



HAL
open science

Bénéfices et inconvénients éprouvés par les patients atteints de pathologies chroniques, ayant eu recours aux médecines alternatives et complémentaires. Une méta-synthèse

Marie-Gabrielle Bourbier-Willem

► To cite this version:

Marie-Gabrielle Bourbier-Willem. Bénéfices et inconvénients éprouvés par les patients atteints de pathologies chroniques, ayant eu recours aux médecines alternatives et complémentaires. Une méta-synthèse. Médecine humaine et pathologie. 2021. <dumas-03259449>

HAL Id: dumas-03259449

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03259449v1>

Submitted on 14 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.



HAL Authorization

THESE POUR LE
DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'État)

Par
BOURBIER WILLEM Marie-Gabrielle

Née le 03/09/1989 à Alès

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 21 avril 2021

**Bénéfices et inconvénients éprouvés par les patients atteints de
pathologies chroniques, ayant eu recours aux médecines alternatives et
complémentaires :
Une Méta-Synthèse**

Président du Jury : Monsieur le Professeur Pierre DECHELOTTE
Directrice de Thèse : Madame le Docteur Églantine FERRAND DEVOUGE
Membres du Jury : Madame le Docteur Najate ACHAMRAH
Madame le Professeur Elisabeth MAUVIARD

ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021

U.F.R. SANTÉ DE ROUEN

DOYEN : **Professeur Benoît VEBER**

ASSESEURS : **Professeur Loïc FAVENNEC**
Professeur Agnès LIARD
Professeur Guillaume SAVOYE

I - MEDECINE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mr Frédéric ANSELME	HCN	Cardiologie
Mme Gisèle APTER	Havre	Pédopsychiatrie
Mme Isabelle AUQUIT AUCKBUR	HCN	Chirurgie plastique
Mr Jean-Marc BASTE	HCN	Chirurgie Thoracique
Mr Fabrice BAUER	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya BEKRI	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Ygal BENHAMOU	HCN	Médecine interne
Mr Jacques BENICHOU	HCN	Bio statistiques et informatique médicale
Mr Olivier BOYER	UFR	Immunologie
Mme Sophie CANDON	HCN	Immunologie
Mr François CARON	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Philippe CHASSAGNE	HCN	Médecine interne (gériatrie)
Mr Moïse COEFFIER	HCN	Nutrition
Mr Vincent COMPERE	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mr Jean-Nicolas CORNU	HCN	Urologie
Mr Antoine CUVELIER	HB	Pneumologie
Mr Jean-Nicolas DACHER	HCN	Radiologie et imagerie médicale

Mr Stéfán DARMONI	HCN	Informatique médicale et techniques de communication
Mr Pierre DECHELOTTE	HCN	Nutrition
Mr Stéphane DERREY	HCN	Neurochirurgie
Mr Frédéric DI FIORE	CHB	Cancérologie
Mr Fabien DOGUET	HCN	Chirurgie Cardio Vasculaire
Mr Jean DOUCET	SJ	Thérapeutique - Médecine interne et gériatrie
Mr Bernard DUBRAY	CHB	Radiothérapie
Mr Frank DUJARDIN	HCN	Chirurgie orthopédique - Traumatologique
Mr Fabrice DUPARC	HCN	Anatomie - Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mr Eric DURAND	HCN	Cardiologie
Mr Bertrand DUREUIL	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mme Hélène ELTCHANINOFF	HCN	Cardiologie
Mr Manuel ETIENNE	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Thierry FREBOURG	UFR	Génétique
Mr Pierre FREGER (<i>urnombre</i>)	HCN	Anatomie - Neurochirurgie
Mr Jean François GEHANNO	HCN	Médecine et santé au travail
Mr Emmanuel GERARDIN	HCN	Imagerie médicale
Mme Priscille GERARDIN	HCN	Pédopsychiatrie
M. Guillaume GOURCEROL	HCN	Physiologie
Mr Dominique GUERROT	HCN	Néphrologie
Mme Julie GUEUDRY	HCN	Ophthalmologie
Mr Olivier GUILLIN	HCN	Psychiatrie Adultes
Mr Claude HOUDAYER	HCN	Génétique
Mr Fabrice JARDIN	CHB	Hématologie
Mr Luc-Marie JOLY	HCN	Médecine d'urgence
Mr Pascal JOLY	HCN	Dermato – Vénérologie
Mme Bouchra LAMIA	Havre	Pneumologie
Mme Annie LAQUERRIERE	HCN	Anatomie et cytologie pathologiques
Mr Vincent LAUDENBACH	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
Mr Hervé LEFEBVRE	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mr Thierry LEQUERRE	HCN	Rhumatologie
Mme Anne-Marie LEROI	HCN	Physiologie
Mr Hervé LEVESQUE	HCN	Médecine interne
Mme Agnès LIARD-ZMUDA	HCN	Chirurgie Infantile

Mr Pierre Yves LITZLER	HCN	Chirurgie cardiaque
M. David MALTETE	HCN	Neurologie
Mr Christophe MARGUET	HCN	Pédiatrie
Mme Isabelle MARIE	HCN	Médecine interne
Mr Jean-Paul MARIE	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Loïc MARPEAU	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Stéphane MARRET	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique MERLE	HCN	Epidémiologie
Mr Pierre MICHEL	HCN	Hépatogastro-entérologie
M. Benoit MISSET (<i>détachement</i>)	HCN	Réanimation Médicale
Mr Marc MURAINÉ	HCN	Ophthalmologie
Mr Christian PFISTER	HCN	Urologie
Mr Jean-Christophe PLANTIER	HCN	Bactériologie - Virologie
Mr Didier PLISSONNIER	HCN	Chirurgie vasculaire
Mr Gaëtan PREVOST	HCN	Endocrinologie
Mr Jean-Christophe RICHARD (<i>détachement</i>)	HCN	Réanimation médicale - Médecine d'urgence
Mr Vincent RICHARD	UFR	Pharmacologie
Mme Nathalie RIVES	HCN	Biologie du développement et de la reproduction
Mr Horace ROMAN (<i>détachement</i>)	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Jean-Christophe SABOURIN	HCN	Anatomie – Pathologie
Mr Mathieu SALAUN	HCN	Pneumologie
Mr Guillaume SAVOYE	HCN	Hépatogastrologie
Mme Céline SAVOYE-COLLET	HCN	Imagerie médicale
Mme Pascale SCHNEIDER	HCN	Pédiatrie
Mr Lilian SCHWARZ	HCN	Chirurgie Viscérale et Digestive
Mr Michel SCOTTE	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne TAMION	HCN	Thérapeutique
Mr Luc THIBERVILLE	HCN	Pneumologie
Mr Hervé TILLY (<i>surnombre</i>)	CHB	Hématologie et transfusion
M. Gilles TOURNEL	HCN	Médecine Légale
Mr Olivier TROST	HCN	Anatomie -Chirurgie Maxillo-Faciale
Mr Jean-Jacques TUECH	HCN	Chirurgie digestive
Mr Benoît VEBER	HCN	Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale
Mr Pierre VERA	CHB	Biophysique et traitement de l'image

Mr Eric VERIN	Les Herbiers	Médecine Physique et de Réadaptation
Mr Eric VERSPYCK	HCN	Gynécologie obstétrique
Mr Olivier VITTECOQ	HC	Rhumatologie
Mr David WALLON	HCN	Neurologie
Mme Marie-Laure WELTER	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Najate ACHAMRAH	HCN	Nutrition
Mme Elodie ALESSANDRI-GRADT	HCN	Virologie
Mme Noëlle BARBIER-FREBOURG	HCN	Bactériologie – Virologie
Mr Emmanuel BESNIER	HCN	Anesthésiologie - Réanimation
Mme Carole BRASSE LAGNEL	HCN	Biochimie
Mme Valérie BRIDOUX HUYBRECHTS	HCN	Chirurgie Vasculaire
Mr Gérard BUCHONNET	HCN	Hématologie
Mme Mireille CASTANET	HCN	Pédiatrie
Mme Nathalie CHASTAN	HCN	Neurophysiologie
M. Vianney GILARD	HCN	Neurochirurgie
Mr Serge JACQUOT	UFR	Immunologie
Mr Joël LADNER	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Baptiste LATOUCHE	UFR	Biologie cellulaire
M. Florent MARGUET	HCN	Histologie
Mme Chloé MELCHIOR	HCN	Gastroentérologie
M. Sébastien MIRANDA	HCN	Chirurgie Vasculaire
Mr Thomas MOUREZ (<i>détachement</i>)	HCN	Virologie
Mr Gaël NICOLAS	UFR	Génétique
Mme Muriel QUILLARD	HCN	Biochimie et biologie moléculaire

Mme Laëtitia ROLLIN	HCN	Médecine du Travail
Mme Pascale SAUGIER-VEBER	HCN	Génétique
M. Abdellah TEBANI	HCN	Biochimie et Biologie Moléculaire
Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN	HCN	Anatomie
Mr Julien WILS	HCN	Pharmacologie

PROFESSEUR AGREGÉ OU CERTIFIÉ

Mr Thierry WABLE	UFR	Communication
Mme Mélanie AUVRAY-HAMEL	UFR	Anglais

ATTACHE TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE à MI-TEMPS

Mme Justine SAULNIER	UFR	Biologie
-----------------------------	-----	----------

II - PHARMACIE

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

Mr Jérémy BELLIEN (PU-PH)	Pharmacologie
Mr Thierry BESSON	Chimie Thérapeutique
Mr Jean COSTENTIN (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Abdelhakim EL OMRI	Pharmacognosie
Mr François ESTOUR	Chimie Organique
Mr Loïc FAVENNEC (PU-PH)	Parasitologie
Mr Jean Pierre GOULLE (Professeur émérite)	Toxicologie
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
Mme Martine PESTEL-CARON (PU-PH)	Microbiologie
Mr Rémi VARIN (PU-PH)	Pharmacie clinique

Mr Jean-Marie **VAUGEOIS** Pharmacologie
Mr Philippe **VERITE** Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Mme Cécile **BARBOT** Chimie Générale et Minérale
Mr Frédéric **BOUNOURE** Pharmacie Galénique
Mr Thomas **CASTANHEIRO MATIAS** Chimie Organique
Mr Abdeslam **CHAGRAOUI** Physiologie
Mme Camille **CHARBONNIER (LE CLEZIO)** Statistiques
Mme Elizabeth **CHOSSON** Botanique
Mme Marie Catherine **CONCE-CHEMTOB** Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Cécile **CORBIERE** Biochimie
Mme Nathalie **DOURMAP** Pharmacologie
Mme Isabelle **DUBUC** Pharmacologie
Mme Dominique **DUTERTE- BOUCHER** Pharmacologie
Mr Gilles **GARGALA (MCU-PH)** Parasitologie
Mme Nejla EL **GHARBI-HAMZA** Chimie analytique
Mme Marie-Laure **GROULT** Botanique
Mr Chervin **HASSEL** Biochimie et Biologie Moléculaire
Mme Maryline **LECOINTRE** Physiologie
Mme Hong **LU** Biologie
Mme Marine **MALLETER** Toxicologie
M. Jérémie **MARTINET (MCU-PH)** Immunologie
M. Romy **RAZAKANDRAINIBÉ** Parasitologie
Mme Tiphaine **ROGEZ-FLORENT** Chimie analytique
Mr Mohamed **SKIBA** Pharmacie galénique
Mme Malika **SKIBA** Pharmacie galénique
Mme Christine **THARASSE** Chimie thérapeutique
Mr Frédéric **ZIEGLER** Biochimie

PROFESSEURS ASSOCIES

Mme Cécile **GUERARD-DETUNCQ** Pharmacie officinale
Mme Caroline **BERTOUX** Pharmacie

PAU-PH

M. Mikaël **DAOUPHARS**

PROFESSEUR CERTIFIE

Mme Mathilde **GUERIN** Anglais

ASSISTANTS HOSPITALO-UNIVERSITAIRES

Mme Alice **MOISAN** Virologie

M. Henri **GONDÉ** Pharmacie

ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

Mme Soukaina **GUAOUA-ELJADDI** Informatique

Mme Clémence **MEAUSOONE** Toxicologie

ATTACHE TEMPORAIRE D'ENSEIGNEMENT

Mme Ramla **SALHI** Pharmacognosie

LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme Cécile **BARBOT** Chimie Générale et minérale

Mr Thierry **BESSON** Chimie thérapeutique

Mr Abdeslam **CHAGRAOUI** Physiologie

Mme Elisabeth **CHOSSON** Botanique

Mme Marie-Catherine **CONCE-CHEMTOB** Législation et économie de la santé

Mme Isabelle **DUBUS** Biochimie

Mr Abdelhakim EL OMRI	Pharmacognosie
Mr François ESTOUR	Chimie organique
Mr Loïc FAVENNEC	Parasitologie
Mr Michel GUERBET	Toxicologie
Mme Martine PESTEL-CARON	Microbiologie
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mr Rémi VARIN	Pharmacie clinique
M. Jean-Marie VAUGEOIS	Pharmacologie
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

III – MEDECINE GENERALE

PROFESSEUR MEDECINE GENERALE

Mr Jean-Loup **HERMIL** (PU-MG) UFR Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCE MEDECINE GENERALE

