

UNIVERSITÉ DE NANTES
FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 2013

N° 118

THÈSE

Pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

DES de Médecine Générale

Par

Alberique FLANDRIN MOUALLEM

Née le 16 février 1984 à Paris

Présentée et soutenue publiquement le 29 octobre 2013

**Perception des Médecines Alternatives et Complémentaires (MAC)
par les médecins généralistes par la méthode du Focus Group**

Président : Professeur Gérard DABOUIS

Directeur de thèse : Docteur Patrick DRÉNO

Membres du Jury : Professeur Jacqueline LACAILLE

Professeur Gilles BERRUT

Docteur Patrick DRÉNO

REMERCIEMENTS

Mes plus sincères remerciements aux membres du jury,

A Monsieur le Professeur Gérard Dabouis, qui m'a fait l'honneur de présider cette Thèse.

A Madame le Professeur Jacqueline Lacaille, qui m'a fait l'honneur de participer à ce Jury de Thèse.

A Monsieur le Professeur Gilles Berrut, qui m'a fait l'honneur de participer à ce Jury de Thèse.

A mon directeur de thèse, le Docteur Patrick Dréno, pour m'avoir guidée et pour l'intérêt qu'il a porté à mon travail.

A mes parents sans qui je ne serais rien.

A mon mari, pour son amour et pour le bonheur à venir.

A mon rayon de soleil Arthur et son futur petit frère.

A mon frère et ma sœur pour tous les moments de rire et de joie.

A toute ma famille.

A mes amis pour leurs chaleureuses présences en toutes circonstances

SERMENT MEDICAL

Au moment d'être admise 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.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu 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 déshonorée et méprisée si j'y manque.

LISTE DES ABRÉVIATIONS

MAC : Médecines Alternatives et Complémentaires

MC : Médecine Conventiionnelle

ANM : Académie Nationale de Médecine

MEP : Mode d'Exercice Particulier

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

CPAM: Caisse Primaire d'Assurance Maladie

HAS : Haute Autorité de Santé

MTR : Médecine Traditionnelle

DU : Diplôme Universitaire

DIU : Diplôme Inter- Universitaire

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	6
1 ÉTAT DES LIEUX DES MÉDECINES ALTERNATIVES ET COMPLÉMENTAIRES	7
1.1 DEFINITIONS	7
A.) Définitions	7
B.) Réflexions autour de ces définitions	9
C.) Listes et classification des thérapeutiques utilisées (1,4)	10
1.2 QUELQUES CHIFFRES	12
A.) Recours aux MAC	12
B.) Praticiens prestataires	14
C.) Coût et dépenses	15
1.3 LÉGISLATION	16
A.) L'OMS (1,3,18,19,20)	16
B.) La législation	18
C.) Le Conseil National de l'Ordre des Médecins (3,18)	21
D.) Académie nationale de Médecine (3,24)	22
E.) HAS	23
F.) Sécurité Sociale (27)	23
1.4 PRINCIPALES MAC ABORDÉES DANS CE TRAVAIL	24
A.) Acupuncture (24,28)	24
B.) Ostéopathie (24,29)	26
C.) L'homéopathie (30,31,32,33,34)	27
2 MÉTHODES	29
2.1 MÉTHODE DU FOCUS GROUP (35,36,37,38)	29
A.) Définition	29
B.) Historique	29
C.) Déroulement	30
D.) Avantages / Inconvénients	32
2.2 ORGANISATION DU FOCUS GROUP	34
A.) Choix de la méthode	34
B.) Recrutement des participants (voir annexes)	34
C.) Le guide d'entretien (voir annexes)	34
D.) Déroulement du Focus Group	35
3 RÉSULTATS ET ANALYSE	36
3.1 DESCRIPTION GROUPE	36
A.) Le nombre	36

