 15 pays. La prévalence annuelle s'étendait de 9.8% à 76% selon les études (61). Une étude de l'OMS en 2002 estimait que 75% des Français avait déjà eu recours à une MAC au moins une fois (62). Le CNOM estimait par ailleurs que 40% des patients avaient régulièrement recours à ces thérapies en 2012 (21).

Cependant, ces chiffres quantifient le recours aux MAC quel que soit le symptôme que le patient cherche à traiter. En 2016, Girard C. a cherché à mesurer le pourcentage de patients ayant recours aux MAC, parmi une population de malades suivis dans les centres de la douleur de Franche Comté. Il en ressortait que 83.22% des patients ont eu recours à une MAC pour soulager leur douleur chronique (63).

Certains médecins interrogés avaient le sentiment que cet attrait grandissant était corrélé à l'existence d'une réticence des patients vis-à-vis de la médecine conventionnelle, parfois décrite comme une défiance envers l'allopathie. Ainsi en 2007, un sondage IFOP mettait en évidence que la première raison de recours aux MAC par les Français était d'éviter la prise de médicaments (64).

Cependant, ce ressenti est à nuancer au regard de résultats d'autres études. En effet, une étude Odoxa publiée en 2018 a montré que les Français jugent l'allopathie, en comparaison à l'homéopathie, plus rassurante (63%), plus scientifique (86%) et surtout plus efficace pour soigner les maladies graves (90%) (65). De la même façon, Roudier A. a montré dans sa thèse que la satisfaction des patients envers la médecine conventionnelle reste forte, puisque 86% d'entre eux se déclaraient satisfaits (66).

Eisenberg a étudié entre 1990 et 2002 les motivations poussant les patients à recourir aux MAC, ainsi que leur évolution au cours du temps (67,68). Celles-ci sont de nature diverse : pour le caractère holistique de ces médecines (78,3%), pour le rôle actif du patient sur sa santé (76,5%), au décours d'un échec du domaine conventionnel pour près de la moitié des interrogés (49,2%), être prêt à tout essayer (45,1%), suite à des effets secondaires de médicaments allopathiques (37,7% en 2002 vs 9,2% en 1997) et suite à des difficultés de communication avec le médecin (22,0%). L'impression de réticence et de défiance envers la médecine, mentionnée par les médecins lors des interrogatoires, ne ressort pas totalement de ces études, où l'on peut remarquer que les patients ont d'abord essayé un traitement conventionnel, puis après son échec ou la survenue d'effets secondaires, se sont tournés vers les MAC.

Dans tous les cas, les médecins nous ont affirmés rester à l'écoute en conservant une ouverture d'esprit face à ces demandes, tout en étant honnêtes envers les patients sur les effets et résultats pouvant être attendus. Cette attitude du médecin est appréciée et même recherchée par les patients. Falque S. et Tartavull S. ont, pour leur étude, interrogé des patients douloureux chroniques sur leur vécu et leurs attentes : tous les patients ont insisté sur l'écoute. Ils voulaient avoir un médecin qui soit attentif à leurs problèmes et souhaitaient pouvoir se livrer facilement sans être interrompus (69). Cette ouverture d'esprit est donc primordiale pour créer une relation de confiance avec le patient, qui pourra s'exprimer sans crainte, ni honte. En effet, des études ont mis en évidence que bien qu'ils aient recours aux MAC, les patients l'avouent peu souvent à leur praticien. Par exemple, dans sa thèse, Thiriart F. retrouvait que 60.8% des personnes interrogées pensaient qu'il serait utile d'échanger avec leur médecin traitant sur ce sujet, mais seulement la moitié (32,4%) d'entre eux l'avaient déjà fait (70).

Les travaux de Holland repris par Doan énoncent des règles simples qui seraient utiles aux médecins afin d'améliorer la communication médecin-patient autour des MAC (71) notamment : être bien informé sur les MAC actuelles, analyser les raisons du patient pour ce type de « traitement », donner des informations précises aux patients, ne pas porter de jugement de valeur sur le choix du patient, ou encore discuter des risques liés aux effets secondaires possibles et des bénéfices escomptés.

Le développement de la communication médecin-patient autour de ce sujet semble indispensable, notamment pour mieux accompagner et conseiller le patient dans cette démarche.

c. Rôle de sentinelle du médecin

Les médecins ont abordé la question de leur rôle face à cet usage des MAC de plus en plus fréquent par les patients, mais également de l'attitude qu'ils doivent adopter quand ils le conseillent eux-mêmes à leurs malades. Ils ont été nombreux parmi les interviewés à décrire ce rôle comme celui d'une sentinelle, avec le devoir de rester vigilant face à d'éventuelles dérives sectaires, demandes abusives voire pratiques dangereuses des thérapeutes.

Bien que les praticiens semblent avoir confiance en les capacités de leurs patients à discerner des demandes inappropriées de la part des thérapeutes, certains ont tout de même pointé du doigt ce risque de manipulation ou d'escroquerie, qu'ils sentaient majoré par la vulnérabilité des patients douloureux chroniques, prêts à tout pour voir disparaître leur douleur. La notion d'escroquerie était souvent reliée à celle de charlatan lors des entretiens avec cette idée que les patients pouvaient se retrouver « happés » dans des pratiques sectaires. Ce phénomène représente un des points justifiant le rôle de sentinelle précédemment évoqué.

En France, la MIVILUDES identifie et analyse les phénomènes sectaires et coordonne des actions de préventions contre ces dérives. Il s'agit d'une mission interministérielle, rattachée au Ministère de l'intérieur, créée en 2002. Elle a d'ailleurs publié un rapport complet sur les dérives sectaires en santé. Un des chapitres est consacré au médecin et fournit une conduite à tenir à ces derniers lorsqu'ils identifient un patient victime d'une de ces dérives (ou susceptible de devenir une victime) (19). Les médecins n'en ayant pas parlé lors des

entretiens, on peut se questionner sur leur connaissance d'un tel rapport. Dans sa thèse portant sur la sensibilisation des MG aux dérives sectaires dans le domaine de la santé, Gomez A. note que 55% des médecins ne connaissait pas la MIVILUDES. Les autres la connaissaient (20%), ou la connaissaient sans savoir son rôle (25%). Cependant, il retrouve que 88.7% des MG ont répondu avoir un rôle à jouer dans le repérage des patients en dérive sectaire. Ceci est cohérent avec les déclarations faites lors de nos entretiens (72).

La survenue d'effets indésirables était peu mentionnée par les médecins interviewés, qui attribuent aux MAC une relative innocuité. Il faut cependant garder à l'esprit que le recours, notamment non encadré, aux MAC peut exposer à des risques non négligeables, que ce soit par l'utilisation de produits de qualité médiocre ou par le recours à des praticiens non qualifiés. Peuvent aussi survenir des erreurs de diagnostic, des diagnostics trop tardifs, des effets indésirables directs ou des risques de toxicité (73). Ceci constitue un deuxième élément nécessitant la vigilance des praticiens.

Pour compléter ce rôle de guide, certains des médecins nous ont déclaré s'appuyer sur leur carnet d'adresse de thérapeutes, véritable réseau élaboré au fil de leur carrière, et finalement devenu aussi indispensable que le carnet d'adresse de spécialistes que chaque médecin généraliste est susceptible de mettre au point durant son exercice, de manière formelle ou informelle (74). On peut considérer que ce réseau de thérapeutes a toute son importance puisque un patient sur cinq ayant recours à une MAC aura été adressé par son médecin traitant (70).

Cependant, les praticiens ont été beaucoup plus nombreux à déplorer un manque de connaissances sur les thérapeutes existants autour d'eux. De plus, les médecins interrogés ont également critiqué un aspect parfois douteux de la formation de ceux-ci, combiné à un manque d'encadrement de ces professions. Ces éléments constituaient pour eux un autre point essentiel sur lequel ils se devaient d'être vigilants, pour pouvoir adresser leurs patients en toute confiance, ou au contraire les alerter sur des pratiques dangereuses. Ceci a également été mis en évidence par Flandrin Mouallem A. dans sa thèse (75).

Lors de nos entretiens, les médecins nous ont expliqué se baser sur les retours de leurs patients ou les habitudes de confrères pour faire le tri dans les thérapeutes qu'ils jugent de

confiance. Ils souhaitent la diffusion d'une meilleure information sur l'offre existante, ainsi qu'un encadrement plus clair de ces professions pour les aider à guider leurs malades vers les meilleurs thérapeutes.

d. Consentir à utiliser l'effet placebo

Les médecins ont à plusieurs reprises estimé que l'efficacité que pouvaient avoir les MAC sur le symptôme douloureux chronique était uniquement lié à un effet placebo. Cela constituait pour certains un obstacle complet pour conseiller ces techniques, avec le sentiment de trahir le patient s'il y avait recours.

Cependant, les praticiens ont été plus nombreux à ne pas accorder d'importance à l'existence d'une preuve scientifique d'efficacité, tant que le patient y trouvait un bénéfice, avec un minimum de risques encourus. Une partie d'entre eux a même déclaré être convaincu que les MAC n'agissent que par effet placebo, mais cette conviction ne les freinait pas dans leur utilisation, en mettant toujours en avant l'apport positif dont leur font retour les patients.