Mr Matthieu **SCHUERS** (MCU-MG) UFR Médecine générale

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTE

Mr Pascal **BOULET** UFR Médecine générale

Mr Emmanuel **LEFEBVRE** UFR Médecine Générale

Mme Elisabeth **MAUVIARD** UFR Médecine générale

Mr Philippe **NGUYEN THANH** UFR Médecine générale

Mme Yveline **SEVRIN** UFR Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTES

Mme Laëtitia **BOURDON** UFR Médecine Générale

Mme Elsa **FAGOT-GRIFFIN** UFR Médecine Générale

Mr Emmanuel **HAZARD** UFR Médecine Générale

Mme Lucile **PELLERIN** UFR Médecine générale

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

PROFESSEURS

Mr Paul **MULDER** (phar) Sciences du Médicament

Mme Su **RUAN** (med) Génie Informatique

MAITRES DE CONFERENCES

Mr Sahil ADRIOUCH (med)	Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)
Mme Gaëlle BOUGEARD-DENOYELLE (med)	Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079)
Mme Carine CLEREN (med)	Neurosciences (Néovasc)
M. Sylvain FRAINEAU (med)	Physiologie (Inserm U 1096)
Mme Pascaline GAILDRAT (med)	Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)
Mr Nicolas GUEROUT (med)	Chirurgie Expérimentale
Mme Rachel LETELLIER (med)	Physiologie
Mr Antoine OUVRARD-PASCAUD (med)	Physiologie (Unité Inserm 1076)
Mr Frédéric PASQUET	Sciences du langage, orthophonie
Mme Anne-Sophie PEZZINO	Orthophonie
Mme Christine RONDANINO (med)	Physiologie de la reproduction
Mr Youssan Var TAN	Immunologie
Mme Isabelle TOURNIER (med)	Biochimie (UMR 1079)

DIRECTEUR ADMINISTRATIF : M. Jean-Sébastien VALET

HCN - Hôpital Charles Nicolle

HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME

CB - Centre Henri Becquerel

CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray

CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation

SJ – Saint Julien Rouen

Remerciements :

Au président du jury,

Monsieur le Professeur Pierre DECHELOTTE,

Vous me faites un grand honneur en acceptant de présider ce jury. Je vous remercie pour votre accompagnement durant mon internat. C'est avec beaucoup d'honneur et d'humilité que j'aurai le plaisir de rejoindre l'équipe de Nutrition. Veuillez accepter mes respectueux remerciements.

A ma directrice de thèse,

Madame le Docteur Églantine FERRAND DEVOUGE,

Vous avez été une directrice de thèse exceptionnelle ! Merci pour votre accompagnement, votre encadrement, votre soutien, votre patience et votre bienveillance. J'ai été ravie de réaliser ce travail avec vous.

Aux membres du jury,

Madame le Docteur Najate ACHAMRAH,

Tu me fais un grand honneur en acceptant de participer à ce jury. Je me réjouis de la perspective de revenir travailler à tes côtés.

Madame le Professeur Elisabeth MAUVIARD,

Vous avez accepté de participer à ce jury, veuillez recevoir mes remerciements et ma gratitude. Merci pour votre implication dans notre formation notamment avec les cours que vous avez organisés au sein du DMG.

A ma famille

A ma petite **Charlotte**, tu as eu un début de vie marqué par des moments forts : confirmation, mariage, déménagement, travail de thèse et malgré tout cela tu as su grandir en toute quiétude dans mon ventre. Le stress de ta maman ne semble pas avoir impacté ta vie paisible et insouciant de bébé, tu as été bercée un bon moment par la lecture de tous ces articles en anglais ainsi que par les « tap tap » du clavier. Tu as été la plus merveilleuse des petites filles dès que tu es née, tu as compris que ta maman devait travailler et tu as su trouver ta place sur ses genoux à côté de l'ordinateur. Mais surtout merci pour tout le bonheur que tu m'apportes depuis le 9 février 2021. Ce travail de thèse enfin achevé je te promets de pouvoir te consacrer bien plus de temps et de t'apporter tout le bonheur que tu mérites.

A **Axel**, mari et papa formidable. Tu as su me soutenir dans les moments difficiles de ce travail. Tu as su t'occuper de notre princesse pour me libérer du temps. Merci pour tout ce que tu as fait pour notre nouveau logis. Merci pour les efforts que tu fais pour nous et notre famille. Je t'aime !

A ma sœur **Héloïse**, merci d'avoir été là tout au long de mon parcours et de ma vie. Tu as toujours été d'un très grand soutien et un moteur pour les moments les plus difficiles.

A ma sœur **Apolline**, merci pour ton soutien et ta joie de vivre !

A **mes parents**, merci pour votre soutien au cours de ces longues années d'étude, notamment en début d'internat lorsque j'ai traversé quelques difficultés. A ma mère qui a patiemment relu et corrigé mon travail. Je vous remercie pour cette belle éducation reçue et de m'avoir inculqué le goût du travail.

A **mes beaux-parents**, merci pour votre accueil au sein de votre grande famille. Je ferai au mieux pour assurer la relève de Jean-Paul.

A **mes Grands-parents**, merci pour votre soutien et tous ces beaux souvenirs qui ont gravé mon enfance.

A mes amis,

A **Camille M.**, Merci d'être toujours présente. Merci pour tous ces moments de partage notamment à l'autre bout du monde, sans toi je ne serai jamais allée aussi loin. Tu as toujours été là dans les difficultés et tu as toujours su me transmettre cette force qui t'anime pour me relever. Merci pour les merveilleux moments passés ensemble et j'attends avec joie tous ceux qui sont à venir !

A **Camille P.** et **Marine**, à notre amitié qui nous a permis de traverser les années médecines. Je garde de cet externat des souvenirs de soirées mémorables. Sans vous rien n'aurait été pareil !

A **Sébastien**, quelle belle rencontre grâce à la Nutrition ! Tu es un collègue en or et une amitié est née. Merci pour tout ce que tu me partages ! Et à cette belle découverte des apéroquizz, vivement les prochains en sortie de Covid !!

A **Emmanuelle**, quelle joie d'être passée en stage à Pont-Audemer durant mon internat ! Merci pour ton accueil, ta bienveillance et les belles soirées passées ensemble. A cette belle amitié qui s'est construite.

A **Julie**, à notre amitié qui dure depuis l'internat du lycée. Que de bons moments partagés avec des souvenirs mémorables de nos voyages en Angleterre !

A **Pierre-Yves**, merci de m'avoir fait toucher du bout des doigts cette magnifique spécialité : la chirurgie cardiaque. Merci pour ton soutien durant mon internat.

A mes collègues et amis de l'équipe de nutrition : Sofiane, Julia, Amandine, Céline je suis ravie de vous retrouver et de travailler de nouveau à vos côtés.

Serment d'Hippocrate

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

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

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

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

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

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

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés.

Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

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

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

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

Table des matières

Abréviations.....	16
Introduction	17
1. Médecines Alternatives et Complémentaires	17
a. Définition.....	17
b. Situation Actuelle.....	22
c. Rôle dans les Maladies Chroniques.....	23
2. Les maladies chroniques.....	25
Matériel et Méthode.....	27
1. Stratégie de recherche.....	27
2. Critères d'inclusion et d'exclusion	27
3. Extraction des données et évaluation de la qualité	28
Résultats	29
1. Sélection des articles	29
2. Description des études incluses	30
3. Méta-synthèse.....	31
Discussion	38
1. Motivations des patients	38
2. Les bénéfiques retenus	40
a. Amélioration des symptômes par une autre approche.....	40
b. Contrôle de soi et de sa maladie.....	41
3. Inconvénients	42
a. Les effets secondaires	42
b. Les difficultés d'observance.....	44
4. MAC et médecine générale : les attentes des patients	45
a. Difficultés de dialogues avec leur médecin traitant.....	45
b. Le paradoxe des compétences du médecin généraliste vs. les attentes du patient	47
5. Forces et limites de l'étude.....	48
a. Les limites.....	48
b. Les forces.....	49
Conclusion.....	49
Bibliographie	51
ANNEXES.....	56
Annexe 1 : Articles étudiés	57
Annexe 2 : marguerite des compétences du Collège des Généralistes Enseignants	64

Abréviations

ALD : Affection longue durée

APA : American Psychological Association

AVC : Accidents vasculaires cérébraux

BPCO : Broncho-pneumopathie chronique obstructive

CISMeF : Catalogue et index des sites médicaux de langue française

CNOM : Conseil national de l'ordre des médecins

CRBM : Constructeur de requêtes bibliographiques médicales

DIU : Diplôme interuniversitaire

DU : Diplôme universitaire

MAC : Médecins alternatives et complémentaires

MeSH : Medical Subject Headings

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PSNC : Pratiques de soins non conventionnelles

SEP : Sclérose en plaque

Introduction

La médecine traditionnelle connaît un intérêt grandissant au sein des pays occidentaux (1) et reste très développée dans les pays à l'origine de ces pratiques.

Une illustration en est le rapport de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) pour la médecine traditionnelle prévu pour 2014-2023. Ce dernier met en évidence une évolution des mentalités. Progressivement, de plus en plus de pays acceptent l'idée que d'autres types de médecines peuvent apporter à la santé et au bien-être des individus. Les pouvoirs publics et les consommateurs sont ainsi de plus en plus nombreux à se pencher sur ces pratiques avec une demande croissante d'intégration à l'offre de services de santé (2).

Le progrès médical et l'allongement de l'espérance de vie ont notamment pour corollaire l'augmentation des maladies chroniques. Globalement l'espérance de vie à la naissance s'est allongée de 7,4 ans entre 1990 et 2017, celle-ci varie selon les pays. En effet, dans les pays développés on remarque une augmentation moyenne de 12 ans (3). Cette augmentation n'est pas toujours corrélée à une augmentation de l'espérance de vie en bonne santé. Certaines pathologies sont favorisées avec l'âge et nous remarquons une nette majoration des pathologies chroniques avec le vieillissement de la population (4, 5). Ces pathologies nécessitent un traitement au long cours et peuvent avoir des effets secondaires. Certains patients choisissent alors de se tourner vers les médecins alternatives et complémentaires (MAC), parfois en complément ou d'autres fois à la place des thérapies conventionnelles.

1. Médecines Alternatives et Complémentaires

a. Définition

Dans un premier temps, il est essentiel de s'entendre sur ce qu'on appelle les médecines alternatives et complémentaires. Il est, en effet, difficile de trouver un nom global et

universellement accepté à l'ensemble de ces pratiques. On entend communément parler de médecine « douce », « naturelle », « parallèle », « complémentaire », « alternative », « non conventionnelle », « non traditionnelle » ou au contraire « traditionnelle ».

Les définitions de santé solidarité française nous permettent d'aborder un point fondamental à travers les termes de médecine traditionnelle et médecine complémentaire (6).

La médecine « conventionnelle » ou « traditionnelle »

D'après la définition de l'OMS, il s'agit de la « somme de toutes les connaissances, compétences et pratiques reposant sur les théories, les croyances et les expériences propres à différentes cultures qu'elles soient explicables ou non, qu'elles soient utilisées dans la préservation de la santé, ainsi que dans la prévention, le diagnostic, l'amélioration ou le traitement de maladies physiques ou mentales ».

La médecine dite « conventionnelle » s'appuie pour sa part sur des traitements qui ont toujours obtenu une validation scientifique, soit par des essais cliniques, soit parce qu'ils bénéficient d'un consensus professionnel fort. Les essais cliniques sont soumis à des autorisations et à des contrôles rigoureux sur le plan de l'éthique, des conditions de réalisation et de la pertinence scientifique. Les consensus professionnels, quant à eux, sont obtenus après plusieurs années de recul, avec l'accord et l'expérience de la majorité des professionnels de la discipline concernée. Les conditions d'utilisation des techniques y sont définies avec précision. En s'appuyant sur cette méthodologie rigoureuse, l'efficacité de la médecine conventionnelle est prouvée.

La médecine conventionnelle est enseignée dans les facultés de médecine. Les études de médecine conduisent à l'obtention de diplômes de niveau national : le doctorat en médecine et des diplômes dans une des spécialités médicales existantes. Pour obtenir le diplôme et le titre de médecin en France, les seules matières enseignées sont les pratiques « conventionnelles ». Les autres professions de santé (chirurgiens-dentistes, sages-femmes, infirmiers, etc.)

bénéficient également d'un enseignement conduisant à l'obtention de diplômes de niveau national (7).

Les pratiques de soins non conventionnelles (PSNC) et les Médecines alternatives et complémentaires (MAC)

D'après la définition de l'OMS, il s'agit d'un « vaste ensemble de pratiques 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. Dans certains pays, elles sont utilisées de manière interchangeable avec le terme médecine traditionnelle ».

Sur le site du ministère de la santé français, sont considérées comme des PSNC : ostéopathie, chiropraxie, méditation, hypnose / hypnothérapie, mésothérapie, auriculothérapie, biologie totale, lypolyse, acupuncture / moxibustion, homéopathie, biorésonance, phytothérapie, thérapie nutritionnelle, réflexologie, naturopathie, aromathérapie, sophrologie, thermalisme psychiatrique, jeûne, massages, qi gong, tai-chi etc. (7).