B.)	Caractéristiques	36
3.2	VERBATIM	38
3.3	ANALYSE	39
A.)	Principe généraux de l'analyse (36, 39)	39
B.)	Thèmes des résultats.....	40
C.)	Tableau des résultats.....	48
4	DISCUSSION	61
4.1	SUR LA MÉTHODE	61
A.)	Les limites du focus group	61
B.)	Biais lié aux participants	61
C.)	Biais lié aux interventions de l'animateur	62
4.2	SUR LES RÉSULTATS	63
A.)	Des résultats attendus	63
B.)	Aspect discordant/différent avec les travaux effectués sur le même thème	75
C.)	Nouveaux éléments trouvés.....	79
D.)	Au total.....	80
5	CONCLUSION	81
6	BIBLIOGRAPHIE	83
7	ANNEXES	91
7.1	ANNEXE 1 : verbatim	91
7.2	ANNEXE 2 : discours introduction.....	120
7.3	ANNEXE 3 : Guide d'entretien	121
7.4	ANNEXE 4 : lettre recrutement des participants	126

INTRODUCTION

Les médecines alternatives et complémentaires (MAC) connaissent ces dernières années un essor important dans les pays développés et prennent de plus en plus de place dans la société mais surtout auprès des patients. Dans les pays en voie de développement les MAC et les médecines ancestrales ont toujours été utilisées et prennent toujours une place importante (1).

A l'heure actuelle, dans notre exercice en médecine générale, nous sommes de plus en plus confrontés à une demande des patients concernant une prescription d'homéopathie, d'ostéopathie, d'acupuncture ou des conseils sur les MAC et les personnes les pratiquant.

Les MAC sont mal connues des médecins français en général, le sujet étant peu abordé dans le cursus universitaire. De nos jours le médecin a un rôle central dans le parcours de soin des patients, il est indispensable que celui-ci soit à même de discuter et conseiller ses patients.

Indépendamment du caractère scientifique et de l'efficacité des MAC, l'objectif de cette étude était de faire un état des lieux de la perception que les médecins généralistes ont des médecines alternatives et complémentaires. Nous avons choisi de mener une réflexion sur l'existence de ces médecines, leur place au sein de la société, en explorant le comportement, les connaissances, les représentations, les croyances ainsi que les attentes et les besoins des médecins généralistes.

Nous avons choisi d'étudier plus particulièrement la perception des médecines alternatives et complémentaires de jeunes médecins, au début de leur carrière de généraliste, à l'aide de la méthode du Focus Group.

Dans la première partie, nous reviendrons sur les éléments importants des MAC, avec la définition générale, la législation, les chiffres du recours, et un rappel sur les trois MAC les plus fréquentes (acupuncture, homéopathie, ostéopathie).

La deuxième partie s'attachera à l'analyse des résultats en essayant d'extraire les points importants depuis l'entretien du focus group et en les comparant aux données existantes de la littérature.

1 ÉTAT DES LIEUX DES MÉDECINES ALTERNATIVES ET COMPLÉMENTAIRES

1.1 DÉFINITIONS

A.) Définitions

Nous définissons par médecine conventionnelle la médecine occidentale clinique et biologique, fondée sur une démarche scientifique systématique, appuyée sur des niveaux de preuves.

Plusieurs définitions des médecines non conventionnelles existent. Nous allons présenter les plus courantes. Actuellement en France aucun consensus n'est établi. (1,2,3)

Médecines naturelles : font intervenir tous les agents naturels et excluent l'utilisation de tout produit pharmaceutique, c'est-à-dire l'alimentation, les plantes, l'eau, les techniques manuelles, les réflexothérapies, etc...

Médecines douces : ne sont pas forcément naturelles, mais n'agressent pas le corps humain : homéopathie, phytothérapie, organothérapie, aromathérapie, etc...

Médecine traditionnelle : L'OMS définit la médecine traditionnelle comme comprenant « diverses pratiques, approches, connaissances et croyances sanitaires intégrant des médicaments à base de plantes, d'animaux et/ou de minéraux, des traitements spirituels, des techniques manuelles et exercices, appliqués seuls ou en association afin de maintenir le bien-être et traiter, diagnostiquer ou prévenir la maladie ».