Plusieurs études ont pu mettre en évidence une proportion importante de médecins généralistes ayant recours à l'effet placebo dans différents pays. Aux Etats-Unis, une étude réalisée en 2008 auprès de médecins de famille montre que 56% d'entre eux déclarent avoir utilisé un placebo en pratique clinique (76). En Suisse, dans une étude réalisée en 2008, seuls 28% des médecins généralistes déclarent ne jamais avoir utilisé d'interventions placebo (77). Ce point nous semble particulièrement intéressant à une époque où l'Evidence Based Medicine (EBM) juge de la qualité d'une thérapie par sa supériorité à un placebo.

En 1964, Shapiro définit le placebo comme suit : « Tout procédé thérapeutique donné intentionnellement pour avoir un effet sur un patient, symptôme, syndrome ou maladie, mais qui est objectivement sans activité spécifique pour la condition traitée » (78).

La définition de l'effet placebo est plus complexe. Shapiro le décrit comme « *l'effet psychologique, physiologique ou psychophysiologique de toute médication ou procédé donné avec une intention thérapeutique qui est indépendante, ou très faiblement reliée aux effets pharmacologiques de la médication ou des effets spécifiques du procédé et qui opère au*

travers d'un mécanisme psychologique ». Pour Pichot, l'effet placebo est, lors de l'administration d'une drogue active, la différence entre la modification constatée et celle imputable à l'action pharmacologique de la drogue (80).

Pour en revenir plus spécifiquement à l'effet placebo dans le contexte de la douleur, la recherche en neurophysiologie a permis d'avancer sur la compréhension de cet effet. Une expérience menée en 1978 par Levine et al. a suggéré le rôle de la sécrétion des opioïdes endogènes induite par la prise d'un placebo.

Ainsi, après administration d'un placebo à visée antalgique, un groupe de patient étiqueté comme « placebo-répondeur » a présenté une hyperalgésie à la suite d'une injection de Naloxone (81).

L'imagerie cérébrale par tomographie par émission de positons a permis de montrer que l'administration de placebo et d'un morphinique (remifentanyl) mettait en jeu des réseaux neuronaux communs et s'accompagnait de l'activation du cortex cingulaire antérieur et du cortex orbitofrontal latéral, zones connectées à des structures du tronc cérébral impliquées dans l'analgésie opioïde (82).

Il est important de noter que plusieurs facteurs influent sur la réponse au placebo : les attentes du patient et du médecin, la relation médecin-patient, la personnalité du patient, et les facteurs liés au traitement. Ainsi, pour certains auteurs, il serait préférable de ne pas simplement donner un traitement placebo mais plutôt de favoriser l'effet placebo en développant la relation médecin-malade. (83–85)

Au regard de ces éléments, il semble important de développer d'un côté la recherche pour la compréhension des mécanismes sous tendus par l'effet placebo, mais également de produire des études de bonne qualité infirmant ou confirmant un effet des MAC qui serait uniquement placebo.

e. Autonomie du patient et amélioration de la qualité de vie

Parmi les différentes perceptions qu'ont décrit les médecins de l'usage des MAC dans la douleur chronique, deux en particulier retiennent notre attention : leur capacité à rendre le patient plus autonome face à sa douleur et leur impact sur l'amélioration de la qualité de vie. Ces deux notions ne renvoient pas à un simple objectif de diminution de l'intensité de la douleur mais englobent des concepts plus larges et plus complexes incluant les différents aspects sur lesquels la douleur chronique va impacter.

Comme décrit en introduction dans le chapitre « classification des MAC », l'une d'entre elles sous-entend que la pratique ou l'administration de la thérapie complémentaire est réalisable en autonomie par le patient après apprentissage par un tiers formé, avec ou sans supervision périodique.

Cette notion confère un avantage aux MAC, évoqué lors de nos entretiens : le patient devient moins dépendant du corps médical dans la prise en charge de son symptôme douloureux, et il dispose d'outils supplémentaires dont il peut se servir au besoin. Un des avantages de cette possibilité de pratiquer certaines MAC en autonomie est que cela n'engendre pas (ou peu) de coûts supplémentaires pour le patient. Or nous avons pu voir que les questions du prix et de l'absence de remboursement sont des freins importants énoncés par les médecins dans leur démarche d'utilisation des MAC. Ce phénomène d'autonomisation par les thérapies complémentaires est retrouvé dans d'autres études. Träger-Maury émet ainsi l'hypothèse qu'à travers le recours aux MAC, les patients reconquièrent une autonomie perdue dans la gestion de leurs traitements, et se rendent moins dépendants des protocoles de la médecine conventionnelle (86).

Par ailleurs, passé un certain stade, le malade ne cherche plus à voir disparaître le symptôme « douleur » mais à pouvoir vivre avec et donc récupérer certaines de ses capacités fonctionnelles que des années de souffrance lui ont ôtées. Ce phénomène est expliqué par Kotarba, qui décrit 3 étapes dans la carrière de la douleur chronique (87). En premier vient « l'apparition de la douleur », qui est perçue comme n'importe quel problème de santé aigu. Le patient entre dans le système de santé pour obtenir un diagnostic et un traitement. Dans un second temps naît « l'émergence d'un doute », face au constat d'inefficacité des premiers

traitements qui entraîne des consultations de plus en plus spécialisées. Puis arrive la troisième étape, « l'expérience de la douleur chronique ». Le patient prend conscience de l'échec des interventions médicales, qui entraîne une indépendance du malade par rapport au médecin, ouvrant la route vers des solutions alternatives.

Les changements de perspective des patients douloureux chroniques au cours du temps ont également été montrés dans l'étude de Eaves et al. Ainsi, les patients souffrant de lombalgie chronique et ayant recours aux MAC, concentraient durant le premier entretien leurs attentes et espoirs sur la capacité de la thérapie à diminuer leur douleur (88). Mais dans les entretiens suivants, ces attentes s'étaient transformées : d'un besoin d'être « réparé », leur vision était maintenant celle du corps comme d'un « ouvrage en cours » nécessitant de l'attention et des soins constants.

Globalement, cette étude a montré que les patients ayant recours aux MAC sont plus conscients du besoin de s'engager au long terme dans leurs soins, ont un sentiment de contrôle et une responsabilisation accrue, ainsi que la motivation de chercher des stratégies d'adaptation efficaces.

L'impact des MAC sur l'amélioration de la qualité de vie a été mis en évidence dans plusieurs études. On peut citer celle de Abrams et al. sur la médecine intégrative dans le traitement de la douleur, qui a pu montrer un impact positif significatif sur la qualité de vie des patients : évalué par le questionnaire Brief Pain Inventory (BPI), le score d'interférence mesurant l'impact négatif sur la qualité de vie des patients avait diminué de 28% à la semaine 24 de l'étude (89).

À une époque où la médecine a mis de côté son modèle paternaliste, pour se diriger vers un modèle d'autonomisation du patient, dans lequel les malades sont inclus dans les décisions à prendre pour leurs soins et encouragés à devenir acteur de leur santé, les MAC semblent pouvoir avoir un rôle à jouer. En cherchant à agir sur la qualité de vie, le patient sera nécessairement pris en charge de façon plus globale, mais également personnalisée, car les impacts de la douleur chronique existent dans des proportions différentes pour chaque malade. Ce dernier aspect est revendiqué dans beaucoup d'études, notamment celle de Michel & Charhon, en introduisant le concept de médecine intégrative que nous détaillerons plus loin (55,90).

III. Des voies d'améliorations

a. *Devoir de structuration par les pouvoirs publics*

De nos résultats sont ressortis que les médecins généralistes étaient demandeurs d'un meilleur encadrement des MAC dans la prise en charge des douleurs chroniques afin d'être mieux guidés dans leur pratique. Le manque de réglementations et de recommandations est un obstacle retrouvé dans plusieurs autres études comme celle de Noël J. en 2016 (91). Pour introduire notre travail de recherche, nous avons évoqué les « plans douleurs » successifs menés depuis 1998, et nous avons pu mettre en avant que les MAC n'étaient abordées qu'à partir du troisième plan douleur (2006-2010) et que par la suite, aucun plan gouvernemental n'a été mis en place ni pour la prise en charge de la douleur chronique, ni pour l'encadrement des MAC.

Il est tout de même important de noter quelques initiatives qui mettent en avant l'émergence d'un mouvement scientifique national en faveur d'un meilleur contrôle de ces pratiques :

- Depuis 2010, la DGS finance un programme pluriannuel d'évaluation des pratiques de soins non conventionnelles (PSNC) en confiant à l'INSERM et aux sociétés savantes la réalisation d'évaluations scientifiques visant à identifier les pratiques prometteuses de celles potentiellement dangereuses (35).
- L'AP-HP a intégré dans son plan stratégique 2010-2014, un chapitre consacré au projet de développement des médecines complémentaires. Ce projet comporte quatre volets intitulés « offres et bonnes pratiques », « recherche », « médecine traditionnelle chinoise », et « médecine du travail ». L'objectif étant de préciser la place et le rôle du CHU dans l'exercice, l'enseignement et l'évaluation de ces pratiques (92).
- En octobre 2012, une publication du Centre d'Analyse Stratégique (institution d'expertise et d'aide à la décision placée auprès du Premier ministre) intitulée « *Quelle réponse des pouvoirs publics à l'engouement pour les médecines non conventionnelles ?* » suggérait déjà plusieurs pistes d'amélioration dans la pratique des MAC. Par exemple, de promouvoir certaines méthodes via les recommandations de la HAS, d'établir un label de

thérapeute en médecine non conventionnelle, ou encore de labelliser les offres de formation en école privée. Mais aucune de ces propositions n'a abouti jusqu'à présent (93).