Dans le rapport de l'Académie de Médecine, une annexe avec une liste MeSH (Medical Subject Headings) des thérapies complémentaires reprend 17 catégories :

- Acupuncture (electroacupuncture, moxibustion)
- Anthroposophie
- Auriculothérapie
- Homéopathie
- Médecine traditionnelle (africaine, arabe, ayurvédique et chinoise)
- Mésothérapie
- Thérapies corps esprit (aromathérapie, hypnose, psychodrame, psychophysiologie, psychothérapie, tai chi, thérapie par le rire, toucher thérapeutique, yoga)
- Manipulations de l'appareil locomoteur (chiropratiques, ostéopathiques, acupressure, kinésiologie, massage)

- Naturopathie
- Organothérapie
- Phytothérapie
- Réflexothérapie
- Rajeunissement
- Santé holistique
- Thérapies sensorielles par les arts
- Spéléothérapie
- Thérapies spirituelles (chamanisme, guérison par la foi, guérison mentale, magie, méditation, occultisme, radiesthésie) (8)

L'ensemble de ces pratiques se divise en divers type d'approches, pouvant être préventives, curatives, psychothérapeutiques, de développement personnel, ou encore spirituelles voire mystiques.

Ces pratiques se développent parallèlement à la médecine « conventionnelle », en France et partout dans le monde. Elles sont également en progression dans le champ du bien-être, de la nutrition et de l'apparence esthétique.

Dans la très grande majorité des cas, les PSNC n'ont pas fait l'objet d'études scientifiques ou cliniques montrant leurs modalités d'action, leurs effets, leur efficacité, ainsi que leur non-dangerosité. Lorsqu'elles sont utilisées pour traiter des maladies graves ou en urgence à la place des traitements conventionnels reconnus, elles peuvent donc faire perdre des chances d'amélioration ou de guérison aux personnes malades.

L'enseignement de ces pratiques ne donne pas lieu à des diplômes nationaux, à l'exception de l'acupuncture. Cependant, certaines formations font l'objet de diplômes d'université (DU) ou de diplômes interuniversitaires (DIU) placés sous la seule responsabilité d'une ou de plusieurs universités. Ces diplômes ne signifient pas, ipso facto, que l'efficacité et l'innocuité de la

technique sont prouvées. Ce sont des diplômes complémentaires qui, à eux seuls, ne donnent pas le droit à l'exercice d'une profession de santé.

Certaines formations sont par ailleurs délivrées au sein d'organismes privés sans aucun contrôle des institutions publiques quant à leur contenu, et sans reconnaissance par l'Etat des diplômes délivrés.

Des PSNC ou des sites Internet diffusant ces pratiques peuvent afficher un label de qualité (norme, certification du site). Ce label ne signifie pas pour autant que les effets et risques d'une technique ont été évalués scientifiquement.

Certaines PSNC sont présentées comme des « médecines naturelles », ce qui pourrait être compris comme « sans effets secondaires ».

Ces pratiques dites « naturelles » prennent le plus souvent en compte la personne dans son ensemble sans se focaliser sur un symptôme ou une maladie en particulier. Certaines invoquent les capacités d'auto-guérison de la personne malade. Le recours à ces pratiques peut s'expliquer par le fait que les traitements conventionnels nécessitent, pour être efficaces et sûrs, l'application de protocoles de soins rigoureux, ce qui peut donner au patient le sentiment de recevoir des soins standardisés, non adaptés à son cas. Les traitements dispensés dans le cadre de ces pratiques apparaissent plus personnalisés, mais ils n'offrent pas les mêmes garanties d'efficacité et de sécurité que la médecine conventionnelle. (7)

Ces notions permettent donc de souligner que notre définition choisie des médecines complémentaires ne sera en aucune façon ni intemporelle ni universelle. Par exemple la médecine traditionnelle chinoise est ainsi le système de référence dans certains pays d'Asie alors qu'elle est communément chez nous considérée comme une médecine complémentaire. Notre point de référence sera donc évidemment pour nous la médecine traditionnelle occidentale.

b. Situation Actuelle

Il y a 70 % des patients de l'Union Européenne qui auraient fait appel aux MAC au moins une fois dans leur vie, 25% y recourent chaque année et ce nombre serait en hausse constante d'après un rapport de 2012 du centre d'analyse stratégique du gouvernement (9).

En France, les données recueillies par l'ordre des médecins sont une bonne base pour illustrer ces propos. Quatre MAC peuvent faire l'objet de titres et mentions autorisés sur les plaques et ordonnances par le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) en France : l'homéopathie, l'acupuncture, la mésothérapie, la médecine manuelle ostéopathie (10). Il a enregistré en 2015, 6 115 médecins français ayant déclaré une orientation de médecine alternative et complémentaire. Un sur cinq exerce à l'hôpital.

La grande majorité des cas (91 %) concerne l'homéopathie, l'ostéopathie ou l'acupuncture. Du côté des patients, 40 % des Français auraient recours aux MAC. L'homéopathie rencontre un succès particulier puisque 56 % des Français y ont déjà eu recours (10). Cependant cette pratique a fait l'objet d'une polémique concernant son remboursement. En effet le niveau de preuve scientifique concernant le bénéfice rendu a posé question quant au remboursement et le décret n° 2019-905 du 30 août 2019 a modifié les conditions de remboursement des spécialités homéopathiques et des préparations homéopathiques. Depuis le 1^{er} janvier 2021 celles-ci ne sont plus remboursées.

Parallèlement, de plus en plus de mutuelles françaises remboursent un grand nombre de MAC ce qui en fait même un critère de choix pour certains.

Ces données démontrent l'essor et l'importance que prennent ces MAC en France. En effet, on peut considérer actuellement que quasiment un patient sur deux utilise ou a déjà eu recours à ces pratiques, ce qui peut être intéressant à considérer pour sa prise en charge. Sur le plan

financier, l'acupuncture est remboursée en partie par la Sécurité Sociale à hauteur de 70% si c'est un médecin conventionné qui dispense ou prescrit ces soins.

c. Rôle dans les Maladies Chroniques

Les patients atteints de pathologie chronique montrent un taux plus important de recours aux MAC (11). La demande de services en MAC devrait augmenter en raison notamment du vieillissement de la population et une probable augmentation subséquente chez les personnes qui éprouvera un ou plusieurs problèmes de santé chroniques (12).

L'ordre des médecins va également dans ce sens en notant une hausse des utilisateurs de MAC chez les patients atteints d'une maladie grave ou chronique en France (10).

L'émergence des MAC en milieu hospitalier en est une bonne illustration avec une utilisation préférentielle dans certains services. Ainsi, on propose l'hypnose comme alternative à l'anesthésie pour certaines chirurgies ou dans les services d'obstétrique mais on retrouve surtout ces thérapies dans des services où sont présents des patients atteints de pathologies chroniques (oncologie, soins palliatifs, rhumatologie, psychiatrie...). Ils sont alors utilisés en tant que soins de support en oncologie ou conjointement au traitement traditionnel dans ces autres disciplines. (13).

Le rapport de 2012 du centre d'analyse logistique spécifie que le taux de recours aux MAC dépend de la pathologie et peut monter jusqu'à 80 % chez les patients atteints de cancer en Europe (9).

Les soins de supports peuvent se définir comme l'ensemble des soins et soutiens nécessaire aux personnes malades tout au long de la maladie, conjointement aux traitements oncologiques ou onco-hématologiques lorsqu'il y en a. (14).

On peut transposer ce système à la médecine ambulatoire. En libéral, les patients atteints de maladie chronique constituent une part importante de l'activité du médecin généraliste. Il est le principal acteur et chef d'orchestre des soins de ce type de patients. Il peut jouer un rôle important vis-à-vis de la pratique de ces MAC et cela implique d'être à l'écoute de ces patients afin de recueillir leurs expériences de ces thérapies pour mieux les orienter et conseiller. Par ailleurs, certains médecins choisissent de se former à une ou plusieurs de ces MAC. Ce nouvel outil thérapeutique peut être utilisé en complémentarité de sa formation médicale traditionnelle. Cet atout ne peut constituer qu'une richesse supplémentaire dans sa pratique et assurer au patient une sécurité par sa formation médicale complète.

Nous pouvons prendre l'exemple de l'acupuncture qui est apparue en Chine il y a environ 2500 ans, et qui reste une composante importante de la médecine traditionnelle chinoise aujourd'hui. Une revue menée par l'OMS a suggéré que l'acupuncture peut aider à traiter plus de 20 conditions médicales, y compris les maladies cardiovasculaires (15-16).

Une autre étude américaine a montré que les patients dont le médecin généraliste a reçu une formation supplémentaire en médecine complémentaire et alternative affichent des dépenses de santé et un taux de mortalité plus faible. Cette réduction de coût est due à des hospitalisations et des prescriptions médicamenteuses moins nombreuses (17).

Cependant il est nécessaire de se baser sur plusieurs études pour avancer des preuves scientifiques, d'où l'objet de notre travail. En effet notre méta-synthèse a pour but d'évaluer au travers de la littérature les bénéfices recherchés et les inconvénients ressentis par les patients atteints de pathologies chroniques au sein des médecines alternatives et complémentaires.

Nous pourrions ainsi envisager de concevoir des essais cliniques avec des critères de jugement adaptés aux attentes des patients, afin de vérifier l'intérêt de ces approches dans l'arsenal thérapeutique à proposer à nos patients.

Nous pourrions également adapter notre prise en charge en tant que médecin généraliste si nous comprenons mieux les attentes des patients vis-à-vis de ces approches.

2. Les maladies chroniques

Les maladies chroniques sont des affections longues qui, en règle générale, évoluent lentement. Responsables de 63% des décès, les maladies chroniques (cardiopathies, accidents vasculaires cérébraux (AVC), cancer, affections respiratoires chroniques, diabète...) sont la première cause de mortalité dans le monde. Sur les 36 millions de personnes décédées de maladies chroniques en 2008, 29% avaient moins de 60 ans et la moitié étaient des femmes (6).

En France, une grande partie des maladies chroniques est recensée sous le nom d'Affection Longue Durée (ALD). Ces pathologies donnent lieu à une prise en charge financière particulière par la sécurité sociale. En 2018, 11,1 millions de personnes affiliées au régime général de l'Assurance Maladie bénéficiaient du dispositif des ALD, soit 18% des assurés.

Entre 2005 et 2012, les effectifs ont évolué de 4,9% par an. Puis de 2,7% par an entre 2012 et 2014. Leur croissance varie mais nous observons une hausse globale de ces effectifs. On peut attribuer cette majoration à l'allongement de l'espérance de vie et à la croissance de la population. L'âge moyen des personnes en ALD a en effet augmenté : en 2015, il était de 63 ans. Les trois-quarts des nonagénaires sont en ALD. Pour les septuagénaires entre 75 et 79 ans, la prévalence est de 60% chez les hommes, et de 46% chez les femmes (4).

Pour ce qui est de leur répartition par pathologie les maladies cardio-neuro-vasculaires (maladie coronaire, insuffisance cardiaque, troubles du rythme, cardiopathies, artériopathies, AVC, hypertension artérielle sévères) touchaient 3,8 millions de personnes en 2018. Elles représentaient 35% des exonérations de frais de soins. Le diabète impactait de son côté 2,8 millions de personnes (25%), suivi par les tumeurs malignes (2,2 millions d'individus) et les affections psychiatriques de longue durée (1,4 million) (5).

Quant au coût de ces maladies pour les finances sociales, la dynamique des dépenses ALD reste le principal facteur de hausse des dépenses d'assurance maladie (4).

Cependant nous n'avons pas de visualisation précise du coût pour les patients des pratiques alternatives et complémentaires, celles-ci ne bénéficiant pas de prise en charge sociale, mise à part l'acupuncture. Or, ces pratiques prennent de nos jours une place de plus en plus importante dans la prise en charge de ce type de pathologie (1).

Cet attrait pour les MAC nous amène à nous poser la question des bénéfices recherchés par les patients souffrant de pathologie chronique se tournant vers ces pratiques. D'autant que, ces pratiques n'ayant pas fait l'objet d'évaluation scientifique rigoureuse, il peut être pertinent de questionner les attentes des patients vis-à-vis de leurs traitements (conventionnels ou complémentaires). En outre, dans la comparaison des différents traitements pour les patients, il nous paraissait primordial de rechercher également les inconvénients ou les risques liés aux MAC. Pour répondre à cela, nous avons choisi d'effectuer une revue de la littérature des études qualitatives menées auprès des patients atteints de pathologies chroniques et ayant eu recours aux MAC.

Matériel et Méthode

1. Stratégie de recherche

Une revue systématique de la littérature a été menée en septembre 2020 à partir de la base de données Medline via PubMed et dans la base de données EBSCOhost

La recherche sur PubMed a été interrogée à partir du Constructeur de Requêtes Bibliographiques Médicales (CRBM) du CISMef (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/> et <http://crbm.chu-rouen.fr/querybuilder/>), en associant les termes MeSH suivants :

(chronic disease) AND (qualitative research) AND (complementary therapies) AND (patients)

Des filtres ont été ajoutés : **English, French**

Cette recherche a été réalisée le 03 septembre 2020.

Dans EBSCOhost nous avons interrogé les bases de données de American Psychological Association (APA) Psycarticles et Psychology and Behavioral Sciences Collections, toutes les références associées aux mêmes mots-clés Mesh précédemment cités, à l'exception de « qualitative research ».

La liste des articles identifiés dans les bases de données a été constituée et les éventuels doublons ont été éliminés.

2. Critères d'inclusion et d'exclusion

Les critères d'inclusion étaient les suivants :

- Population de patients atteints de maladie chronique. On s'est entendu par maladie chronique comme toute pathologie nécessitant une prise en charge de plus de 6 mois.