Médecines parallèles : se situent en marge de la pensée allopathique officielle. Elles sont utilisées aussi bien par des médecins diplômés que par des praticiens non-médecins. Elles sont dites parallèles, car elles ont été rejetées par l'enseignement médical officiel.

Médecine alternative : désigne tout traitement non conventionnel dont la base théorique n'est pas congruente avec le modèle scientifique actuel. Son efficacité n'a pas été encore démontrée. « Médecines de remplacement »

Médecine intégrative : terme très répandu dans la littérature anglophone « intégrative medicine » ; permet quant à elle, d'intégrer les soins du corps, le psychisme, la spiritualité et l'environnement du patient.

Complementary and Alternative Medicine ou CAM est employé dans la littérature scientifique anglophone depuis le début du XXIème siècle; il englobe ainsi toutes formes de médecines ou thérapeutiques, complémentaires et/ou alternatives à la thérapeutique classique conventionnelle.

B.) Réflexions autour de ces définitions

En France, il n'existe pas de définition faisant l'unanimité.

En fait chaque pays semble s'être approprié une définition propre.

Ces difficultés de terminologie illustrent bien la confusion qui règne autour de ces techniques en France.

Etant donné la variété de définitions, il est important de proposer un langage commun. Dans cette optique, j'ai opté pour la terminologie suivante: j'utiliserai la notion de "médecines alternatives et complémentaires (MAC) " pour parler des "médecines parallèles, alternatives ou douces". En ce qui concerne la médecine académique, allopathique, j'utiliserai la notion de "médecine conventionnelle".

En effet le terme MAC me semble le plus approprié.

«Complémentaire» se réfère à une approche non traditionnelle par rapport à la médecine conventionnelle. Et "Alternative" se réfère à une approche à la place de la médecine conventionnelle. La médecine alternative véritable n'est pas commune. La plupart des gens utilisent des approches non traditionnelles avec des traitements conventionnels. Les frontières et les chevauchements de ces médecines sont parfois faibles.

De plus le terme médecine parallèle sous-entend une séparation entre deux conceptions différentes de la médecine fonctionnant indépendamment, comme deux lignes droites parallèles qui ne se rejoindront jamais, condamnant toute complémentarité.

C.) Listes et classification des thérapeutiques utilisées (1,4)

Quand on recense les approches complémentaires et parallèles, on constate qu'il en existe une grande variété. En effet, plus de 4000 pratiques ou disciplines ont été répertoriées. Pour s'y retrouver, la classification la plus courante a été élaborée par le National Center for Complementary and Alternative Medicine (NCCAM) des États-Unis, une agence des National Institutes of Health (NIH) créée en 1999.

Classification du NCCAM : (*The National Center for Complementary and Alternative Medicine. National Institutes of Health, U.S. Department of Health and Human Services. What is CAM? 2007. Site Internet: <http://nccam.nih.gov/health/whatiscam>*)

- Systemes médicaux parallèles : systèmes complets avec fondements théoriques et pratiques (homéopathie, naturopathie, médecine traditionnelle chinoise, Ayurveda, etc.)
- Approches corps- esprit : utilisation de l'esprit pour agir sur les mécanismes de guérison (groupes de soutien, méditation, prière, thérapie cognitivo-comportementale, art, musique, danse, etc.)
- Traitements à fondement biologique : utilisation de substances trouvées dans la nature (suppléments alimentaires, herbes, aliments thérapeutiques, vitamines, etc.)
- Systemes axés sur le corps et la manipulation : utilisation de la manipulation ou du mouvement d'une ou de plusieurs parties du corps (ostéopathie, chiropraxie, massothérapie, etc.)
- Traitements énergétiques : utilisation de l'énergie corporelle (Qi Gong, Reiki, bioélectromagnétisme, utilisation des champs énergétiques, etc.)

L'OMS a dénombré plus de 200 médecines complémentaires dans le monde.