Cependant, ces ébauches de structuration des pratiques ne semblent pas suffisantes, et lors de nos entretiens, certains médecins ont mis en avant le retard particulier de la France par rapport à l'utilisation des MAC et à leur réglementation. Comme évoqué précédemment en introduction, le statut juridique des MAC en France est défini pour l'homéopathie, l'acupuncture, la mésothérapie et l'ostéopathie, mais pour toutes les autres thérapies non conventionnelles, il n'existe que peu de cadre juridique. En évoquant ce retard, les médecins généralistes sous entendent que dans d'autres pays les MAC sont mieux encadrées et leur pratique plus réglementée, en Europe mais également aux États-Unis par exemple :

- Au Royaume Uni, pour garantir la qualité et la sécurité des soins en médecine non conventionnelle, le CNHC (Complementary and Natural Healthcare Council) a été créé en 2008 sur une initiative du ministère de la Santé. Il est en charge : d'un registre des praticiens, de l'établissement de standards minimaux de formation, de vérifier que les praticiens possèdent une assurance, d'un code éthique et de bonnes pratiques, et d'un dispositif de recueil de plainte pouvant en cas de problème, entraîner le retrait d'un praticien du registre, ou imposer des sanctions disciplinaires (94).
- Aux États-Unis, le NCCIH (Centre national de la médecine complémentaire et intégrative) a été créé en 1991 et fait partie du ministère de la Santé et des Services sociaux du gouvernement fédéral. Sa mission est de « *définir, par le biais d'une enquête scientifique rigoureuse, l'utilité et la sécurité des interventions de médecine complémentaire et parallèle et leur rôle dans l'amélioration de la santé et des soins* » (95).

Face à ce manque de structuration par les pouvoirs publics français, un projet a été fondé par un trio de chercheurs : Véronique SUISSA (psychologue), Serge GUÉRIN (sociologue), et Philippe DENORMANDIE (chirurgien). Ce projet ayant pour but d'asseoir les médecines complémentaires adaptées et de lutter contre toutes les formes de dérives et de méthodes

alternatives, il a été présenté à la DGS en juillet 2020. C'est ainsi qu'est lancée en septembre 2020, l'A-MCA (Agence des Médecines Complémentaires et Alternatives) qui regroupe plus de 80 acteurs et qui est alors le premier lieu en France visant à informer, guider, conseiller autour de ces pratiques (96).

En Mars 2021, pour renforcer l'action de l'A-MCA, des parlementaires ont souhaité porter une résolution visant à faire évoluer l'A-MCA en agence Gouvernementale en faisant paraître une tribune dans le journal « Le Monde » (97).

b. Adapter la recherche scientifique

Le manque de preuve scientifique représentait pour certains médecins interrogés un frein à l'utilisation des MAC et ils évoquaient alors l'importance de l'EBM dans leur pratique. En effet, il est ressorti de nos entretiens une demande explicite de la part des MG de pouvoir se référer à des « *essais contrôlés* », des « *études sérieuses* », « *en double aveugle* » pour pouvoir adhérer aux MAC. Cependant, lorsqu'elle se base sur des essais contrôlés randomisés, la recherche en matière de thérapies non conventionnelles ne fait preuve d'efficacité que dans un nombre restreint de situations, comme le met en avant le bulletin de l'Académie Nationale de Médecine (ANM) dans une revue systématique de la littérature par Bontoux et al (23). De plus, certaines méta-analyses mettent parfois en évidence des résultats contradictoires concernant l'étude des MAC (98). Pourtant, il faut rappeler que parallèlement à ce manque d'efficacité prouvée, la demande des patients pour ces médecines est en hausse et que ces derniers, notamment ceux souffrant de douleur chronique, témoignent d'une satisfaction globale quant à leur utilisation (99).

Il nous semble alors légitime d'évoquer les potentielles limites de l'EBM qui, à travers les essais contrôlés randomisés, peut mettre de côté l'expertise du clinicien et les préférences du patient, et se baser uniquement sur une efficacité théorique sans prendre en compte la complexité de l'application dans la vie réelle. Les MAC étant essentiellement basées sur une prise en charge globale et personnalisée du patient, elles contribuent à la difficulté de réaliser ces études (100). Dans sa thèse intitulée « *Évaluation des médecines complémentaires : quels compléments aux essais contrôlés randomisés et aux méta-analyses ?* », Gueguen J. (101)

explique que les méthodes actuelles ne sont pas forcément adéquates étant données les différences entre la MC et les MAC. En effet, contrairement à la MC, dans le domaine des thérapies non conventionnelles il n'est pas simplement question de mesurer une efficacité statistique spécifique, mais aussi d'étudier les effets non spécifiques, la subjectivité, les influences du contexte ou encore de la communication et de l'écoute sur les patients. Or le gold standard de l'essai randomisé contre placebo ne peut prendre en compte tous ces paramètres sans adaptation méthodologique (102).

Dans ce contexte médical de l'évaluation « fondée sur les preuves », il semble important d'envisager des outils méthodologiques suffisamment pertinents et adaptés pour évaluer et décider de la place, de l'efficacité et de l'intérêt des MAC (103). Gueguen J. (101) évoque les essais contrôlés randomisés comme une méthode de choix, mais l'intérêt légitime des méthodes qualitatives est mis en avant notamment lorsque l'on cherche à investiguer l'expérience des patients dans leur singularité et leur diversité. Ainsi, les études qualitatives pourraient permettre de déterminer des critères de jugement pertinents en amont, et éventuellement de développer des outils permettant de les mesurer au cours d'essais randomisés ensuite.

Face à ces critiques sur le manque de preuve scientifiques concernant les MAC, certains pays ont tenté d'apporter des réponses en créant des centres d'études dédiés, comme en Norvège avec le National Research Center in Complementary and Alternative Medicine (NAFKAM), ou encore aux États-Unis où le NCCIH envisage de nouveaux types d'essais plus adaptés pour compléter les essais contrôlés randomisés standards afin d'évaluer les approches de santé complémentaires.

A noter qu'il serait également intéressant de voir la quantité de données fiables augmenter grâce à des études sérieuses pour que se profilent les potentialités des médecines non conventionnelles. Car si la MC est efficace en termes de soins aigus et d'urgence, les MAC se révèlent utiles en matière de prévention et de prise en charge de la douleur et des maladies chroniques, qui sont les domaines dans lesquels le système de santé manque de performance (93).

c. Développer la formation initiale et continue

Une partie des MG interrogés estimaient que leurs connaissances sur le sujet des MAC étaient insuffisantes et essentiellement empiriques. Ils ont été nombreux à souhaiter voir apparaître dans la formation initiale universitaire un minimum d'enseignement sur ces thérapies non conventionnelles. Ce désir de formation est également retrouvé dans d'autres études, notamment dans une enquête nationale quantitative réalisée en 2016 par Dermigny. A (104) sur les connaissances et attentes de formation des internes de MG concernant les thérapies complémentaires. Cette étude révèle que 91,8% des internes souhaitent bénéficier d'une formation sur les MAC pendant l'internat indépendamment de leur opinion favorable ou défavorable sur ces thérapies. Parmi eux, une majorité (82,9%) désiraient en premier lieu connaître les indications et les limites de ces médecines afin de mieux orienter leurs patients.

En effet, il n'est pas question ici de former les futurs médecins à pratiquer les MAC, mais surtout de leur permettre d'avoir suffisamment de connaissances sur le sujet pour guider les patients dans leur parcours de soins. Dans un bulletin d'information du CNOM parut en 2012 qui abordait « la place des médecines complémentaires » (105), le Pr. Baumelou, Néphrologue à l'AP-HP et responsable de l'enseignement de MAC à l'université Paris-VI, rejoint cette idée en disant : *« Ces médecines existent et elles sont largement utilisées par les patients. Il y a nécessité d'une évaluation et d'un enseignement universitaire précoce. Le médecin ne peut avoir d'opinion personnelle que s'il en connaît les grandes lignes. [...] Si nous voulons améliorer la visibilité et la légitimité de ces techniques quand elles sont efficaces, il nous faut définir de nouveaux cursus. Nous avons créé un enseignement obligatoire sur les MAC en 2^e cycle des études médicales. L'objet n'est pas d'enseigner ces médecines mais d'ouvrir l'esprit de nos étudiants à l'existence d'autres formes de prise en charge, aux résultats de leur évaluation et à la connaissance de possibles interactions avec nos pratiques usuelles. »*

Bien qu'il existe plusieurs DU permettant de se former aux MAC, il y a peu d'enseignements universitaires lors de la formation initiale des études de médecine. En 2010, une étude réalisée par Reix F.(106) faisait un état des lieux de l'enseignement des MAC dans le cursus médical en interrogeant les doyens des facultés de médecine de France et retrouvait que

seules 7 des 35 facultés françaises proposaient un enseignement sur les MAC lors de la formation initiale et celui-ci était très hétérogène. De plus concernant l'avis des doyens de facultés sur l'intégration des MAC dans le cursus médical : 50% étaient « contre » ou « plutôt contre » et 25% neutres.