- Étude qualitative
- Approche complémentaire utilisée par les patients
- Critère de jugement principal de l'étude sur l'intérêt et les inconvénients des MAC dans la prise en charge de la pathologie chronique

Les critères d'exclusion étaient :

- Populations de patients atteints de pathologie aiguë
- Études quantitatives
- Études ne portant pas sur les patients (sur les soignants, les prestataires, ou les aidants).
A l'exception des études pédiatriques où ce sont les parents qui sont interrogés pour leurs enfants et leur choix en tant que parents d'avoir recours aux MAC.
- Les revues systématiques de la littérature
- Langue de l'article autre que français et anglais

3. Extraction des données et évaluation de la qualité

L'inclusion des articles a été menée en double lecture. La première sélection a porté sur la lecture des titres, une seconde sur la lecture des résumés des articles et enfin dans un troisième temps sur la lecture des articles. Les discordances ont été résolues par consensus entre les auteurs.

Nous avons suivi plusieurs recommandations de méthodologie afin d'établir notre revue (20, 21).

Résultats

1. Sélection des articles

La recherche a été réalisée le 3 septembre 2020.

La requête PubMed a retrouvé 140 articles.

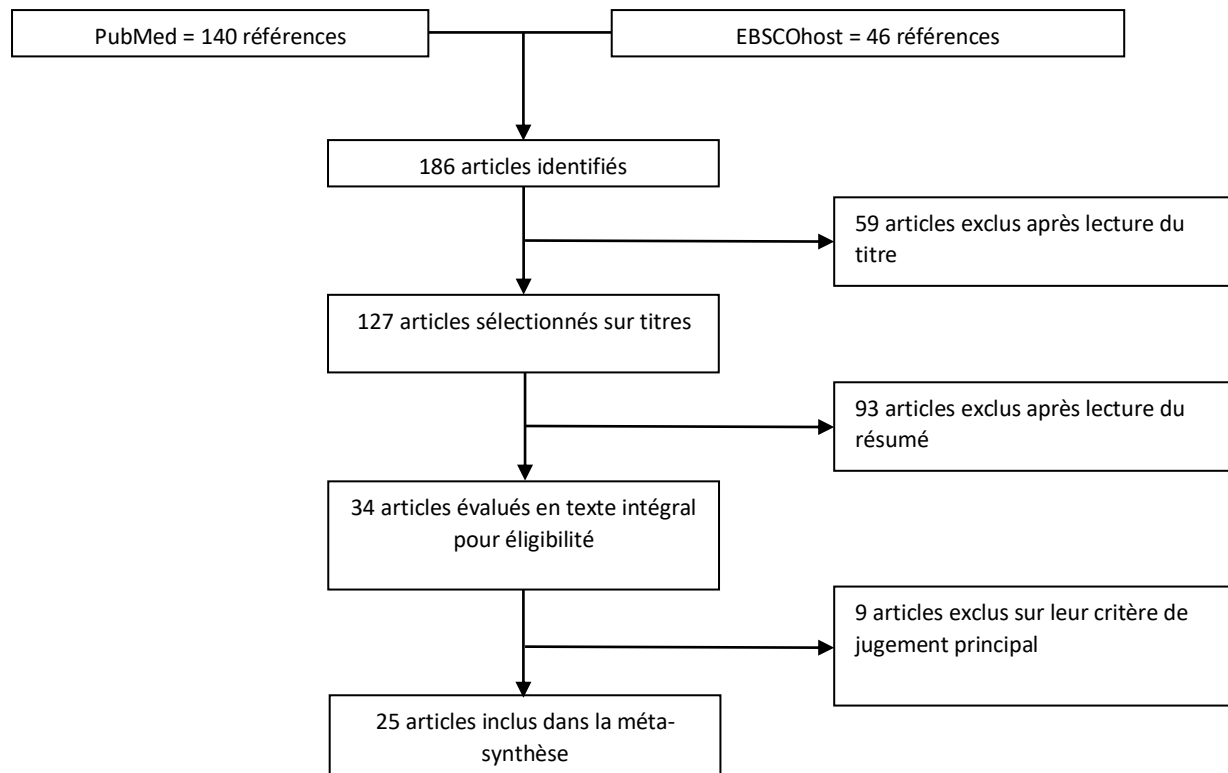
La requête EBSCOhost a retrouvé 46 articles.

Sur ce total de 186 références identifiées nous avons retenus 34 articles après lecture des titres puis des résumés. Ces articles ont fait l'objet d'une lecture intégrale.

Vingt-cinq articles correspondant aux critères d'inclusion ont été conservés (Figure 1).

Le travail ayant duré 6 mois nous avons choisi de ne pas effectuer de mise à jour de l'équation de recherche.

Figure 1 : Diagramme de flux



2. Description des études incluses

Les 25 études incluses ont été publiées entre 1996 et 2020.

Ces études ont toutes pour critère de jugement principal l'évaluation de la pratique des MAC chez des patients atteints de pathologie chronique.

Douze des études retenues rapportaient l'expérience de patients ayant eu recours aux MAC dans le cadre de leur inclusion à l'étude : les patients acceptaient de participer aux interventions proposées et décrivaient leurs ressentis lors d'entretiens semi-structurés.

Les autres études ont interrogé les patients ayant spontanément eu recours aux MAC pour explorer leurs motivations.

Vingt études portaient sur l'évaluation d'une pratique en particulier (acupuncture, yoga, méditation, ou autre) alors que cinq études portaient sur l'évaluation des MAC sans distinction.

La majorité des études ont eu lieu dans des pays occidentaux : États-Unis, Royaume-Uni, Canada, Australie, Norvège, Suède et Danemark. Seulement trois études avaient été réalisées en Asie : Chine, Hong Kong, Vietnam et Laos

L'ensemble des études retenues est présenté en *Annexe 1*.

3. Méta-synthèse

Sur les 25 articles conservés pour cette méta-synthèse, 8 rapportaient des inconvénients liés à l'utilisation des MAC.

Seules les MAC demandant un effort physique (tai chi ou yoga par exemple) ou impliquant des gestes invasifs (acupuncture) présentaient des effets secondaires liés à la MAC parmi les inconvénients relevés (douleur, asthénie...). Les autres inconvénients des MAC mentionnés par les patients relevaient plus de problématiques économiques ou logistiques. Le coût des MAC notamment était parmi les inconvénients cités le plus fréquemment, pouvant être un frein à leur recours. Certains patients ont également évoqué un problème d'investissement en temps : aussi bien le temps nécessaire pour la réalisation-même de ces MAC que la difficulté à maintenir une bonne observance dans le temps.

Concernant les bénéfices éprouvés par les patients, certains semblaient liés aux motivations initiales ayant poussé le patient à avoir recours aux MAC. Par exemple, si les patients avaient comme première motivation la recherche d'une approche complémentaire par manque ou absence de satisfaction vis-à-vis des soins conventionnels reçus, la MAC présentait comme bénéfice immédiat l'absence des effets liés aux soins conventionnels. D'autres patients avaient comme motivation la recherche d'un bien-être global ou au moins de bénéfices concernant leur

santé. Selon les effets ressentis, certains pouvaient être satisfaits quand d'autres étaient déçus : sur les 25 articles de cette méta-synthèse, 20 recensaient une amélioration des symptômes des pathologies traitées ou des pathologies adjacentes.

Le détail des bénéfices et des inconvénients rapportés par les patients selon le type de MAC est synthétisé dans le tableau 1.

Tableau 1 : Bénéfices et inconvénients recensé selon les MAC pratiquées

MAC pratiquée	Articles	Pathologies chroniques	Bénéfices	Inconvénients
Acupuncture	n=6	<ul style="list-style-type: none"> • Maladie inflammatoire pelvienne chronique (25) • Lombalgies chroniques (26) • Pathologies chroniques non spécifiques (32) (36) (40) 	<ul style="list-style-type: none"> - Approche de la maladie sous un angle différent avec des explications nouvelles - Prise en compte du patient dans son intégralité et pas seulement sur la pathologie traitée - Gain de confiance en soi - Meilleure compréhension de leur corps - Meilleur contrôle de la maladie - Gain de force et d'énergie - Changement d'identité personnelle et sociale - Diminution des prises médicamenteuses - Ecoute et empathie du thérapeute 	Effets secondaires : <ul style="list-style-type: none"> - Asthénie - Douleurs à l'insertion des aiguilles - Ecchymoses
Yoga	n = 4	<ul style="list-style-type: none"> • Pathologies respiratoires chroniques (33) • BPCO (29) • Episodes dépressifs majeurs (37) • Polyarthrite rhumatoïde (41) 	<ul style="list-style-type: none"> - Se recentrer sur soi, savoir s'écouter - Acquisition de nouveaux outils pour le contrôle de la maladie - Amélioration des symptômes - Diminution de la prise de médicaments - Gain d'énergie - Effets positifs sur l'état émotionnel et sur l'anxiété - Amélioration du bien-être 	<ul style="list-style-type: none"> - Coût - Temps
MAC sans distinction	n = 5	<ul style="list-style-type: none"> • Asthme (21) (30) • Constipation (23) • Diabète (31) • SEP (45) 	<ul style="list-style-type: none"> - Recherche d'un traitement plus naturel - Participation active du patient dans le soin - « Fuir » les effets secondaires des traitements conventionnels - Écoute et temps accordé lors de ces consultations - Diminution voire arrêt de certains médicaments - Meilleur contrôle de la maladie - Amélioration des symptômes de la pathologie elle-même et des symptômes annexes 	<ul style="list-style-type: none"> - Coût de certaines MAC - Effets secondaires : douleurs et frisson pour l'acupuncture

Tai Chi	n = 2	<ul style="list-style-type: none"> • Polyarthrite rhumatoïde (34) • SIDA (44) 	<ul style="list-style-type: none"> - Amélioration des conditions physiques - Confiance en soi - Amélioration des symptômes - Meilleur équilibre - Meilleure gestion psychologique de la pathologie - Effets positifs de l'activité de groupe sur les relations sociales 	Douleur musculaire à l'initiation de l'activité
Méditation	n = 2	<ul style="list-style-type: none"> • LLC et bronchopathie obstructive (35) • Troubles chroniques (physiques, psychologiques ou psychosomatiques) (42) 	<ul style="list-style-type: none"> - Modification comportementale positive face à la maladie - Amélioration des symptômes 	
Qigong	n = 1	Maladies chroniques non spécifiques (39)	<ul style="list-style-type: none"> - Maintien de l'état de santé - Pallier les expériences négatives des traitements biomédicaux - Traitement des pathologies annexes 	
Chant	n = 1	BPCO (28)	<ul style="list-style-type: none"> - Meilleur contrôle de soi, mieux connaître son corps - Le groupe a un effet psycho-social positif - Diminution voire arrêt des traitements médicamenteux conventionnels - Amélioration des symptômes 	
Régime alimentaire	n = 1	Endométriose (27)	<ul style="list-style-type: none"> - Changement de style de vie - Absence d'effet secondaire de cette pratique - Diminution des douleurs - Amélioration de l'état de santé global ressentie - Diminution de symptômes annexes - Gain d'énergie 	<ul style="list-style-type: none"> - Absence d'efficacité - Coût - Manque de soutien de la part des professionnels de santé par manque d'expérience ou d'intérêt - Difficulté d'observance

Homéopathie	n = 1	Polyarthrite rhumatoïde (24)	<ul style="list-style-type: none"> - Amélioration des symptômes - Amélioration du bien-être général - Soutien émotionnel - Meilleure compréhension de soi 	
Herbes médicinales	n = 1	Maladie chronique (22)	<ul style="list-style-type: none"> - Réduction des troubles psychosomatiques - Peu d'effet indésirable de ce traitement 	
Activités horticole et artistique	n = 1	Trouble dépressif (38)	<ul style="list-style-type: none"> - Amélioration du bien-être - Échappatoire aux problématiques du quotidien - Effet positif du groupe sur la socialisation 	

Comme le montre la synthèse du Tableau 1, les bénéfices et inconvénients éprouvés sont souvent propres à une pratique ou une pathologie.

Pour autant, au travers de cette méta-synthèse, nous retrouvons 3 grandes catégories de bénéfices éprouvés par les patients :

- Avant tout, certains patients considéraient que la MAC présentait un réel bénéfice dans le traitement de leur pathologie par rapport au traitement conventionnel. Ce bénéfice pouvait être de plusieurs natures : pour certains, la MAC présentait une efficacité sur des symptômes résistants au traitement conventionnel ; pour d'autres, l'intérêt de la MAC résidait essentiellement dans l'absence d'effets indésirables ressentis par le patient.
- Ensuite, plusieurs patients ont exprimé une satisfaction vis-à-vis d'une prise en charge globale de leur personne par le thérapeute. Le bénéfice concernait ainsi leur sentiment par rapport à l'attention et à l'écoute portée par le soignant.
- Enfin, certains patients ont exprimé, après le recours à certaines MAC, une plus grande conscience et une meilleure maîtrise de leur corps et donc de leurs symptômes.

L'ensemble des bénéfices exprimés par les patients dans ces études sont synthétisés dans le tableau 2.