La liste MeSH comporte 17 catégories de thérapies complémentaires utilisées en France :

Acupuncture (électroacupuncture, moxibustion)
Antroposophie
Auriculothérapie
Homéopathie
Médecine traditionnelle : africaine, arabe, ayurvédique, 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

Nous considèrerons dans cette thèse les trois MAC les plus utilisées et pratiquées par les médecins généralistes en Europe : soit l'acupuncture, l'homéopathie et l'ostéopathie. (5)

- Comme le confirme la thèse de Clarisse MAYER (6), qui a interrogé 521 patients dans la région parisienne, et qui ont cité par ordre de fréquence : l'ostéopathie (54%), l'homéopathie (53,5%) et l'acupuncture. (42,7%)

- Thèse de AIT'M HAMMED Moloud (7), publiée en 2012, intitulée : « évaluation du recours aux médecines complémentaire et alternatives en médecine générale dans le département de l'Oise ». Trois cents vingt patients de Médecine Générale ont été interrogés sur la base d'un questionnaire, un total de 34,1% de recours aux MAC dans l'échantillon patient a été retrouvé. On note que les utilisateurs de MAC ont recours principalement à l'homéopathie (49% des patients), l'ostéopathie (46%) et l'acupuncture (34%).

1.2 QUELQUES CHIFFRES

A.) Recours aux MAC

a.) Dans le monde (1)

L'usage de la Médecine traditionnelle (MTR) est très répandu et revêt une importance sanitaire et économique croissante. En Afrique, jusqu'à 80 % de la population utilise la MTR pour répondre à ses besoins de soins de santé. En Asie et en Amérique latine, les populations continuent d'utiliser la MTR en raison de circonstances historiques et convictions culturelles. En Chine, la MTR représente 40 % des soins de santé administrés. Dans le même temps, dans de nombreux pays développés, les MAC gagnent en popularité. Le pourcentage de population ayant utilisé les MAC au moins une fois se chiffre à 48 en Australie, 70 au Canada, 42 aux États- Unis, 38 en Belgique.

Dans de nombreuses parties du monde, les dépenses en MTR/MAC sont non seulement considérables mais en hausse rapide.

Dans de nombreux pays en voie de développement, la majorité de la population continue d'utiliser la MTR pour répondre à ses besoins primaires en matière de soins de santé. En fait, reconnaissant la contribution que peuvent apporter les MTR aux soins de santé primaires, plusieurs pays africains ont mis sur pied des programmes de formation visant à améliorer les compétences et les connaissances des médecins. Dans de nombreux pays asiatiques, la MTR continue d'être largement utilisée, même si l'allopathie est souvent facilement disponible. Au Japon, 60 à 70 % des allopathes prescrivent des médicaments « kampo » à leurs patients. En Malaisie, les formes traditionnelles de médecine malaise, chinoise et indienne sont très utilisées. En Chine, la MTR représente 40 % de tous les soins de santé administrés et est utilisée pour traiter approximativement 200 millions de patients chaque année. Pour l'Amérique latine, le bureau régional des Amériques de l'OMS rapporte que 71 % de la population du Chili et 40 % de la population de Colombie ont utilisé la MTR.

Dans de nombreux pays développés, certaines thérapies de MAC sont très populaires. Divers rapports gouvernementaux affirment que le pourcentage de la population ayant eu recours aux MAC est de 41 % en Australie, 49 % en France et 70 % au Canada. Une étude auprès de 610

médecins suisses montre que 46 % ont utilisé une forme de MAC, principalement l'homéopathie et l'acupuncture. Au Royaume-Uni, presque 40 % de tous les allopathes proposent une forme ou une autre de renvoi ou d'accès aux MAC. Aux États-Unis, une étude nationale traitée dans le Journal of the American Medical Association indiquait que le recours à, au moins, une des thérapies alternatives durant l'année précédente avait augmenté de 34 % en 1990 à 42 % en 1997. (8)

b.) En France

D'après le sondage IPSOS en 90, 39% de la population a déjà eu recours à l'homéopathie, 21% à l'acupuncture, 8% à la phytothérapie et 6% à l'ostéopathie. (9)