Pourtant la mise en place d'un module d'information sur les MAC lors de la formation initiale est recommandée par plusieurs organismes comme l'OMS, l'ANM, le CNOM, le Centre d'analyse Stratégique ou encore l'AP-HP. En effet, le rapport de l'OMS de 2013 sur les stratégies pour les thérapies complémentaires pour 2014-2023 (17) recommande de promouvoir la formation des praticiens de santé sur les thérapies complémentaires afin d'améliorer la sécurité et l'efficacité de l'usage de ces pratiques, mais aussi de minimiser leur mauvais usage. De plus, en 2019 l'ANM et l'académie nationale de pharmacie confirment que *« il importe d'inclure ou de renforcer dans les études de médecine un enseignement – obligatoire dans le 2ème cycle, optionnel dans le 3ème cycle – dédié à la relation médecin-malade, à ses effets non spécifiques, aux effets placebo et au bon usage des médecines complémentaires intégratives »*.

C'est dans cet esprit qu'est fondé en 2017 le Collège Universitaire de Médecines Intégratives et Complémentaires (CUMIC) qui regroupe des universitaires de plusieurs disciplines et qui a notamment pour mission de promouvoir et encadrer les enseignements et les formations universitaires sur l'approche intégrative et personnalisée des patients ainsi que sur les thérapies complémentaires (107).

Bien que la formation initiale sur le sujet des MAC ne soit pas encore intégrée dans le cursus médical, les médecins généralistes ont cependant la possibilité d'accéder, dans le cadre du développement professionnel continu (DPC), à des formations qui abordent de plus en plus le sujet. Malgré l'existence de ces dernières, les médecins avouaient dans nos entretiens, faire face à certains freins pour se former notamment par le manque de temps et parfois par manque d'intérêt.

d. Vers une médecine intégrative

De nos entretiens, une idée prépondérante ressortait, celle de l'importance pour les MG de réaliser une prise en charge globale et personnalisée des patients souffrant de douleurs chroniques. Cette nécessité d'une prise en charge plus holistique pour ces patients est retrouvée dans l'étude de Casel A. en 2013 sur le « vécu des médecins généralistes de la consultation pour douleur chronique » (55). De plus, à travers nos interviews, certains médecins avaient tendance à rejeter le terme « alternatif » des MAC pour adhérer à celui de « complémentaire ». Les MG évoquaient alors l'intérêt d'associer les pratiques pour une meilleure prise en charge du patient.

Ce point de vue est également avancé dans d'autres études notamment celle de Collin E. : « Face à la nature complexe et subjective de la douleur chronique, laisser croire au patient qu'en cas d'échec d'une prise en charge conventionnelle, la solution est un changement de paradigme médical vers « les autres médecines qui marchent » renforce sa course à la recherche d'une solution unique et magique qui souvent se révèle une course sans fin » (15). Ainsi pour eux, ces différentes techniques doivent rester complémentaires, et non pas se placer comme une alternative, en opposition à la médecine conventionnelle.

Ce besoin de complémentarité rejoint le concept de « Médecine intégrative », qui a d'ailleurs été spontanément évoqué lors des entretiens : « *je trouve qu'en fait, on n'est pas assez dans ce qu'on appelle la médecine intégrative* » (M5).

En effet, même s'il n'existe pas de définition consensuelle, la médecine intégrative est la combinaison coordonnée des traitements conventionnels et des médecines complémentaires. Elle se concentre sur la prévention et le maintien de la santé. Elle permet d'offrir aux patients une approche thérapeutique globale et personnalisée, centrée sur le projet de soins de la personne. Elle met ainsi le patient au centre de sa prise en charge, en l'encourageant à participer et à être autonome dans ses propres soins. La relation entre le patient et les professionnels de santé est renforcée pour créer un réel partenariat. La médecine intégrative s'inscrit aussi dans une démarche scientifique rigoureuse, de recherche et d'évaluation, pour garantir la sécurité et les bonnes pratiques. (108)

Le terme de « médecine intégrative » vient de la dénomination nord-américaine « integrative medicine ». Le concept initial a été présenté en 1994 par Andrew Weil de l'université d'Arizona. En Amérique du Nord ce concept a évolué vers celui plus large de santé intégrative (integrative health). Il est enseigné dans de nombreuses universités, dispose d'organisations reconnues (NCCIH), de réseaux de recherche dynamiques et de revues scientifiques dédiées (109).

Au niveau européen, le développement de la médecine intégrative est disparate. Cependant, en avril 2017 a eu lieu le congrès mondial de médecine et de santé intégrative qui a abouti à l'Engagement de Berlin. Cet engagement global et universel porte sur la responsabilité des professionnels de santé dans la pratique et la promotion de la médecine intégrative. En 2019 une déclinaison française de cet engagement a été réalisée pour mieux correspondre aux pratiques et au système de santé du pays. (110)

Ainsi, à l'ère d'avancées thérapeutiques majeures, la médecine intégrative permettrait de réunir la MC et les MAC dans une approche centrée patient, holistique, humaniste et pluridisciplinaire tout en restant inscrite dans une démarche scientifique (111). En s'attardant sur ses caractéristiques, on observe que le courant de la médecine intégrative évite d'assimiler le patient à sa maladie et permet de le considérer dans sa globalité, ce qu'oublie parfois la MC. En effet, cette discipline s'intéresse non seulement à la maladie, mais insiste aussi sur la santé, notamment sur tous les aspects liés au mode de vie et au bien-être. La vision de la santé de la médecine intégrative est en accord avec la définition de l'OMS selon laquelle « *la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* ». (109)

E. CONCLUSION

A une époque où la recherche scientifique dans le domaine médical ne cesse de progresser vers une médecine de pointe, les pathologies chroniques incluant les douleurs chroniques sont également de plus en plus fréquentes et posent de nombreuses problématiques pour les patients qui doivent souvent apprendre à vivre avec leur douleur.

En effet, l'allopathie présente aussi des limites et le médecin se retrouve parfois impuissant face à la souffrance chronique de ses patients qu'il ne parvient pas toujours à soulager avec son arsenal thérapeutique conventionnel.

C'est dans ce contexte qu'il se retrouve confronté à une utilisation croissante des médecines alternatives et complémentaires (MAC) par ses patients en quête notamment de bien-être, d'une meilleure qualité de vie et d'une prise en charge plus personnalisée. En découle de nouvelles problématiques face à ces médecines non conventionnelles que les médecins généralistes ne souhaitent plus ignorer mais qu'ils ont par ailleurs du mal à appréhender devant leur inexpérience, le manque d'encadrement juridique et le manque de preuve scientifique.

Ils sont pourtant une majorité à être ouverts d'esprit face à ces pratiques, pour répondre au mieux à la demande et aux besoins de leurs patients. Ils adaptent ainsi leur pratique, le plus souvent de manière empirique, tout en restant vigilants et alertes pour pallier le manque de réglementation qui est une potentielle source de dérives.

Bien que freinés par ces obstacles, force est de constater que les médecins généralistes sont globalement satisfaits d'intégrer les MAC comme outil supplémentaire à leur arsenal. Ils décrivent un impact positif, tant sur la relation médecin malade avec une libération de la parole des patients, que sur l'autonomisation de ces derniers qui sont intégrés pleinement dans leur prise en charge.

Cependant, même pour les praticiens les plus réticents à leur utilisation, certaines notions restent primordiales, notamment l'innocuité de ces pratiques et leur complémentarité avec la médecine conventionnelle. Cette complémentarité rejoint le concept de médecine intégrative, plus développé dans les pays anglo-saxons et encouragé par l'OMS, qui, en alliant la médecine conventionnelle et les MAC, a une vision plus humaniste et holistique du soin.

En France, ce concept est encore lointain mais la création récente du Collège Universitaire de Médecines Intégratives et Complémentaires (CUMIC) ou encore de l'Agence des Médecines

Complémentaires et Alternatives (A-MCA), laisse envisager des perspectives de développement. Il reste néanmoins un grand travail à accomplir pour que les MAC fasse partie intégrante de notre système de soins, il faudrait, entre-autre, adapter la recherche et fournir des données scientifiques de qualité, intégrer des notions dans la formation initiale des médecins et définir des obligations et devoirs pour ces thérapeutes dans un cadre éthique et réglementaire, ce qui nécessiterait une implication de chaque soignant, mais également une implication politique.