Tableau 2 : Synthèse des bénéfices éprouvés vis-à-vis des MAC

Traitement de la pathologie		Approche globale	Conscience et contrôle de soi
Motivations	Réponses trouvées	<ul style="list-style-type: none"> • Autre approche de la pathologie : explications données, compréhension différente de la pathologie • Attitude du thérapeute centrée sur le patient : temps, écoute, empathie • Prise en compte du patient dans son intégralité et non pas uniquement sur la pathologie traitée 	<ul style="list-style-type: none"> • Meilleur ressenti de son corps, meilleure compréhension de soi • Apprentissage de nouveaux outils pour la gestion de la pathologie
Expérience négative de la médecine conventionnelle	<ul style="list-style-type: none"> - Efficacité des MAC sur les symptômes ne répondant pas au traitement conventionnel - Amélioration des effets secondaires des traitements conventionnels 		
Souhait d'un traitement plus naturel	<ul style="list-style-type: none"> - Adopter une nouvelle psychologie - Thérapie ressentie plus sûre par les patients - Peu d'effets secondaires recensés de ces pratiques 		
Effet positif des MAC	<ul style="list-style-type: none"> - Amélioration des symptômes de la maladie chronique traitée - Efficacité retrouvée sur d'autres pathologies adjacentes - Diminution voire arrêt de certains médicaments 		

Discussion

L'usage des MAC est en plein essor. On estime que près d'un Français sur deux y a déjà eu recours. (10) Une autre enquête portant sur 54 000 personnes issues de la population générale norvégienne a permis de chiffrer cette évolution : entre 1997 et 2008, on retrouve une hausse de 9,4% à 12,6% de la population ayant bénéficié d'un soin de MAC au cours de l'année. Cet attrait est particulièrement visible chez les femmes et les patients de plus de 50 ans atteints de maladie chronique (46).

Chez les patients atteints de maladie chronique, les MAC peuvent prendre une place particulièrement importante, comme cela avait été relevé dans une étude où plus de 85% des patients souffrant d'asthme ou de BPCO y avaient recours (47). Dans de nombreuses études, le fait d'être atteint d'une maladie chronique se révèle même être un facteur favorisant (48, 49).

1. Motivations des patients

Notre méta-synthèse retrouve que les patients se dirigent vers les MAC, soit par conviction de leurs bienfaits, soit par insatisfaction des médecines conventionnelles. La conviction des bienfaits des MAC est fonction de la culture des patients. Par exemple, une étude menée en Ethiopie révèle que, sur un total de 240 patients âgés atteints de pathologie chronique, 40,8% d'entre eux ont recours aux MAC par insatisfaction des thérapies conventionnelles et 30,8% par croyance en leurs bienfaits. Cette étude met aussi en avant certains facteurs intrinsèques favorisant l'usage des MAC tels que : le mode de vie rural, le haut statut éducatif, les revenus mensuels plus élevés et la présence de comorbidités chez le patient (50). Paradoxalement, on observe une baisse d'utilisation des MAC chez les patients les plus âgés, notamment après 80 ans, alors que le taux de pathologies chroniques augmente avec l'âge (51).

L'influence de la culture d'un pays sur le recours aux MAC est également révélée par des études de prévalence, avec des chiffres allant de 30% à 76% d'utilisation en fonction des pays recensés (46, 52). Le plus fort recours aux MAC étant recensé dans les pays asiatiques comparativement aux pays occidentaux. Cependant, il n'y a pas encore d'étude multinationale réalisée pour confirmer cette supposition.

Outre la culture comme facteur prédisposant au recours aux MAC, deux grandes catégories de motivation ressortaient de cette revue de la littérature : les motivations poussant les patients vers les MAC (facteurs « push ») et les motivations attirant les patients vers celles-ci (facteurs « pull »). Cette notion de facteurs « push » et « pull » est bien évoquée par Shaw et al. à propos des motivations des patients asthmatiques à pratiquer les MAC (21). Nous la retrouvons également dans une autre étude réalisée en Inde chez des patients atteints de pathologies coronariennes (53).

La crainte des médicaments et de leurs effets secondaires sont parmi les facteurs « push » les plus exprimés dans les articles de notre méta-synthèse. A ce propos, un sondage du CSA en 2011 retrouve que 35% des français ne faisaient pas confiance aux médicaments (54).

Nous retrouvons également d'autres facteurs « push » telles que l'absence de réponse sur les symptômes des thérapies conventionnelles mais aussi l'absence d'écoute et de réponse de la part des praticiens conventionnels (43). Dans de nombreuses études de notre méta-synthèse, l'écoute accordée par les praticiens de MAC est une motivation fréquemment rapportée par les patients.

Par ailleurs, le choix des MAC peut aussi s'inscrire dans un projet plus personnalisé de soins, considéré plutôt comme un facteurs « pull » et non comme un rejet des traitements conventionnels. De nos jours, les patients souhaitent de plus en plus être acteurs de leur prise

en charge et sont dans une quête du bien-être ou du mieux-être. Dans cette optique, ils sont dans une démarche pro-active de recherche d'approches différentes pour leur prise en charge (55).

Une étude internationale menée sur internet montre également que l'usage des MAC n'est pas associé à un rejet des soins conventionnels et paradoxalement, qu'il est le contraire. En effet, dans cette étude, il est démontré que les patients ayant recours aux MAC feraient l'usage d'une plus grande variété de services de soins conventionnels et réaliseraient plus de consultations que les patients n'utilisant pas de MAC (56).

On a vu que l'usage des MAC est plus important chez les patients atteints de maladie chronique. La pathologie dont ils souffrent ainsi que leur expérience des MAC va aussi influencer le recours à ces pratiques.

En revanche, une étude allemande montre que les pathologies plus graves pouvant mettre en danger le pronostic vital sont un facteur de moindre utilisation des MAC pour ceux qui ne sont pas familiers avec ce type de soins (57).

En somme, nous retrouvons dans notre méta-synthèse des motivations de « récompense », à savoir la recherche de bénéfices.

2. Les bénéfices retenus

a. Amélioration des symptômes par une autre approche

Les patients atteints de pathologies chroniques souffrent de différents symptômes qui peuvent entraver leur qualité de vie. Ces patients vont alors chercher différents moyens d'y remédier et beaucoup d'entre eux vont s'orienter vers les MAC pour la gestion de ces symptômes.

Un des principaux bénéfices retenus dans notre méta-synthèse est l'effet positif des MAC sur les symptômes de la pathologie traitée. A ce titre, certaines études quantitatives essaient même

de chiffrer ce bénéfice. Au Japon, une étude rapporte environ 75% d'efficacité des MAC, sans pour autant préciser ni le type de MAC, ni les pathologies concernées (52). Cette recherche de bénéfice sur les symptômes aboutit le plus souvent à une utilisation complémentaire plutôt qu'à une utilisation exclusive des MAC par rapport aux soins conventionnels, l'usage exclusif des MAC semblant plus rare. En Norvège, une enquête menée en 2007 sur près de 55 000 personnes dans la population générale montre que l'usage exclusif des MAC reste rare (1,5%) (58).

Vingt-et-un articles sur les 25 recensés pour notre étude explorent des pathologies chroniques précises avec une symptomatologie variée en fonction des pathologies. Cependant, nous pouvons retenir que la douleur est un symptôme prépondérant que ce soit de la pathologie chronique elle-même ou d'une maladie adjacente. Plusieurs de ces études montrent un effet positif sur ce symptôme et une baisse de prise médicamenteuse est fréquemment rapportée.

La diminution de prise médicamenteuse est ainsi un bénéfice mentionné parmi les études ; elle s'inscrit dans une recherche de mieux-être et d'une médecine considérée comme plus naturelle. On retrouve notamment cette quête de médecine plus douce chez les patients atteints de pathologies chroniques, avec des traitements au long cours qui présentent des effets secondaires fréquents tels que les biomédicaments pour la SEP (45) ou les corticothérapies pour l'asthme (21). Pour ces deux exemples cités, les patients recherchent une alternative à ces traitements au travers des MAC plutôt qu'une aide complémentaire pour gérer les effets secondaires.

b. Contrôle de soi et de sa maladie

Parmi les bénéfices éprouvés par les patients ayant eu recours aux MAC, la quête de contrôle de soi et ainsi, du contrôle de la maladie, était évoqué dans plusieurs des études analysées.

Ce bénéfice est souvent décrit dans les études chez les patients asthmatiques ou atteints de pathologies chroniques respiratoires. Beaucoup d'entre eux ont recours à des pratiques

alternatives ou complémentaires telles que le yoga, les exercices respiratoires Buteyko, la thérapie Bowen, etc. (21, 58).

Cette volonté d'être actif dans sa prise en charge est également retrouvée dans les études réalisées chez des patients atteints de pathologies cancéreuses. Ainsi, dans cette étude américaine de Henderson et Donatelle en 2003, on a remarqué que sur 551 femmes atteintes de cancer du sein, la majorité avait le sentiment de mieux maîtriser leur maladie en étant utilisatrices d'une ou de plusieurs MAC. Ils ont en même temps conclu qu'un fort désir de contrôle de la maladie et de sa cause était un facteur favorisant la pratique d'une MAC (59).

Une autre étude conduite en Australie auprès de 151 usagers des thérapies alternatives et complémentaires, a montré que ces derniers y ont recours non seulement pour améliorer leurs symptômes mais aussi dans 54% des cas pour recueillir des conseils concernant des problèmes de santé généraux et 36% pour rechercher une meilleure compréhension de soi et ainsi bénéficier d'une perspective plus large de guérison. De plus, les patients ont décrit que la qualité de la relation avec leur praticien de MAC avait un impact sur l'observance et la continuité du traitement (60).

3. Inconvénients

Notre méta-synthèse recense assez peu de points négatifs à l'utilisation des MAC. Ceux retrouvés peuvent être classés en deux catégories : les effets secondaires des pratiques et les difficultés d'observance.

a. Les effets secondaires

Dans notre méta-synthèse, nous avons relevé des effets secondaires avec la pratique de l'acupuncture, du yoga et du Tai Chi. Une étude quantitative menée en Allemagne s'est aussi intéressée aux effets secondaires de la pratique du yoga. Sur 1702 utilisateurs interrogés, 10,2%

ont rapporté des effets secondaires. Le risque d'effets secondaires était plus grand chez les patients atteints de maladie chronique et chez ceux le pratiquant de manière autodidacte, sans supervision (61).

En revanche, notre méta-synthèse n'a pas révélé de mention du danger que peut représenter les MAC. Pourtant, il arrive que les MAC comportent certains risques liés à leurs pratiques elles-mêmes ou bien en rapport à la concurrence faite aux médecines conventionnelles. Cette concurrence peut malheureusement provoquer des retards de diagnostic ou de prise en charge de maladies ayant un mauvais pronostic telles que les cancers.

L'OMS dans son rapport 2014-2023 énumère ces différents risques :

- L'utilisation de produits de qualité médiocre, falsifiés ou contrefaits
- Des praticiens non qualifiés
- Un diagnostic tardif avec non-utilisation des traitements conventionnels
- Des interactions thérapeutiques indésirables
- Une information trompeuse ou non fiable pouvant conduire à des conséquences thérapeutiques graves avec un retentissement direct sur la santé du patient.

Dans la littérature, on retrouve énormément d'enquêtes sur le sujet notamment réalisées par des ostéopathes. Celle publiée par le conseil pluridisciplinaire pour l'encadrement des risques liés à l'exercice de l'ostéopathie, cite la dissection artérielle vertébro-basilaire comme la conséquence la plus grave. Les études se contredisent néanmoins quant à la relation avec les manipulations cervicales. Des accidents moins graves sont également mentionnés dans le cadre des complications ostéoarticulaires : hernies discales cervicales, fractures, luxations, entorses. Une démarche diagnostique est indispensable pour détecter les situations et les personnes à risques afin d'éviter ces désagréments (62).

Le manque d'encadrement des formations des plusieurs MAC aboutit à l'émergence de certains « charlatans » qui profitent allégrement de la situation de faiblesse de patients prêts à tout pour trouver des solutions de guérison. Ils sont un des principaux arguments des militants contre les MAC et entachent les potentiels bénéfiques de leur pratique.

En somme, afin de limiter les risques inhérents à ces pratiques, il nous semble nécessaire que les formations et la pratique des MAC soient correctement encadrées d'un point de vue juridique et réglementaire et que les patients bénéficient d'un accompagnement voire d'un encadrement par un professionnel de santé agréé.

b. Les difficultés d'observance

Notre méta-synthèse a mis en avant 2 types frein à l'observance de la pratique des MAC : d'une part, leur coût financier et d'autre part, le temps qu'elles requièrent.

Actuellement en France, le système de santé permet le remboursement de soins conventionnels et les pathologies chroniques sont parmi les plus grosses dépenses de ce système alors que la plus grande majorité des soins non conventionnels restent à la charge intégrale du patient. En effet, de nombreuses pathologies chroniques sont répertoriées en tant qu'Affection Longue Durée (ALD). Elles concernent les patients atteints d'une forme grave d'une maladie, ou d'une forme évolutive ou invalidante d'une maladie grave, qui demandent un traitement d'une durée prévisible supérieure à 6 mois avec une thérapeutique particulièrement coûteuse. Ces pathologies donnent lieu à une prise en charge financière particulière par la sécurité sociale, elles sont dites « exonérantes », c'est-à-dire que les patients atteints par ces pathologies n'ont pas à avancer le coût des soins en rapport avec leur pathologie reconnue, ces derniers étant pris en charge à 100% par la Sécurité Sociale (63).