D'après le rapport de l'OMS de 2002, au moins 75% des français ont eu recours au moins une fois aux MAC. (1)

D'après le sondage IFOP en 2007, 39% des français ont eu recours à une MAC au cours des 12 derniers mois, 27% à l'homéopathie, 15% à l'ostéopathie et 5% à l'acupuncture. (10)

D'après le sondage IPSOS en 2012 : 56 % des Français utilisent des médicaments homéopathiques (par rapport aux précédentes mesures IPSOS : +3 points vs 2010 ; +17 points vs 2004) et 36 % des Français sont des utilisateurs réguliers de médicaments homéopathiques. (11)

La thèse de Maud GEESSEN, publiée en 2011, intitulée le recours des patients aux médecines non conventionnelles dans la région du Rhône-Alpes : étude quantitative par questionnaire de 473 patients. 66,2% des patients interrogés ont eu recours aux MAC. (12)

La thèse de Clarisse MAYER, publiée en 2010, a étudié le recours aux MAC parmi les patients de médecine générale à Paris, 521 patients ont été interrogés. Le taux de recours a été estimé à 42,6%. (6)

B.) Praticiens prestataires

a.) Dans le monde

L'article « complementary medicine in Europe » publié par Fisher, recense quelques chiffres sur le nombre de praticiens exerçant des MAC en Europe. En Angleterre, on recensait à l'époque 12,1 praticiens de MAC pour 100000 habitants, soit 27% du nombre des médecins généralistes. Aux Pays-Bas, 47 % des médecins généralistes utilisent au moins une MAC, dont 40% l'homéopathie, 9% la manipulation et 4% l'acupuncture. (13)

Selon le rapport de l'OMS de 2002, il existe 50000 acupuncteurs en Asie, 15000 en Europe et 120000 aux Etats- Unis. En Afrique sub-saharienne, les tradipraticiens sont plus nombreux que les allopathes, à raison de 100 tradipraticiens pour 1 allopathe. (1)

b.) En France

La Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM) décide dans les années 1970 de nommer médecin à exercice particulier tout médecin ayant un mode de diagnostic et/ou thérapeutique différent des médecins généralistes "traditionnels". Un médecin ayant un mode d'exercice particulier (MEP) est selon l'IRDES (14), un médecin dont la spécialité n'est pas reconnue comme telle par la Sécurité sociale, telles que l'acupuncture et l'homéopathie ou un médecin généraliste exerçant plusieurs disciplines pour lesquelles il a été qualifié. On peut ainsi distinguer parmi les omnipraticiens libéraux ceux qui exercent réellement une médecine générale (généraliste) de ceux qui pratiquent une médecine à « expertise » plus spécifique.

D'après les données de l'IRDES (15), en 2009 pour 54 663 spécialistes en exercice libéral, on dénombre 61 315 omnipraticiens à l'échelle nationale. Les généralistes représentent 87,5% des omnipraticiens. Le pourcentage de femmes est de 28,7% sur l'ensemble des omnipraticiens. La part des femmes dans la démographie médicale (omnipraticiens et spécialistes compris) est passée de 24,5 % en 1984 à 40,3 % en 2010. Selon l'IRDES, le nombre de médecins à mode d'exercice particulier (MEP) s'élève à 7 663 (soit 12,5% des omnipraticiens) parmi lesquels on peut comptabiliser 22% d'acupuncteurs et 21,9% d'homéopathes.

L'annuaire du CNOM recense (16,17)

Au 1er janvier 2013, le tableau de l'Ordre recense 91 539 médecins généralistes inscrits en activité régulière. 59% des médecins généralistes exercent leur activité en secteur libéral exclusif.

Au 1er juin 2011, la région Pays-de-la-Loire recense 9 257 médecins inscrits en activité régulière au tableau de l'Ordre des cinq départements. Le département de la Loire-Atlantique polarise 42,7% des effectifs. Au 1er juin 2011, 50,9% des médecins inscrits en activité régulière dans les départements de la région Pays-de-la-Loire exercent en mode d'exercice libéral.