F. BIBLIOGRAPHIE

1. Merskey H, Bogduk N. Classification of chronic pain: descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. 2nd ed. Seattle: IASP Press; 1994.
2. Raja SN, Carr DB, Cohen M, Finnerup NB, Flor H, Gibson S, et al. The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. PAIN. sept 2020;161(9):1976-82.
3. ICD-11 - Mortality and Morbidity Statistics [Internet]. [cité 12 janv 2021]. Disponible sur: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fid%2fentity%2f1326332835>
4. Harstall C, Ospina M. How prevalent is chronic pain. Pain Clin Updat. 2003;11(2):1-4.
5. Bouhassira D, Lantéri-Minet M, Attal N, Laurent B, Touboul C. Prevalence of chronic pain with neuropathic characteristics in the general population. Pain. Jun 2008;136(3):380-7.
6. Breivik H, Collett B, Ventafridda V, Cohen R, Gallacher D. Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life, and treatment. Eur J Pain. May 2006;10(4):287-287.
7. Huas D, Tajfel P, Gerche S. Prévalence et prise en charge de la douleur en médecine générale. Rev Prat - Med Gen. Oct 2000;14:1837-41.
8. Serrie A, Mourman V, Treillet E, Maire A, Maillard G. La prise en charge de la douleur chronique : un problème de société. Douleurs Eval - Diagn - Trait. Jun 2014;15(3):106-14.
9. Haute Autorité de Santé. Douleur chronique : reconnaître le syndrome douloureux chronique, l'évaluer et orienter le patient. Recommandation. Paris: HAS; 2008.
10. Eschalié A, Mick G, Perrot S, Poulain P, Serrie A, Langley P, et al. Prévalence et caractéristiques de la douleur et des patients douloureux en France : résultats de l'étude épidémiologique National Health and Wellness Survey réalisée auprès de 15000 personnes adultes. Douleurs Eval - Diagn - Trait. 1 févr 2013;14(1):4-15.
11. Direction Générale de la Santé. Circulaire DGS/DH n° 98-47 du 4 février 1998 relative à l'identification des structures de lutte contre la douleur chronique rebelle. Bulletin Officiel, 1998.
12. Haute Autorité de Santé. Douleur chronique : les aspects organisationnels, Le point de vue des structures spécialisées SYNTHÈSE. HAS ; 2009.
13. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Ministère délégué à la Santé. Le programme de lutte contre la douleur 2002-2005. Paris. 2002.
14. Haut Conseil de Santé Publique. Evaluation du plan d'amélioration de prise en charge de la douleur 2006-2010. Paris. 2011.
15. Collin E. Place des médecines complémentaires pour le soulagement des patients douloureux chroniques. Douleur Analgésie. 1 juin 2015;28(2):69-73.

16. Direction Générale de la Santé. Les pratiques de soins non conventionnelles [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2021 [cité 9 mars 2021]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/qualite-des-soins-et-pratiques/securite/article/les-pratiques-de-soins-non-conventionnelles>
17. Organisation mondiale de la santé. Stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle pour 2014-2023. Genève, 2013.
18. Conseil de l'Europe, Assemblée parlementaire. Une approche européenne des médecines non conventionnelles. Résolution 1206. Nov 1999.
19. Mission Interministérielle de Vigilance et de Lutte contre les Dérives Sectaires (MIVILUDES). Guide : Santé et dérives sectaires. Paris : La documentation Française ; Avril 2012 ; 199 p
20. MeSH Browser [Internet]. [cité 10 mars 2021]. Disponible sur: <https://meshb.nlm.nih.gov/record/ui?ui=D000529>
21. Ordre des médecins - Webzine n°3 [Internet]. [cité 9 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/webzine/2015-07/www/index.html#/page-2>
22. Wieland LS, Manheimer E, Berman BM. Development and classification of an operational definition of complementary and alternative medicine for the Cochrane Collaboration. *Altern Ther Health Med*. 2011;17(2):50-9.
23. Bontoux D, Couturier D, Menkès C-J, Allilaire MMJ-F, Duboousset J, Bontoux D, et al. Thérapies complémentaires — acupuncture, hypnose, ostéopathie, tai-chi — leur place parmi les ressources de soins. *Bull Académie Natl Médecine*. mars 2013;197(3):717-57.
24. Barry C, Seegers V, Gueguen J, Hassler C, Ali A, Falissard B. Evaluation de l'efficacité et de la sécurité de l'acupuncture. Rapport INSERM 2014.
25. Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et des Droits des Femmes. Référentiel d'activité et de compétences. BO Santé – Protection sociale – Solidarité no 2014/11 du 15 décembre 2014, p221-227.
26. Ministère des Solidarités et de la Santé. Les médicaments homéopathiques [Internet][cité 18 mars 2021]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/medicaments/le-circuit-du-medicament/article/les-medicaments-homeopathiques>
27. Haute autorité de Santé. Commission de la transparence évaluation des médicaments homéopathiques soumis à la procédure d'enregistrement prévue à l'article L.5121-13 du CSP. Avis. Juin 2019
28. Aulas J-J. L'homéopathie, approche historique et critique et évaluation scientifique de ses fondements empiriques et de son efficacité thérapeutique. *Médecine et Hygiène* ; Avril 1996
29. Demarque D, Jouanny J, Poitevin B, Saint-Jean Y. Pharmacologie et matière médicale homéopathique. 3ème édition. CEDH ; Juin 2009
30. Bioy, A. *L'hypnose*. Presses Universitaires de France ; 2017

- 31.** Charrier F. Hypnose médicale et douleur chronique en médecine générale étude d'un cas clinique. [Mémoire de Diplôme Universitaire]. Université de la Réunion ; 2014.
- 32.** Ernst E, Pittler M, Stevinson C, White A. Médecines alternatives : le guide critique. Elsevier Masson ; Dec 2004.
- 33.** Etchelecou, B. Grand manuel de sophrologie. Une synthèse des différentes techniques, 100 exercices pratiques, 20 domaines d'application. Dunod, 2017, p15-18.
- 34.** Suissa V, Guérin S, Denormandie P. Médecines complémentaires et alternatives : pour ou contre ? Regards croisés sur la médecine de demain. Michalon ; 2019.
- 35.** Isnard Bagnis, C. La méditation de pleine conscience. Presses Universitaires de France, 2017.
- 36.** Fabrocini V. Guide complet des médecines alternatives : Médecines douces, bien-être et harmonie. De Vecchi ; 2017.
- 37.** Valnet J. Aromathérapie. In Encyclopædia Universalis; [cité 30 mars 2021]. Disponible sur: <http://www.universalis-edu.com.lama.univ-amu.fr/encyclopedie/aromatherapie/>
- 38.** Limonier A-S. La phytothérapie de demain : les plantes médicinales au cœur de la pharmacie. [Thèse de doctorat en Pharmacie] Marseille : Aix-Marseille Université ; 2018.
- 39.** Qu'est-ce que le Reiki ? Tout savoir sur la méthode Reiki [Internet]. La Fédération Française de Reiki Traditionnel - Reikiologie. [cité 30 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.ffrt.fr/le-reiki-c-est-quoi/>
- 40.** Code de la santé publique - Article L4111-1- [Internet] Légifrance [cité 18 mars 2021]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000033975530/
- 41.** Code de la santé publique - Article L4161-1 [Internet] Légifrance [cité 18 mars 2021]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000038886735/
- 42.** Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. 2002-303 mars 4, 2002.
- 43.** Établissement d'un cadre pour la profession d'hypnothérapeute - Sénat [Internet]. [cité 18 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.senat.fr/questions/base/2019/qSEQ190208762.html>
- 44.** RNCP34546 - Sophrologue [Internet]. France compétences. [cité 18 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.francecompetences.fr/recherche/>
- 45.** RNCP28414 - Conseiller(ère) en naturopathie [Internet]. France compétences. [cité 18 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.francecompetences.fr/recherche/>
- 46.** Chambre Syndicale de Sophrologie. Le Titre de sophrologue inscrit au RNCP - Niveau III France [Internet]. Chambre Syndicale de la Sophrologie. [cité 18 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.chambre-syndicale-sophrologie.fr/titre-rncp/>
- 47.** Barry C, Falissard B. Evaluation de l'efficacité de la pratique de la mésothérapie à visée thérapeutique. Rapport INSERM. 2010

- 48.** QZRB001 Séance d'acupuncture - Code CCAM [Internet]. [cité 19 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.aideaucodage.fr/ccam-qzrb001>
- 49.** Barry C, Falissard B. Evaluation de l'efficacité de la pratique de l'ostéopathie. Rapport INSERM. 2012
- 50.** Breivik H, Cherny N, Collett B, de Conno F, Filbet M, Foubert AJ, et al. Cancer-related pain: a pan-European survey of prevalence, treatment, and patient attitudes. *Ann Oncol Off J Eur Soc Med Oncol.* août 2009;20(8):1420-33.
- 51.** Brasseur L. La prise en charge des douleurs des patients cancéreux en France : une évolution sur 12 ans (étude EFIC 2006). *Douleurs Eval - Diagn - Trait.* 1 avr 2010;11(2, Supplement 1):H5-8.
- 52.** Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins. CIRCULAIRE N° DHOS/SDO/2005/101 du 22 février 2005 relative à l'organisation des soins en cancérologie. [Internet]. [cité 14 mars 2021]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2005/05-03/a0030034.htm>
- 53.** Les soins oncologiques de support en Île-de-France – ONCORIF [Internet]. [cité 14 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.oncorif.fr/prises-en-charge-specifiques/les-soins-oncologiques-de-support/sos-idf/>
- 54.** Paillé P. L'analyse par théorisation ancrée. *Cah Rech Sociol.* 27 avr 2011;(23):147-81.
- 55.** Casel A. Vécu des médecins généralistes de la consultation pour douleur chronique : une étude qualitative [Thèse d'exercice]. Paris : Université Paris Diderot - Paris 7. UFR de médecine ; 2013.
- 56.** Bucur D. Quelles sont les difficultés de prise en charge du patient douloureux chronique éprouvées par les médecins généralistes ? [Thèse d'exercice]. Lille : Faculté de Médecine Henri Warembourg ; 2013
- 57.** Selfe SA, Van Vugt M, Stones WR. Chronic gynaecological pain : an exploration of medical attitudes. *PAIN.* Août 1998;77(2):215-25.
- 58.** Charbonnier D. Prescription des antalgiques de palier 2 en médecine générale: évaluation des difficultés rencontrées et de l'information délivrée aux patients, en particuliers aux conducteurs. [Thèse d'exercice]. Nice : Université de Nice Sophia Antipolis ; 2013
- 59.** M. Arnoud and F. Raineri, Freins et Obstacles à l'initiation d'un traitement antalgique de palier 3 en médecine générale. Que pensent les médecins de leurs patients ? 4^{ème} Congrès de Nice. Société française de médecins générale, 2010.
- 60.** Moisset X, Trouvin A-P, Tran V-T, Authier N, Vergne-Salle P, Piano V, et al. Utilisation des opioïdes forts dans la douleur chronique non cancéreuse chez l'adulte. *Recommandations françaises de bonne pratique clinique par consensus formalisé (SFETD).* Presse Médicale. 1 avr 2016 ;45(4, Part 1):447-62.
- 61.** 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.