Le nombre de patients rejoignant le dispositif est en constante augmentation. Pour la seule année 2018, 1,5 million de nouveaux patients ont rejoint le dispositif d'ALD. Parmi ces

malades, certains souffrent de plusieurs affections ; c'est pourquoi, on compte une moyenne de 1,3 ALD par bénéficiaire. Et un tiers des patients vivent sous ce régime depuis dix ans et plus (64).

En 2004, le remboursement annuel moyen par personne en ALD était de 7 068 € (65)

Ces pathologies chroniques peuvent également représenter un coût, par rapport aux arrêts maladie qu'elles engendrent. Une étude en Allemagne a été menée sur des patients atteints de pathologie chronique qui ont pu bénéficier de thérapies alternatives et complémentaires. On constate qu'une baisse du nombre de jours moyen d'arrêt de travail a pu être enregistrée à la suite de cette intervention, passant de 31 à 24 jours par an (66).

Selon les résultats de notre étude et les données de la littérature, les MAC améliorent la qualité de vie des patients, permettent une amélioration des symptômes et même la diminution de prise de certains médicaments. Cela peut aboutir à une sollicitation moins importante des soins conventionnels, parfois onéreux, et présentant des effets secondaires, engendrant de surcroît de nouveaux frais. Face à ce constat, il nous paraît opportun de mener une réflexion sur le remboursement de certains de ces soins favorisant par conséquent la diminution du coût social de ces pathologies longue durée et garantissant une prise en charge globale pour les patients ne pouvant y avoir accès pour raison financière.

4. MAC et médecine générale : les attentes des patients

a. Difficultés de dialogues avec leur médecin traitant

En France, la place du médecin généraliste a une place très particulière. En plus d'être le médecin de proximité, il est aujourd'hui au cœur de la prise en charge des patients. Notre système de santé a adopté en 2004 la réforme du « médecin traitant » qui coordonne le parcours de soins des patients. Les patients ont le libre choix de son médecin traitant. Ils désignent dans

99,5% des cas leur médecin généraliste. Celui-ci devient alors le chef d'orchestre de la prise en charge globale de ses patients et cela est d'autant plus le cas pour les patients atteints de maladie chronique, qui nécessitent les soins de différents spécialistes. Pour avoir accès à ces spécialistes, le passage chez le médecin traitant est, le plus souvent, nécessaire. Les patients ne passant pas au préalable chez leur médecin traitant ont une pénalité de remboursement des soins. Ce système de « médecin traitant » a permis de réelles améliorations sur différents plans : la prévention de la iatrogénie médicamenteuse, la couverture vaccinale et le dépistage des cancers (67).

Mais l'accès aux MAC échappe totalement au contrôle du médecin traitant. Une très grande partie des patients montre même une réticence à évoquer l'usage de ses thérapies avec leur médecin généraliste ; on estime que cela concerne plus d'un patient sur deux en moyenne (47, 51, 68, 69). De plus, les patients se sentiraient moins à l'aise à parler de ces pratiques lorsqu'ils souffrent de pathologie chronique (70).

Même si beaucoup de patients ne communiquent pas à leur médecin l'utilisation des MAC, la moitié des patients attend des conseils de la part de leur médecin traitant (56). Mais pour que cela soit possible, il faut que les médecins connaissent ces pratiques alors que plusieurs d'entre elles sont controversées en France, telle que l'homéopathie qui a connu une vaste polémique de remboursement ces dernières années. Le cursus médical en France n'inclut que très peu de formation sur les différentes pratiques existantes.

De plus, il serait nécessaire d'avoir des recommandations établies afin d'obtenir une prise en charge consensuelle et sécurisée. Nous pourrions prendre exemple sur certains pays tel que l'Australie. Une étude réalisée dans ce pays a pris l'exemple du diabète de type 2 et des maladies cardio-vasculaires afin de recenser les recommandations existantes et d'améliorer ainsi le dialogue médecin-patient pour mieux les orienter et répondre à leurs attentes concernant les soins de MAC. En effet, sur ces 2 pathologies, un total de 10 recommandations australiennes a

été analysé et 7 d'entre elles comprenaient des informations relatives aux MAC, 5 comprenaient des informations sur les avantages des MAC, 4 discutaient des risques et les interactions potentielles des MAC avec les médicaments conventionnels. Enfin 2 des recommandations encourageaient les généralistes à informer les patients des risques liés à l'utilisation des MAC et 4 autres à les informer des avantages de celles-ci (69).

Les patients atteints de pathologies chroniques sont souvent en lien avec différents intervenants dans leur prise en charge : médecin généraliste, spécialiste, paramédicaux (infirmier, kinésithérapeute, ergothérapeute, etc.). Cette prise en charge multidisciplinaire nécessite d'établir un dialogue entre chaque intervenant pour que celle-ci soit optimale et sécurisée. Le médecin traitant est au cœur de ce dialogue qui reste cependant très rare entre les praticiens des MAC et l'équipe de soins conventionnels. Des progrès restent à faire sur cette question.

b. Le paradoxe des compétences du médecin généraliste vs. les attentes du patient

Un élément qui nous a paru également troublant au cours de cette méta-synthèse, concerne l'un des bénéfices recherchés par les patients lorsqu'ils ont recours aux MAC. Outre l'amélioration des symptômes et le contrôle de leur maladie, les patients interrogés ont très souvent mentionné le besoin d'une « approche globale » par leur soignant.

D'après les entretiens réalisés dans les études de notre méta-synthèse, les patients attendent de leur médecin : des explications sur leur maladie ou leurs symptômes pour leur permettre une compréhension plus fine de leur pathologie ; un thérapeute qui prend également le temps dans l'écoute et l'empathie ; ainsi qu'une sensation d'être pris en compte dans son intégralité et non pas uniquement sur la pathologie traitée.

Ces attentes nous ont d'autant plus interpellé que « l'approche globale » et les « soins centrés sur la personne » sont des compétences inhérentes à la médecine générale, telles que décrites

par la WONCA Europe en 2002 (71), et reprises ensuite dans la marguerite des compétences du Collège des Généralistes Enseignants (*Annexe 2*).

Nous n'avons pas vu, au cours de notre méta-synthèse, d'explications sur le fait que certains patients éprouvent un manque par rapport à ces attentes dans la médecine conventionnelle. Pourtant, pour que le médecin généraliste reste le pivot central dans la prise en charge de son patient, il nous paraît nécessaire de nous questionner sur ce que nous apportons à nos patients et ce qui conduit certains à rechercher d'autres thérapeutes pour combler un manque. Il pourrait être intéressant de creuser la question des attentes du patient, en comparaison avec ce que le médecin pense fournir, afin de mieux comprendre pourquoi certains patients ressentent un manque dans l'approche globale et le soin centré patient en médecine générale.

Une meilleure compréhension de cela nous permettrait de mieux accompagner nos patients et diminuerait les risques mentionnés précédemment, notamment en ce qui concerne le recours des patients à certains thérapeutes mal formés voire mal intentionnés.

5. Forces et limites de l'étude

a. Les limites

Notre étude a deux principales limites.

La première est qu'aucune étude recensée n'a été réalisée en France. C'est pourquoi, il est difficile d'extrapoler les résultats obtenus de notre étude à la situation de notre pays, d'autant plus que nous avons pu voir que le recours aux MAC est très dépendant des cultures propres à chaque pays. Cependant, la majorité de ces études sont réalisées au sein des populations occidentales et les thérapies conventionnelles proposées sont similaires.

Ensuite, les études recensées dans notre méta-synthèse sont nécessairement toutes « qualitatives » et n'ont pas vocation à avoir une significativité statistique, puisqu'elles portent

sur un faible nombre de participants et recherchent l'exhaustivité des avis avant leur représentativité au sein de la population. Cependant, parmi les bénéfices qui ressortent de notre méta-synthèse, plusieurs sont également évalués dans des études quantitatives de la littérature.

b. Les forces

Notre étude est une méta-synthèse qui a permis de regrouper les résultats de nombreuses études internationales qualitatives et permet un meilleur niveau de preuve scientifique.

Elle recense ainsi un grand nombre de pathologies chroniques et permet d'élargir la population étudiée. De même, elle permet l'étude d'un large répertoire de pratiques.

L'ensemble des avantages et inconvénients répertoriés dans cette étude nous donne ainsi des éléments supplémentaires pour envisager des études d'efficacité des MAC. Nous savons aujourd'hui que les patients y ont recours en grande partie pour améliorer leur qualité de vie. Ainsi, comme le préconise Gueguen et al., les résultats de notre méta-synthèse nous donnent des éléments pour utiliser de nouveaux critères de jugements dans les études d'efficacité des MAC, plus centrés sur les attentes des patients vis-à-vis de leur qualité de vie.

Conclusion

Le vieillissement de la population auquel nous assistons partout dans le monde et les progrès médicaux s'accompagnent d'une majoration des pathologies chroniques. Nous observons que les personnes en souffrant se tournent de plus en plus vers les MAC à la recherche de bénéfices que la médecine conventionnelle n'a pu leur apporter. Aussi les patients soulignent la recherche d'une approche globale de leur personne et de leur pathologie. Cependant ces pratiques peuvent présenter des inconvénients, relevés en partie par l'OMS : effets secondaires, danger de certaines pratiques, difficultés d'accès. Face à cet intérêt grandissant pour les MAC nous

pourrions envisager une meilleure formation des praticiens à celles-ci pour mieux encadrer les patients dans leur pratique. De plus certains bénéfices recherchés par les patients dans les MAC pourraient trouver réponse au sein de la médecine conventionnelle et dans ce cas une réflexion sur nos pratiques reste à mener.

Bibliographie

1. Frass, M., Strassl, R.P., Friehs, H., et al. (2012) Use and acceptance of complementary and alternative medicine among the general population and medical personnel: a systematic review. *Ochsner J.*, 12, 45–5
2. OMS. Stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle pour 2014-2023. WHO. 2013 août 1 (page consultée le 03/01/2021). Disponibilité sur internet : www.who.int/publications/list/traditional_medicine_strategy/fr
3. Kyu HH, Abate D, Abate KH, Abay SM, Abbafati C, Abbasi N, et al. Global, regional, and national disability-adjusted life-years (DALYs) for 359 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE) for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet*. nov 2018;392(10159):1859-922.
4. Mutualité Française / Maladies chroniques. Disponibilité sur internet : <https://www.mutualite.fr/actualites/maladies-chroniques-touchent-10-millions-de-francais/>
5. Ameli. Effectif, prévalence et caractéristiques des bénéficiaires d'une ALD en 2018. (page consultée le 20/01/2021). Disponibilité internet : <https://www.ameli.fr/1-assurance-maladie/statistiques-et-publications/donnees-statistiques/affection-de-longue-duree-ald/prevalence/prevalence-des-ald-en-2018.php>
6. OMS. OMS / Thèmes de la santé / Maladies chroniques. (page consultée le 03/01/2021). Disponibilité sur internet : https://www.who.int/topics/chronic_diseases/fr/
7. Ministère des solidarités et de la santé / Les pratiques non conventionnelles (page consultée le 03/09/2020). Disponibilité internet : <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/qualite-des-soins-et-pratiques/securite/article/les-pratiques-de-soins-non-conventionnelles>
8. Annexe 2 LISTE MeSH DES THÉRAPIES COMPLÉMENTAIRES dans le rapport de l'académie de médecine : <http://www.academie-medecine.fr/wp-content/uploads/2013/07/4.rapport-Th%C3%A9rapies-compl%C3%A9mentaires1.pdf>
9. Centre d'analyse stratégique. Quelle réponse des pouvoirs publics à l'engouement pour les médecines non conventionnelles ? 2012 Oct. La note d'analyse no 290
10. Conseil national de l'ordre des médecins. Quelle place pour les médecines complémentaires ? 23 Juil. 2015 (page consultée le 21/01/2021). Disponibilité sur internet : www.conseilnational.medecin.fr
11. Barnes, P.M., Bloom, B., and Nahin, R.L. (2008) Complementary and alternative medicine use among adults and children: United States, 2007. *Natl. Health Stat. Rep.*, 12, 1–23
12. Pumthong et al., « Complementary and Alternative Medicines for Diabetes Mellitus Management in ASEAN Countries ». *Complementary Therapies in Medicine* 23, n° 4 (août 2015): 617-25. <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2015.01.016>.
13. Fagon JY, Viens-Bitker C. Médecines complémentaires à l'assistance publique-Hôpitaux de Paris. 2012 Mars. Rapport de l'assistance publique Hôpitaux de Paris
14. Dipalma M. Scotte F. Mayeur D. Les soins de support Définition et organisation pratique des soins de support en cancérologie. 2008. *Bulletin infirmier du cancer* vol 8 n1

15. Litscher G, Wenzel G, Niederwieser G, Schwarz G. Effects of Qi Gong on brain function. *Neurol Res* 2001;23(5):501—5.
16. World Health Organization (WHO). *Acupuncture: review and analysis of reports on controlled clinical trials*. Cervia, Italy: WHO; 2003.
17. Kooreman P., Baars E.W. Patients whose GP knows complementary medicine tend to have lower costs and live longer. *European Journal of Health Economics*, 2012, 13(6), pp. 769-776.
18. Thomas, James, et Angela Harden. « Methods for the Thematic Synthesis of Qualitative Research in Systematic Reviews ». *BMC Medical Research Methodology* 8, n° 1 (décembre 2008): 45. <https://doi.org/10.1186/1471-2288-8-45>.
19. Beaucher, Vincent. « Étude comparative de la métasynthèse et de la méta-analyse qualitative », s. d., 20.
20. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES). *Guide d'analyse de la littérature et gradation des recommandations*. janvier 2000 [Internet]. [cité 12 juin 2014]. Disponible sur : <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/analiterat.pdf>
21. Shaw A, Thompson EA, Sharp D. Complementary therapy use by patients and parents of children with asthma and the implications for NHS care: a qualitative study. *BMC Health Serv Res*. déc 2006;6(1):76.
22. Bruce D, Brady JP, Foster E, Shattell M. Preferences for Medical Marijuana over Prescription Medications Among Persons Living with Chronic Conditions: Alternative, Complementary, and Tapering Uses. *J Altern Complement Med*. févr 2018;24(2):146-53.
23. Lee EJ, Warden S. A Qualitative Study of Quality of Life and the Experience of Complementary and Alternative Medicine in Korean Women With Constipation: *Gastroenterol Nurs*. 2011;34(2):118-27.
24. Brien SB, Leydon GM, Lewith G. Homeopathy enables rheumatoid arthritis patients to cope with their chronic ill health: A qualitative study of patient's perceptions of the homeopathic consultation. *Patient Educ Couns*. déc 2012;89(3):507-16.
25. Liang Y, Gong D. Acupuncture for chronic pelvic inflammatory disease: a qualitative study of patients' insistence on treatment. *BMC Complement Altern Med*. déc 2014;14(1):345.
26. Stomski NJ, Mackintosh SF, Stanley M. The Experience of Acupuncture Care from the Perspective of People with Chronic Low Back Pain: A Grounded Theory Study. *Acupunct Med*. août 2014;32(4):333-9.
27. Vennberg Karlsson J, Patel H, Premberg A. Experiences of health after dietary changes in endometriosis: a qualitative interview study. *BMJ Open*. févr 2020;10(2):e032321.
28. Skingley A, Clift S, Hurley S, Price S, Stephens L. Community singing groups for people with chronic obstructive pulmonary disease: participant perspectives. *Perspect Public Health*. janv 2018;138(1):66-75.
29. Papp ME, Henriques M, Biguet G, Wändell PE, Nygren-Bonnier M. Experiences of hatha yogic exercises among patients with obstructive pulmonary diseases: A qualitative study. *J Bodyw Mov Ther*. oct 2018;22(4):896-903.

30. Freidin B, Timmermans S. Complementary and Alternative Medicine for Children's Asthma: Satisfaction, Care Provider Responsiveness, and Networks of Care. *Qual Health Res.* janv 2008;18(1):43-55.
31. Pumthong G, Nathason A, Tuseewan M, Pinthong P, Klangprapun S, Thepsuriyanon D, et al. Complementary and alternative medicines for diabetes mellitus management in ASEAN countries. *Complement Ther Med.* août 2015;23(4):617-25.
32. Paterson C, Britten N. Acupuncture for People with Chronic Illness: Combining Qualitative and Quantitative Outcome Assessment. *J Altern Complement Med.* oct 2003;9(5):671-81.
33. Santana M-J, S-Parrilla J, Mirus J, Loadman MA, Lien DC, Feeny D. An Assessment of the Effects of Iyengar Yoga Practice on the Health-Related Quality of Life of Patients with Chronic Respiratory Diseases: A Pilot Study. *Can Respir J.* 2013;20(2):e17-23.
34. Uhlig T, Fongen C, Steen E, Christie A, Ødegård S. Exploring Tai Chi in rheumatoid arthritis: a quantitative and qualitative study. *BMC Musculoskelet Disord.* déc 2010;11(1):43.
35. Pascale C-M, Schaeff CM. Juniper Subtle Energy Healing: A Case Study. *EXPLORE.* nov 2018;14(6):424-9.
36. Paterson C, Unwin J, Joire D. Outcomes of traditional Chinese medicine (traditional acupuncture) treatment for people with long-term conditions. *Complement Ther Clin Pract.* févr 2010;16(1):3-9.
37. Kinser PA, Elswick RK, Kornstein S. Potential Long-Term Effects of a Mind-Body Intervention for Women With Major Depressive Disorder: Sustained Mental Health Improvements With a Pilot Yoga Intervention. *Arch Psychiatr Nurs.* déc 2014;28(6):377-83.
38. Barley EA, Robinson S, Sikorski J. Primary-care based participatory rehabilitation: users' views of a horticultural and arts project. *Br J Gen Pract.* févr 2012;62(595):e127-34.
39. Siu JY, Sung H, Lee W. Qigong practice among chronically ill patients during the SARS outbreak. *J Clin Nurs.* avr 2007;16(4):769-76.
40. Paterson C, Britten N. Acupuncture as a Complex Intervention: A Holistic Model. :13.
41. Evans S, Moieni M, Taub R, Subramanian SK, Tsao JCI, Sternlieb B, et al. Iyengar Yoga for Young Adults with Rheumatoid Arthritis: Results From a Mixed-Methods Pilot Study. *J Pain Symptom Manage.* mai 2010;39(5):904-13.
42. Majumdar M, Grossman P, Dietz-Waschkowski B, Kersig S, Walach H. Does Mindfulness Meditation Contribute to Health? Outcome Evaluation of a German Sample. *J Altern Complement Med.* déc 2002;8(6):719-30.
43. Bendelow GA, Williams SJ. The end of the road? Lay views on a pain-relief clinic. *Soc Sci Med.* oct 1996;43(7):1127-36.
44. Galantino ML, Shepard K, Krafft L, LaPerriere A, Ducette J, Sorbello A, et al. The Effect of Group Aerobic Exercise and *T'ai Chi* on Functional Outcomes and Quality of Life for Persons Living with Acquired Immunodeficiency Syndrome. *J Altern Complement Med.* déc 2005;11(6):1085-92.
45. Skovgaard L, Nicolajsen PH, Pedersen E, Kant M, Fredrikson S, Verhoef M, et al. Use of Complementary and Alternative Medicine among People with Multiple Sclerosis in the Nordic Countries. *Autoimmune Dis.* :13.

46. Steinsbekk A, Rise MB, Johnsen R. Changes among male and female visitors to practitioners of complementary and alternative medicine in a large adult Norwegian population from 1997 to 2008 (The HUNT studies). *BMC Complement Altern Med.* déc 2011;11(1):61.
47. Akinci AC, Zengin N, Yildiz H, Sener E, Gunaydin B. The complementary and alternative medicine use among asthma and chronic obstructive pulmonary disease patients in the southern region of Turkey: Complementary medicine in lung diseases. *Int J Nurs Pract.* déc 2011;17(6):571-82.
48. Saydah SH, Eberhardt M. Use of complementary and alternative medicine among adult with chronic diseases United States 2002 - 2006 Oct. 11. *The journal of alternative and complementary medicine* vol. 12 No 8
49. Hasan SS, Ahmed SI, Bukhari NI, Loon WC. Use of complementary and alternative medicine among patients with chronic diseases at outpatient clinics. 2009 Aug ; *Complémentary Thérapie in clinical Practice* volume issue 3 page 152-157
50. Ayele AA, Tegegn HG, Haile KT, Belachew SA, Mersha AG, Erku DA. Complementary and alternative medicine use among elderly patients living with chronic diseases in a teaching hospital in Ethiopia. *Complement Ther Med.* déc 2017;35:115-9.
51. Yen L, Jowsey T, McRae IS. Consultations with complementary and alternative medicine practitioners by older Australians: results from a national survey. *BMC Complement Altern Med.* déc 2013;13(1):73
52. Hori S, Mihaylov I, Vasconcelos JC, McCoubrie M. Patterns of complementary and alternative medicine use amongst outpatients in Tokyo, Japan. *BMC Complement Altern Med.* déc 2008;8(1):14.
53. Singh A, Dixit S. A study on the motivation of Indian patients to consult complementary and alternative medicine practitioners to treat coronary artery disease. *Int J Health Plann Manage.* mars 2021;36(2):423-41.
54. Les Français et les médicaments. Enquête d'opinion réalisée par l'institut de sondage CSA. 2011.
55. Thorne S, Paterson B, Russell C, Schultz A. Complementary/alternative medicine in chronic illness as informed self-care decision making. *Int J Nurs Stud.* sept 2002;39(7):671-83.
56. Sirois FM. Provider-based complementary and alternative medicine use among three chronic illness groups: Associations with psychosocial factors and concurrent use of conventional health-care services. *Complement Ther Med.* avr 2008;16(2):73-80.
57. Sirois FM. Treatment Seeking and Experience with Complementary/Alternative Medicine: A Continuum of Choice. *J Altern Complement Med.* avr 2002;8(2):127-34.
58. Steinsbekk A, Adams J, Sibbritt D, Jacobsen G, Johnsen R. The profiles of adults who consult alternative health practitioners and/or general practitioners. *Scand J Prim Health Care.* janv 2007;25(2):86-92.
59. Henderson JW, Donatelle RJ. The relationship between cancer locus of control and complementary and alternative medicine use by women diagnosed with breast cancer. 2003 Jan-Feb. *Psycho-oncology.* Page 59-67.

60. D'Crus A, Wilkinson JM. Reasons for Choosing and Complying with Complementary Health Care: An In-House Study on a South Australian Clinic. *J Altern Complement Med.* déc 2005;11(6):1107-12
61. Cramer H, Quinker D, Schumann D, Wardle J, Dobos G, Lauche R. Adverse effects of yoga: a national cross-sectional survey. *BMC Complement Altern Med.* déc 2019;19(1):190.
62. Conseil Pluridisciplinaire pour l'encadrement du risque lié à l'exercice de l'ostéopathie. Analyse critique des risques attribués aux manipulations du rachis cervical et recommandations de bonnes pratiques. 2005 Fév.
63. Service Public France / Vos droits / ALD (page consultée le 06/01/2021). Disponibilité sur internet : <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F34068>
64. Ameli / Statistique et publications / Prévalence ALD (page consultée le 06/01/2021). Disponibilité sur internet : <https://www.ameli.fr/1-assurance-maladie/statistiques-et-publications/donnees-statistiques/affection-de-longue-duree-ald/prevalence/prevalence-des-ald-en-2018.php>
65. Point de repère n°3. Octobre 2006. Ameli
66. Moebus S, Lehmann N, Bödeker W, Jöckel K-H. An analysis of sickness absence in chronically ill patients receiving Complementary and Alternative Medicine: A longterm prospective intermittent study. *BMC Public Health.* déc 2006;6(1):28.
67. Assurance Maladie. Bilan médecin traitant. Point d'information de l'Assurance Maladie du 22 janvier 2009
68. Flaherty JH, Takahashi R, Teoh J, Kim JI, Habib S, Ito M, Matsushita S: Use of alternative therapies in older outpatients in the United States and Japan: prevalence, reporting patterns, and perceived effectiveness. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2001, 56(10):M650-655.
69. Team V, Canaway R, Manderson L. Integration of complementary and alternative medicine information and advice in chronic disease management guidelines. *Aust J Prim Health.* 2011;17(2):142.
70. Avila C, Grace S, Bradbury J. How do patients integrate complementary medicine with mainstream healthcare? A survey of patients' perspectives. *Complement Ther Med.* mars 2020;49:102317.
71. Allen DJ, Heyrman PJ. et une description des compétences fondamentales du médecin généraliste - médecin de famille. :52.
72. Gueguen J, Hill C, Barry C. Complementary Medicines. In: Balakrishnan N, Colton T, Everitt B, Piegorsch W, Ruggeri F, Teugels JL, éditeurs. *Wiley StatsRef: Statistics Reference Online* [Internet]. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2015 [cité 5 avr 2021]. p. 1-13. Disponible sur: <http://doi.wiley.com/10.1002/9781118445112.stat05556.pub2>

ANNEXES

Annexe 1 : Articles étudiés

Référence de l'article et pays	Population étudiée	Critères de jugement	Méthode	MAC pratiquée
A Shaw, juin 2006, Bristol, Angleterre (21)	Patients asthmatiques n = 50	<p>Critère principal :</p> <p>Recueillir les raisons et moyen d'utilisation des MAC des patients et parents d'enfants asthmatique.</p> <p>Critères secondaires :</p> <p>Examiner l'expérience des patients et l'impact des MAC.</p> <p>Examiner l'implication de ces résultats pour l'ensemble de l'offre de soins de l'asthme au sein de la NHS</p>	Entretiens semi-structurés sur un échantillon de 22 adultes et 28 enfants avec leurs parents	<p>Acupuncture, Kinésiologie, Aromathérapie, Massage Bowen Thérapie Nutritionnelle</p> <p>Techniques respiratoires (Buteyko) Ostéopathie,</p> <p>Chiropraxie, Réflexologie,</p> <p>Relaxation Homéopathie, Visualisation/images guidées,</p> <p>Plantes médicinales, Yoga</p>
D Bruce, Février 2018, dispensaires à Chicago, USA (22)	Patients atteints de maladie chronique n = 30	<p>Critère principal :</p> <p>Description des approches de l'utilisation du cannabis médical par rapport au traitement conventionnel prescrit</p>	<p>Entretiens semi-structurés</p> <p>Quatre thèmes étudiés :</p> <p>La gestion des symptômes et les effets secondaires de leur pathologie.</p> <p>L'abord du sujet de l'utilisation du cannabis avec le médecin</p>	Cannabis médicinal