- 62.** Organisation Mondiale de la Santé. Stratégie de l’OMS pour la médecine traditionnelle 2002-2005. Genève, 2002.
- 63.** Girard C. La place des médecines complémentaires et alternatives dans la prise en charge de la douleur chronique [Thèse d’exercice]. [France] : Université de Franche-Comté. Faculté de médecine et de pharmacie ; 2016.
- 64.** IFOP pour SAPS Organisation. Les Français et les médecines naturelles. Novembre 2007
- 65.** Homéopathie & médecines alternatives et complémentaires : les patients et les médecins sont à front renversé [Internet]. Odoxa. [cité 19 nov 2020]. Disponible sur: <http://www.odoxa.fr/sondage/homeopathie-autres-medecines-alternatives-complementaires-patients-medecins-a-front-renverse/>
- 66.** Roudier A. Recours aux approches complémentaires en médecine : revue de la littérature et enquête dans un cabinet de médecine générale [Thèse d’exercice]. Paris : Université Pierre et Marie Curie, UFR de médecine Pierre et Marie Curie; 2014.
- 67.** Eisenberg DM, Davis RB, Ettner SL, Appel S, Wilkey S, Van Rompay M, et al. Trends in alternative medicine use in the United States, 1990-1997: results of a follow-up national survey. JAMA. 11 nov 1998;280(18):1569-75.
- 68.** Tindle HA, Davis RB, Phillips RS, Eisenberg DM. Trends in use of complementary and alternative medicine by US adults: 1997-2002. Altern Ther Health Med. févr 2005;11(1):42-9.
- 69.** Falque S, Tartavull S. Vécu et attentes des patients douloureux chroniques en médecine générale : étude qualitative en Rhône-Alpes. [Thèse d’exercice]. Grenoble : Université Joseph Fourier, Faculté de Médecine de Grenoble ; 2014
- 70.** Thiriart F. Le recours aux médecines complémentaires et alternatives en milieu rural. [Thèse d’exercice]. Nancy : Université de Lorraine, Faculté de Médecine de Nancy ; 2012
- 71.** Dilhuydy J-M. L’attrait pour les médecines complémentaires et alternatives en cancérologie : une réalité que les médecins ne peuvent ni ignorer, ni réfuter. Bull Cancer (Paris). 1 juill 2003;90(7):623-8.
- 72.** Gomez A. Sensibilisation des médecins généralistes aux dérives sectaires dans le domaine de la santé [Thèse d’exercice]. Paris : Université Pierre et Marie Curie, UFR de médecine ; 2014.
- 73.** Niggemann B, Grüber C. Side-effects of complementary and alternative medicine. Allergy. août 2003;58(8):707-16.
- 74.** Sejourne E, Pare F, Moulevrier P, Tanguy M, Fanello S. Modalités de constitution du carnet d’adresses des médecins généralistes. Prat Organ Soins. 2010;Vol. 41(4):331-9.
- 75.** Flandrin Mouallem A. Perception des médecines alternatives et Complémentaires (MAC) par les médecins généralistes par la méthode du focus group. [Thèse d’exercice]. Nancy : Université de Lorraine, Faculté de Médecine de Nancy ; 2012
- 76.** Kermen R, Hickner J, Brody H, Hasham I. Family physicians believe the placebo effect is therapeutic but often use real drugs as placebos. Fam Med. oct 2010;42(9):636-42.

- 77.** Fässler M, Gnädinger M, Rosemann T, Biller-Andorno N. Use of placebo interventions among Swiss primary care providers. *BMC Health Serv Res.* 10 août 2009;9:144.
- 78.** Shapiro AK. Factors contributing to the placebo effect. Their implications for psychotherapy. *Am J Psychother.* Mars 1964;18:SUPPL 1:73-88.
- 79.** Pluvinage RJ. [The placebos]. *Sem Hop.* 12 mai 1958;34(22):1381-3.
- 80.** Pichot P. A propos de l'effet placebo. *Rev Med Psychosom* 1961;3: 37-40.
- 81.** Levine JD, Gordon NC, Fields HL. The mechanism of placebo analgesia. *Lancet.* 23 Sept 1978;2(8091):654-7.
- 82.** Petrovic P, Kalso E, Petersson KM, Ingvar M. Placebo and opioid analgesia-- imaging a shared neuronal network. *Science.* Mars 2002;295(5560):1737-40.
- 83.** Aulas J-J. Placebo et effet placebo. *Ann Pharm Fr.* 1 Nov 2005;63(6):401-15.
- 84.** Guy-Coichard C, Boureau F. Comprendre l'effet placebo pour mieux traiter la douleur. *Rev Médecine Interne.* 1 Mars 2005;26(3):226-32.
- 85.** Héron A, Tacheau M, Crepin E. Placebo et pratiques professionnelles en soins infirmiers à l'hôpital. *Rev Infirm.* Avr 2019;68(250):42-3.
- 86.** Träger-Maury S, Tournigand C, Maindrault-Goebel F, Afchain P, Gramont A de, Garcia-Larnicol M-L, et al. Utilisation de médecine complémentaire chez les patients atteints de cancer dans un service de cancérologie français. *Bulletin du Cancer.* 1 Nov 2007;94(11):1017-25.
- 87.** Kotarba JA. *Chronic pain: Its social dimensions.* Beverly Hills: Sage publications; 1983.
- 88.** Eaves ER, Sherman KJ, Ritenbaugh C, Hsu C, Nichter M, Turner JA, et al. A qualitative study of changes in expectations over time among patients with chronic low back pain seeking four CAM therapies. *BMC Complement Altern Med.* 5 Févr 2015;15:12.
- 89.** Abrams DI, Dolor R, Roberts R, Pechura C, Dusek J, Amoils S, et al. The BraveNet prospective observational study on integrative medicine treatment approaches for pain. *BMC Complement Altern Med.* 24 Juin 2013;13:146.
- 90.** Charhon H, Michel A. Attitudes et perceptions des médecins généralistes face à la demande croissante des patients pour l'utilisation des médecines alternatives et complémentaires. [Thèse d'exercice]. Marseille : Aix-Marseille Université Faculté de Médecine; 2020
- 91.** Noël J. L'approche des médecines alternatives et complémentaires lors du stage ambulatoire de médecine générale : le point de vue des maîtres de stage des universités. [Thèse d'exercice]. Grenoble : Université Grenoble Alpes Faculté de médecine ; 2016
- 92.** Fagon JY, Viens-Bitker C. Médecines complémentaires à l'AP-HP. Rapport. Mai 2012
- 93.** Reynaudi M. Quelle réponse des pouvoirs publics à l'engouement pour les médecines non conventionnelles ? Centre d'Analyse stratégique. Note d'analyse n° 290 ; Oct 2012
- 94.** What we do [Internet]. CNHC. [Cité 19 avr 2021]. Disponible sur : <https://www.cnhc.org.uk/what-we-do>

- 95.** NCCIH Facts-at-a-Glance and Mission [Internet]. NCCIH. [Cité 19 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.nccih.nih.gov/about/nccih-facts-at-a-glance-and-mission>
- 96.** A-MCA [Internet]. A-MCA. [Cité 19 avr 2021]. Disponible sur : <https://www.agencemca.org>
- 97.** Tribune Collective. Il est urgent de structurer les médecines complémentaires et alternatives. Le Monde, 13 Mars 2021
- 98.** Canter PH, Ernst E. Sources of bias in reviews of spinal manipulation for back pain. *Wien Klin Wochenschr.* mai 2005;117(9-10):333-41.
- 99.** Léoutre-Falmagne B, Hanriot O, Kanny G, De Korwin JD. Recours aux médecines complémentaires et alternatives non-médicamenteuses par les patients douloureux chroniques. Étude observationnelle descriptive transversale par enquête publique. *Rev Médecine Interne.* 1 déc 2019;40:A31.
- 100.** Gueullette J-M. Évaluation des médecines alternatives. *Etudes.* 31 janv 2013 ; Tome 418(2):173-84.
- 101.** Gueguen J. Evaluation des médecines complémentaires : quels compléments aux essais contrôlés randomisés et aux méta-analyses ? *Hegel.* 2019;N° 2(2):178a.
- 102.** Long AF, Mercer G, Hughes K. Developing a tool to measure holistic practice: a missing dimension in outcomes measurement within complementary therapies. *Complement Ther Med.* mars 2000;8(1):26-31.
- 103.** Lazarus A, Delahaye G. Médecines complémentaires et alternatives : une concurrence à l'assaut de la médecine de preuves ?, *Abstract. Trib Santé.* 1 sept 2007;(15):79-94.
- 104.** Dermigny A. Internes de médecine générale et médecines alternatives et complémentaires : enquête nationale quantitative sur leurs connaissances, perceptions et attentes de formation au cours du troisième cycle. [Thèse d'exercice]. Lille : Université de Lille 2 ; 2016
- 105.** Ordre National des Médecins. Bulletin d'information n° 25, Sept -Oct 2012 ; p10-12
- 106.** Reix F. Les médecines complémentaires et alternatives dans les études de médecine en France : état des lieux et opinions des doyens et des étudiants. [Thèse d'exercice]. Lyon : Université Claude Bernard Lyon 1 ; 2010
- 107.** Nizard J, Kopferschmitt J. Collège universitaire interdisciplinaire de médecine intégrative et thérapies complémentaires (CUMIC). Procès-Verbal de la réunion constitutive du 16 juin 2017 – Paris - CHU Hôtel Dieu , *Hegel*, vol. 4, no. 4, 2017, pp. 327-330.
- 108.** Centre de médecine intégrative et complémentaire (CEMIC) [Internet]. CHUV. [cité 16 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.chuv.ch/fr/anesthesiologie/alg-home/patients-et-familles/centre-de-medecine-integrative-et-complementaire>
- 109.** Pélissier-Simard L, Xhignesse M. Qu'est-ce que la médecine intégrative ? *Médecin Qué.* 1 janv 2008;43.

110. Brinkhaus B. et al. The Berlin agreement : Self-responsibility and social action in practicing and fostering integrative medicine and health globally. World Congress Integrative Medicine and Health ; 2017 May 3-5 ; Berlin, Germany.

111. Parrat E, François H, Courtois C, Yue S, Lutringer-Magnin D, Giroud M. Médecine intégrative. Rev Mal Respir Actual. 1 oct 2019;11(3):444-8.

G. ANNEXES

I. Annexe 1 – Mail de demande de participation

Chère consœur, cher confrère,

Nous venons de terminer notre internat en octobre et nous nous permettons de vous contacter aujourd'hui dans le cadre de notre travail de thèse.

Celui-ci s'effectue sous la direction du Dr CHABERT Laure, Médecin généraliste et algologue à Marseille, et s'intitule :

« Le vécu et la perception des médecins généralistes concernant l'utilisation des médecines alternatives et complémentaires dans la prise en charge des douleurs chroniques »

La douleur chronique occupe une place importante en médecine générale, et nous sommes en première ligne pour prendre en charge ces patients. Les difficultés que l'on peut rencontrer dans cette situation sont nombreuses. Mais les ressources thérapeutiques à notre disposition sont vastes, qu'elles soient médicamenteuses ou non.

Depuis plusieurs années, l'attrait pour les MAC s'accroît peu à peu, que ce soit de la part des patients ou des professionnels de santé. Dans ce contexte, il nous semblait intéressant d'évaluer le vécu et le ressenti des médecins généralistes dans la prescription des MAC pour les patients souffrant de douleurs chroniques (hors douleur cancéreuse), en réalisant une étude qualitative par entretiens semi dirigés. Ceux-ci seront enregistrés, anonymisés et analysés, avec votre accord.

Nous sommes disponibles pour vous retrouver dans le lieu de votre convenance, à l'horaire qui sera le plus arrangeant pour vous. L'entretien peut aussi être réalisé par téléphone si cela vous convient mieux. Si vous êtes intéressé, merci de nous faire un retour par mail ou téléphone en précisant vos coordonnées et disponibilité éventuelle, et nous vous recontacterons pour convenir d'un rendez-vous.

Nous vous remercions de l'attention que vous porterez à notre demande.

Confraternellement

Tatiana LINCK et Clémence NICOLI – Internes DES Médecine Générale

II. Annexe 2 – Guide d’entretien, version initiale

1- Pouvez-vous vous présenter ?

(Age, lieu et type d’exercice, DIU/ Formation supplémentaire, années d’exercices)

2- Comment décririez-vous votre vécu dans la gestion des patients douloureux chronique ?

(Etes-vous à l’aise ? Utilisez-vous toute les ressource dont vous disposez ? Pensez-vous avoir des lacunes ?)

3- Que représentent les MAC pour vous ?

(Définition, exemple de MAC)

4- Comment intégrer vous les MAC à votre exercice ?

(Hiérarchisation avec les autres thérapies ? Utilisation complémentaire ? Demande du patient ou Proposition au patient)

5- Quel est votre vécu dans la prescription de MAC pour vos patients douloureux chroniques ?

(Etes-vous à l’aise ? Qu’est-ce que cela vous apporte ? Apporte au patient ?
Bénéfice, inconvénient)

6- Comment réagissent vos patients lorsque vous leur proposez/prescrivez une MAC ?

(réticences, satisfaction, curiosité, adhésion. Et a posteriori, en ont-ils été satisfait, quels sont leur retour après)

7- Dans le cadre de la prise en charge de douleurs chroniques, qu’apportent (ou que pourraient apporter) les MAC à votre exercice quotidien ?

(alliance thérapeutique, meilleur contrôle des douleurs //
Développez la réponse si pas d’apport particulier)

8- Pouvez-vous décrire le ou les formations que vous avez reçu concernant ces thérapies ?

(Formation universitaire, diplôme complémentaire, auto-apprentissage, revues etc. Quantité suffisante ou non ? Lacune ? Besoin de perfectionnement)

9- Comment décririez-vous vos connaissances sur le sujet ?

(Avez-vous reçu des formations sur le sujet ? Universitaires ou FMC ?)

10- Qu’est ce qui selon vous pourrait améliorer vos connaissances sur le sujet ?

III. Annexe 3 – Guide d’entretien, version finale

1 - Pouvez-vous vous présenter, ainsi que votre parcours professionnel ?

(Age, lieu, mode et année d’exercice, DIU/ Formation supplémentaire aux MAC,)

2- Quels sont vos ressentis durant une consultation avec des patients présentant des douleurs chroniques ?

(Consultation initiale et de suivi ? Etes-vous à l’aise ? Pensez-vous avoir des lacunes ? Utilisez-vous toutes les ressources dont vous disposez ?)

3- Comment évaluez-vous l’efficacité d’une thérapeutique antalgique chez un patient douloureux chronique ?

4 - Quelles sont vos représentations sur le sujet des MAC ?

(Quelle image vous en avez ? Qu’est-ce que ça vous évoque ?)

5 – Comment décririez-vous votre expérience quand vous orientez un patient vers des MAC ?

(Etes-vous à l’aise ? Qu’est-ce que cela vous apporte ? Apporte au patient ? Bénéfice, inconvénient, Réaction du patient)

6 - Lorsqu'un patient aborde le sujet de MAC, quelle est votre réaction ?

7 - Comment intégrer vous les MAC à votre exercice “conventionnel” ?

(Hiérarchisation avec les autres thérapies ? Utilisation complémentaire ? Demande du patient ou Proposition au patient)

8- Comment percevez-vous ce genre de pratique par rapport à la médecine conventionnelle ?

9– Quels sont les difficultés ou obstacles pour recourir au MAC que vous avez rencontré ? (Concernant le cadre réglementaire ? Preuve scientifique ?)

9bis- Que vous faudrait-il de plus pour l’intégrer à vos pratiques ?

(Format/ Sécurité/ Encadrement/ Article)

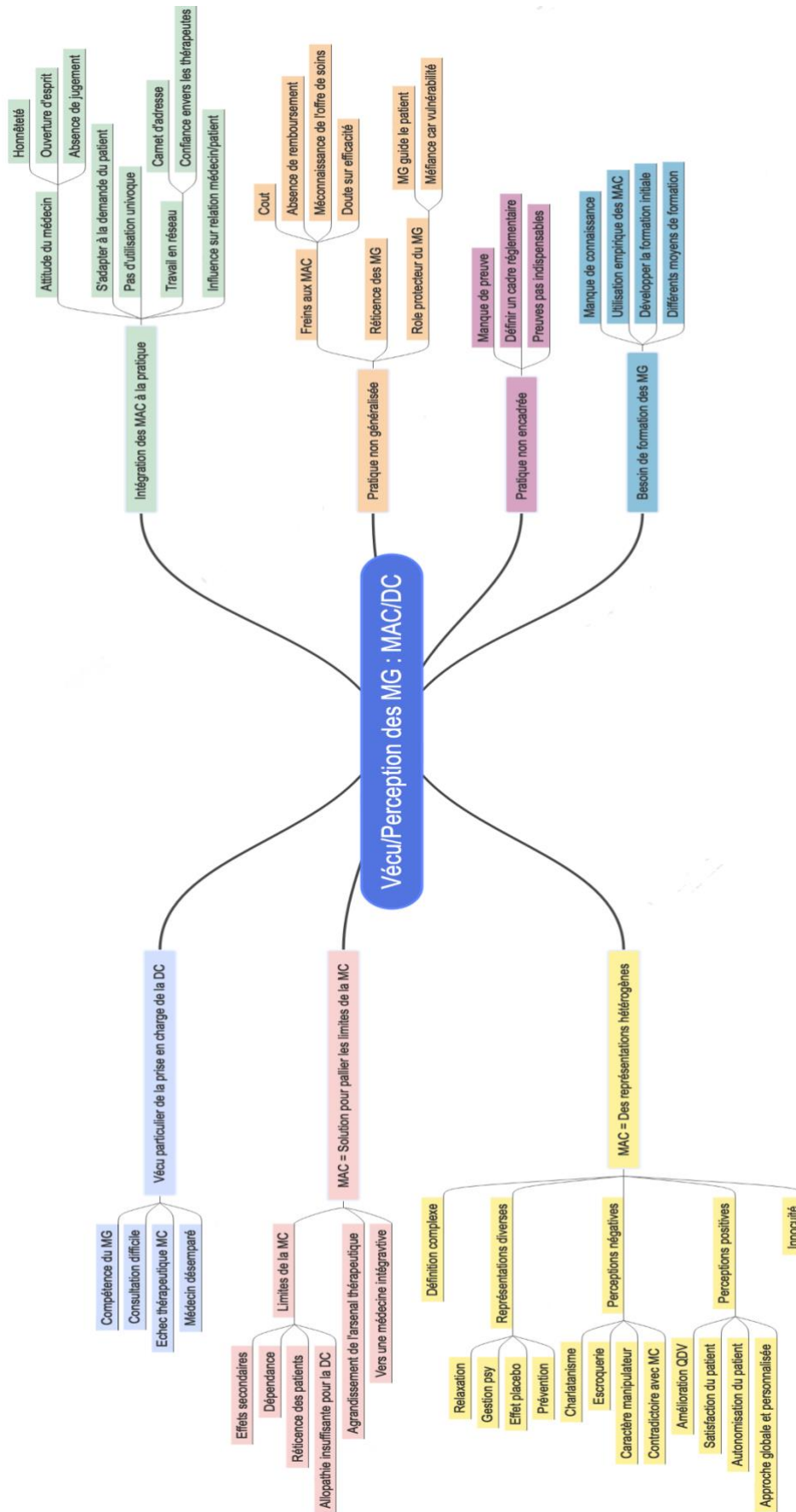
10- Dans le cadre de la prise en charge des douleurs chroniques, quels sont les apports (positifs ou négatifs) des MAC à votre exercice quotidien ?