			Croyances concernant l'usage médicinal ou thérapeutique du cannabis Usage récréatif du cannabis	
E J Lee, Mars 2011, USA (23)	Femmes coréennes atteintes de constipation chronique n=10	Critère principal : Décrire l'expérience du recours aux MAC des patientes coréennes souffrant de constipation chronique	Entretiens semi-structurés guidé par 4 thèmes : Leur constipation La façon dont elle affecte leur qualité de vie Leur stratégie pour la soulager Leur expérience de la pratique des MAC pour y remédier	Phytothérapie, acupuncture, régimes particuliers, massage, moxibustion, acupressure, ventouses
S B Brien, Décembre 2012, Royaume-Uni (24)	Patients atteints de polyarthrite rhumatoïde n=16	Critère principal : Recherche des potentiels bénéfiques des consultations d'homéopathie chez les patients atteints de PR.	Entretiens réalisés au sein d'un essai clinique contrôlé randomisé homéopathie vs placebo des patients ayant bénéficié des 5 consultations d'homéopathie.	Homéopathie
Y Liang, Septembre 2014, Chine (25)	Femmes présentant une pathologie inflammatoire pelvienne	Critère de jugement principal : Recherche des raisons pour lesquelles les femmes atteintes de pathologie inflammatoire pelvienne poursuivent les séances d'acupuncture	Entretiens semi-structurés chez les patientes ayant bénéficié de minimum 2 séances d'acupuncture par semaine pendant 3 mois.	Acupuncture

	n=15			
N J Stomski, Août 2014, Australie) (26)	Patients atteints de lombalgies depuis plus de 3 mois n=11	Critère principal : Explorer l'expérience de l'acupuncture.	Entretiens menés auprès des patients ayant bénéficié d'une séance d'acupuncture pour leur lombalgie dans les 6 mois	Acupuncture
J Vennberg Karlsson, Février 2020, Suède (27)	Femmes souffrant d'endométriose n=12	Critère principal : explorer l'expérience des régimes alimentaires sur la santé des femmes atteintes d'endométriose	Entretiens semi-structurés. Patientes recrutées sur des forums internet	Régimes alimentaires
A Skingley, Janvier 2018, South London, Angleterre (28)	Patients BPCO n=37	Critère principal : explorer le points de vue des patients BPCO participant à un programme de chant pour une meilleure respiration	Entretiens des patients qui ont suivi le programme de chant durant 10 mois	Chant
M E Papp, Octobre 2018, Suède (29)	Patients BPCO n = 15	Critère principal : Explorer l'expérience d'une intervention de yoga chez les patients atteints de BPCO	Entretiens réalisés après 12 semaines de 2 séances de yoga par semaine	Yoga
B. Freidin, Janvier 2008, USA (30)	Enfants asthmatiques n=50	Critère principal : comprendre les motivations du recours aux MAC dans le traitement des enfants asthmatiques.	Entretiens réalisés auprès des mères des enfants asthmatiques	MAC non spécifique
G Pumthong, Août 2015, Thaïlande et Laos (31)	Patients atteints de diabète de type 2 n=15	Critère principal : Explorer l'expérience des patients et des praticiens ayant usage des MAC pour le diabète de type 2	Entretiens individuels ouverts des patients et des praticiens	Acupuncture, Phytothérapie, massage, gymnastique, ventouses, exercice physique

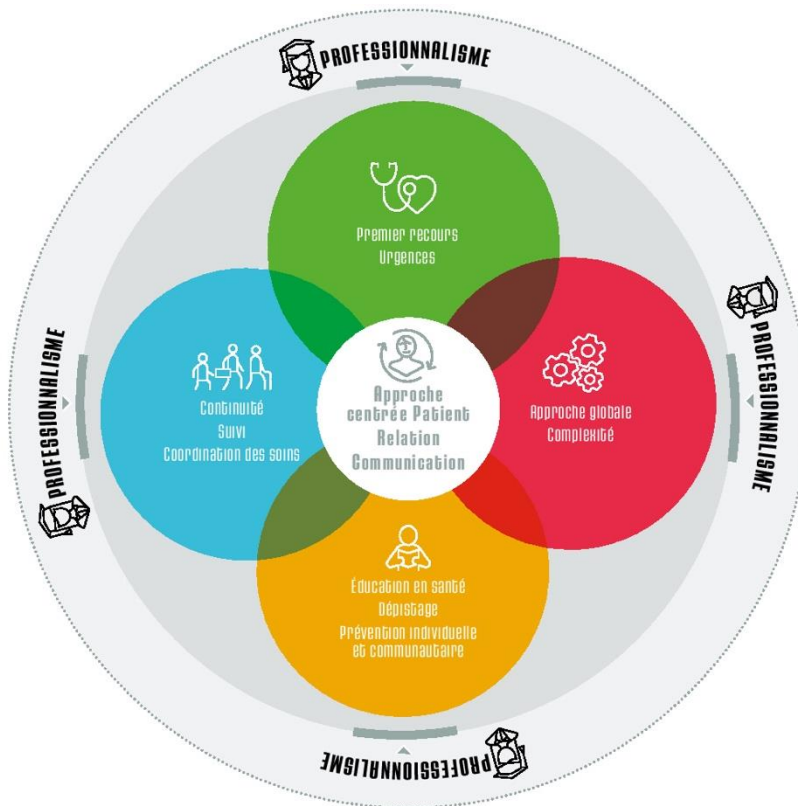
	Praticiens conventionnels et non conventionnels n=15			
C Paterson, Octobre 2003, Angleterre (32)	Patients atteints de pathologies chronique pratiquant l'acupuncture pour la première fois n=23	Critère principal : Recherche des bénéfices et inconvénients éprouvés par les patients ayant recours à l'acupuncture Critère secondaire : Dans quelle mesure les questionnaires subjectifs sur la santé (EuroQol 5D, COOP-WONCA charts et MYMOP2) peuvent mesurer les effets de ce traitement ?	Entretiens semi-structurés : 3 entretiens sur 6 mois. Avant chaque entretien les patients ont complété les questionnaires de santé (EuroQol 5D, COOP-WONCA charts et MYMOP2)	Acupuncture
M-J Santana, Mars-Avril 2013, Canada (33)	Patients atteints de pathologie respiratoire chronique (HTAP et BPCO) n=25	Critère principal : Evaluer les effets du programme de yoga Iyengar (PYI) sur les patients atteints d'une maladie respiratoire chronique	Partie qualitative de l'étude : Les patients ont inscrit les effets du PYI dans un journal de leur vie quotidienne	Yoga Iyengar
T Uhlig, Mars 2010, Diakonhjemmet Hospital, Oslo, Norvège (34)	Patients atteints de polyarthrite rhumatoïde (PR) n=15	Critère principal : Etudier l'impact des groupes de Tai Chi sur l'activité de la maladie, les capacités physiques, l'état de santé et l'expérience chez les patients atteints de PR	Partie qualitative de l'étude : Entretiens sous forme de groupe de discussion mené après un programme de 12	Tai Chi

			semaines de Tai Chi à raison de 2 séances par semaine.	
C-M Pascale, Novembre 2018, Juniper Integrative Clinic, Northern California, USA (35)	Patients atteints de LLC et de bronchopathie chronique n=2	Critère principal : Explorer la méditation bouddhiste chez 2 patients atteints de maladie chronique en phase terminale.	Etude de cas de 2 patients suivants la méditation Bouddhiste de Segyu Rinpoche	Méditation Bouddhiste de Segyu Rinpoche
C Paterson, Février 2010, Angleterre (36)	Patients atteints de pathologie chronique n=51	Critère principal : mesurer les effets de l'acupuncture chez les patients atteints de pathologie chronique (partie quantitative). Critère secondaire : Déterminer la faisabilité, l'acceptabilité et la réactivité au changement avant et après le traitement (partie qualitative).	Auto-questionnaires remis aux patients à 6 semaines et à 6 mois d'intervention d'acupuncture	Acupuncture
A Kinser, Décembre 2014, Virginie, USA (37)	Femmes présentant un épisode dépressif majeur n=27	Critère principal : Evaluer la faisabilité, l'acceptabilité et les effets d'une intervention de yoga au long cours chez les femmes présentant un état dépressif majeur.	Entretiens semi-structurés auprès des patientes ayant réalisé 1 an d'intervention de yoga	Yoga
E A Barley, Février 2012, Angleterre (38)	Patients atteints de troubles psychiatriques (majoritairement dépressifs) n=16	Critère principal : Explorer l'expérience de la rééducation des patients souffrant de troubles psychiatriques par l'activité horticole et artistique	Entretiens semi-structurés menés auprès des patients par deux des auteurs.	Activités horticoles et artistiques

J Y Siu, Avril 2007, Hong Kong (39)	Patients atteints de pathologie chronique (HTA, diabète, cardiopathie, problèmes ostéo-musculaires, cancers, néphropathie) n=30	Critère principal : Explorer les motivations et l'expérience de patients souffrant de maladie chronique pratiquant le Qi Gong durant l'épidémie de SARS en 2003	Entretiens semi-structurés	Qi Gong
C Paterson, Octobre 2004, Angleterre (40)	Patients atteint de pathologie chronique n=23	Critère principal : Evaluer l'expérience et les effets de l'acupuncture chez ces patients	Entretiens semi-structurés chez ces patients, 3 entretiens sur 6 mois	Acupuncture
S Evans, Mai 2010, USA (41)	Patients atteints de polyarthrite rhumatoïde n=8	Critère principal : Evaluer la faisabilité d'un programme de yoga Iyengar à un seul bras, d'une durée de 6 semaines pour de jeunes adultes atteints de PR	Entretiens individuels des patients après le programme de 6 semaines de yoga à raison de 2 sessions par semaine	Yoga Iyengar
M Majumdar, Décembre 2002, Allemagne (42)	Patients atteints de troubles chroniques (physique, psychologique ou psychosomatique) n=21	Critère principal : Examiner les effets d'un programme de méditation pleine conscience	Questionnaire à la fin des 8 semaines du programme de méditations suivi d'un entretien téléphonique puis d'un entretien individuel à 3 mois.	Méditation pleine conscience

G A Bendelow, Octobre 1996, Angleterre (43)	Patients souffrant de douleurs chroniques n=15	Critère principal : Décrire la relation du patient à sa douleur, leurs attentes et les réponses trouvées lors des consultations pour la gérer	Entretiens individuels	MAC non spécifique
M L Galantino, Décembre 2015, USA (44)	Patients séropositifs au VIH à stade avancé n=38	Critère principal : Déterminer les différences de qualité de vie chez les patients séropositifs pratiquant le Tai Chi par rapport aux exercices aérobiques	Essais contrôlés randomisés avec une partie d'étude qualitative. Recueil des données d'un journal avec des questions guidées, rempli par les participant après chaque séance.	Tai Chi
Skovgaard, 2014, Danemark (45)	Patients atteints de sclérose en plaque (SEP) n=17	Critère principal : Comprendre le choix exclusif des MAC des patients atteints de SEP	Entretiens semi-structurés	MAC non spécifique

Annexe 2 : marguerite des compétences du Collège des Généralistes Enseignants



Référentiel métier et compétences des médecins généralistes

Cette marguerite représente les **6 compétences principales** de la spécialité médecine générale.

Chaque cercle illustre les ressources nécessaires à mobiliser pour son exercice. La spécialité médecine générale est une discipline centrée sur la personne qui s'appuie sur trois dimensions fondamentales : scientifique, comportementale et contextuelle.



SOURCE : d'après C. ATTALI, P. BAIL, et al.
groupe « niveaux de compétences » du CNGE

Conception graphique : jk.anna-kara.fr

Résumé

Contexte : Les patients atteints de pathologies chroniques sont de plus en plus nombreux en raison du vieillissement de la population et des progrès médicaux. Leurs traitements sont longs et peuvent avoir des effets secondaires. Ces patients montrent un intérêt grandissant pour les médecines alternatives et complémentaires (MAC). Ils les utilisent en complément ou à la place des soins conventionnels.

L'objectif de notre étude est de rechercher les bénéfices et inconvénients perçus par ces patients vis-à-vis des MAC.

Méthode : Une méta-synthèse des articles issus d'études qualitatives, menées auprès de patients atteints de pathologies chroniques et ayant eu recours aux MAC a été effectuée dans les bases de données Medline et PsychInfo en septembre 2020. Les articles ont été inclus dans l'étude après double lecture.

Résultats : L'équation de recherche a identifié 186 références et 25 articles ont été retenus pour la méta-synthèse.

Trois catégories de bénéfices ont été mises en évidence : une amélioration des symptômes ; une approche globale de la personne et de sa pathologie ; la conscience et le contrôle de soi.

Les inconvénients sont de deux types : les effets négatifs des pratiques elles-mêmes et les difficultés d'accès et d'observance.

Discussion : Les patients se tournent vers les MAC en quête de soins qu'ils ne retrouvent pas dans les thérapies conventionnelles. Certains des avantages recherchés par les patients sont parmi les compétences du médecin généraliste. Informer les médecins généralistes sur les bénéfices recherchés par les patients faciliterait l'alliance thérapeutique et leur prise en charge. En outre, les patients expriment des bénéfices suite à l'usage de ces thérapies mais leur accès peut être limité pour des raisons financières. Dans les cas où cela n'entrave pas la qualité des soins du patient et peut améliorer sa condition, une réflexion sur le remboursement de certains de ces soins pourrait être envisagée.

Mots clés : revue de la littérature, méta-synthèse, thérapies complémentaires et alternatives, pathologies chroniques, patients.