(Relation médecin-patient, contrôle des douleurs)

11– Comment décririez-vous vos connaissances sur le sujet ?

(Souhaiteriez-vous être mieux formé/ informé sur les pratiques antalgiques complémentaire)

IV. Annexe 4 – Modélisation des résultats



V. Annexe 5 – Grille COREQ

Domaine 1. Équipe de recherche et de réflexion		
<i>Caractéristiques personnelles</i>		
1.	Enquêteur/animateur	LINCK Tatiana et NICOLI Clémence Les deux auteures ont mené les entretiens semi-dirigés.
2.	Titres académiques	Aucun.
3.	Activité	Internes en médecine générale puis médecins généralistes remplaçants.
4.	Genre	Les deux chercheurs étaient des femmes.
5.	Expérience et formation	Première étude qualitative.
<i>Relation avec les participants</i>		
6.	Relation antérieure	Les chercheuses connaissaient certains MG interrogés.
7.	Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Statut des enquêteurs et thème de l'enquête connus.
8.	Caractéristiques de l'enquêteur	Intérêt pour l'objectif de l'étude énoncé.
Domaine 2. Conception de l'étude		
<i>Cadre théorique</i>		
9.	Orientation méthodologique et théorie	Théorisation ancrée.
<i>Sélection des participants</i>		
10.	Échantillonnage	Méthode d'échantillonnage avec critères définis et application du principe de diversification.
11.	Prise de contact	Par téléphone et par mails.
12.	Taille de l'échantillon	17 médecins généralistes inclus.
13.	Non-participation	35 médecins non inclus (Absence de réponse, manque de temps, mal à l'aise avec le sujet)

Contexte		
14.	Cadre de la collecte de données	13 entretiens réalisés aux cabinets des médecins généralistes interrogés. Lors des 4 entretiens réalisés en visioconférence les médecins étaient à leur domicile.
15.	Présence de non-participants	Non
16.	Description de l'échantillon	Échantillon diversifié : 17 MG <ul style="list-style-type: none"> - 8 femmes, 9 hommes - Age moyen : 45,8 ans (De 27 à 68 ans) - 9 médecins exerçaient en milieu urbain, 4 en milieu semi-rurale et 4 en milieu rural - 6 médecins possédaient un ou plusieurs diplômes en MAC, 11 n'en possédaient pas.
Recueil des données		
17.	Guide d'entretien	Guide réalisé au préalable mais évolutif au fil des entretiens. Initialement testé sur des médecins dont les entretiens n'ont pas été inclus dans l'étude. Les médecins n'ont pas eu accès au guide d'entretien.
18.	Entretiens répétés	Non.
19.	Enregistrement audio/visuel	Enregistrement audio avec double enregistrement : Dictaphone + Smartphone.
20.	Cahier de terrain	Notes de terrain prises pendant les entretiens.
21.	Durée	Durée minimale : 16 min Durée maximale : 44 min Durée moyenne : 26 min
22.	Seuil de saturation	La saturation des données a été obtenue au bout de 15 entretiens. 2 entretiens supplémentaires ont été réalisés pour confirmer l'absence de nouvelles idées.
23.	Retour des retranscriptions	Les retranscriptions des verbatims n'ont pas été retournées aux participants.

Domaine 3. Analyse et résultats

Analyse des données

24.	Nombre de personne codant les données	Deux.
25.	Description de l'arbre de codage	Arbre de codage en annexe.
26.	Détermination des thèmes	Thèmes identifiés à priori.
27.	Logiciel	Word [®] : retranscription des verbatims Excel [®] : codage des verbatims Mindmaster [®] : Arbre de codage
28.	Vérification par les participants	Absence de vérification par les participants.

Rédaction

29.	Citations présentées	Les citations des médecins ont été utilisées pour illustrer les résultats, après anonymisation. Chaque citation était identifiée par la lettre « M » suivi d'un numéro attribué à chaque entretien.
30.	Cohérence des données et des résultats	Oui.
31.	Clarté des thèmes principaux	Oui.
32.	Clarté des thèmes secondaires	Oui.

H. ABRÉVIATIONS

A-MCA : Agence de médecines complémentaires et alternatives

ANM : Académie Nationale de Médecine

AP-HP : Assistance Publique des Hôpitaux de Paris

CCAM : Classification Commune des Actes Médicaux

CETD : Centre d'Évaluation et de Traitement de la douleur

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CIM 11 : Classification Internationale des Maladies, 11^e édition

CNHC: Complementary and Natural Healthcare Council

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

CSP : Code de Santé Publique

CUMIC : Collège Universitaire de Médecines Intégratives et Complémentaires

DC : Douleur Chronique

DCC : Douleur Chronique Cancéreuse

DCNC : Douleur Chronique Non cancéreuse

DHOS : Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins

DGS : Direction Générale de la Santé

DPC : Développement Professionnel Continu

DU : Diplôme Universitaire

EBM : Evidence Based Medicine

EN : Echelle Numérique

HAS : Haute Autorité de Santé

IASP : International Association for the Study of Pain

IFOP : Institut Français d'Opinion Publique

INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

MAC : Médecines alternatives et complémentaires

MC : Médecine conventionnelle

MeSH : Medical Subject Heading

MG : Médecin Généraliste

MIVILUDES : Mission Interministérielle De Vigilance et de Lutte contre les Dérives Sectaires

MSS : Ministère des Solidarité et de la Santé

NCCIH: National Center for Complementary and Integrative Health

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PNCAVT : Pratique Non Conventionnelle À visée Thérapeutique

PSNC : Pratique de Soins Non conventionnelle

RNCP : Répertoire National de la Certification Professionnelle

SFETD : Société Française d'Évaluation et de Traitement de la Douleur

SFM : Société Française de Mésothérapie

TENS : Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation

Serment d'Hippocrate

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

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

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

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

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

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

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

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

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

RESUME

Introduction : Les médecins généralistes sont fréquemment confrontés à la problématique de la douleur chronique durant leur carrière. Les difficultés de prise en charge qui lui sont inhérentes peut parfois conduire à orienter les praticiens vers d'autres thérapies, les médecines alternatives et complémentaires (MAC). Nous avons pour objectif d'étudier leur vécu et leur perception concernant l'utilisation de ces thérapies pour les patients douloureux chronique.

Matériel et méthode : Une étude qualitative a été réalisée par entretiens semi-dirigés auprès de médecins généralistes exerçant en cabinet dans les Bouches du Rhône et le Var. L'analyse a été effectuée selon le principe de la théorisation ancrée.

Résultats : Les médecins ont confirmé les difficultés rencontrées durant la consultation pour douleur chronique. Les MAC sont alors parfois perçues comme une solution pour pallier certaines limites de la médecine conventionnelle. Bien que tolérées, certains médecins associent ces pratiques au charlatanisme. D'autres les perçoivent comme bénéfiques et inoffensives pour le patient, et leur attribuent une efficacité basée sur l'effet placebo. Les praticiens identifient cependant plusieurs freins pour intégrer les MAC dans leur pratique tout en garantissant la sécurité des patients. Plusieurs ont alors décrit leur rôle de sentinelle afin de guider et conseiller les malades vers ces thérapies. Les médecins ont alors exprimé un besoin de formation et d'encadrement pour mener ce rôle de façon optimale.

Conclusion : Les MAC ne peuvent plus être ignorées, elles constituent un outil supplémentaire pour les médecins généralistes pour prendre en charge les douleurs chroniques, et sont utilisées de manière exponentielle par les patients. Les praticiens sont demandeurs d'un encadrement des pratiques mais aussi de formation et de recommandation afin de pouvoir orienter leurs patients vers une médecine plus intégrative tout en assurant leur sécurité.

Mots clés : Douleur chronique, Médecine générale, Médecines alternatives et complémentaires, Médecine intégrative.