Parmi les 2103 médecins exerçant la discipline de médecine générale, le site du CNOM dénombre, 36 médecins aux titres/orientations d'acupuncture mais seulement 12 possédant un DIU d'acupuncture, 59 aux titres/orientations d'homéopathie, et 36 médecins présentant un D.I.U. Médecine Manuelle et d'Ostéopathie.

C.) Coût et dépenses

Selon le rapport de l'OMS de 2002 (1), En Malaisie, on estime que 500 millions de \$US sont dépensés annuellement en MTR/MAC, en comparaison des 300 millions de \$US en allopathie. Aux États-Unis, les dépenses en 1997 pour les MAC étaient estimées à 2700 millions de \$US confirmé par l'étude de EISENBERG (8). Au Royaume-Uni, les dépenses annuelles en MAC sont estimées à 2 300 millions de \$US. Au Canada, il est estimé qu'un total de 2 400 millions de \$US ont été dépensés en 1997–1997 en MAC.

Le marché mondial des médicaments traditionnels à base de plantes est maintenant estimé à 60 000 millions de \$US. Aux États-Unis, les ventes de médicaments à base de plantes ont augmenté de 101 % dans les marchés principaux entre mai 1996 et mai 1998.

1.3 LÉGISLATION

A.) L'OMS (1,3,18,19,20)

a.) Le rôle actuel de l'OMS

La mission de l'OMS en matière de médicaments essentiels et de politique pharmaceutique est d'aider à sauver des vies, à améliorer la santé en comblant l'immense écart entre les possibilités offertes par les médicaments essentiels et le fait que pour des millions de personnes, particulièrement les pauvres et les désavantagés, les médicaments restent indisponibles, inabordables, dangereux ou incorrectement utilisés. L'OMS s'est intéressée aux MAC dans un souci économique d'accès aux soins. En terme de MAC, l'OMS exécute ses fonctions en :

- Facilitant l'intégration de la MAC aux systèmes nationaux de soins de santé en aidant les États Membres à développer leurs propres politiques nationales.
- Publiant des directives pour la MAC en développant et fournissant des normes nationales, directives techniques et méthodologies pour la recherche sur les thérapies et produits ainsi que pour la fabrication de produit.
- Stimulant la recherche stratégique dans le domaine de la MAC en apportant un soutien aux projets de recherche clinique sur l'innocuité et l'efficacité.
- Préconisant un usage rationnel en encourageant un usage basé sur des preuves.
- Gérant l'information en faisant office de centre d'échange d'information relative.

b.) La stratégie

La stratégie de l'OMS pour la MAC a été programmée entre 2002 et 2005, elle comporte quatre objectifs :

- Politique : intégrer la MAC aux systèmes nationaux de soins de santé, de manière appropriée, en développant et en mettant en œuvre des politiques et programmes.
- Innocuité, efficacité et qualité : promouvoir l'innocuité, l'efficacité et la qualité en étendant la base de connaissances relatives et en conseillant sur la réglementation et les normes d'assurance de la qualité.
- Accès : augmenter la disponibilité et l'abordabilité de la MAC, de manière appropriée, en faisant porter l'accent sur l'accès des populations pauvres.
- Usage rationnel : promouvoir un usage thérapeutique judicieux approprié, par les prestataires et les consommateurs.

B.) La législation

a.) Dans le monde (1,3,18,19,20)

La situation est très variable d'un pays à l'autre.

L'OMS a défini trois types de systèmes de soins de santé pour décrire dans quelle mesure la MAC est un élément officiellement reconnu des soins de santé.

Dans un système *intégratif*, la MAC est officiellement reconnue et intégrée dans tous les domaines de l'offre de soins de santé. Cela signifie que : la MAC est incluse dans la politique pharmaceutique nationale du pays concerné, les prestataires et les produits sont agréés et réglementés, les thérapies de MAC sont disponibles dans les hôpitaux et cliniques, le traitement est remboursé par le système de sécurité sociale, la recherche appropriée est effectuée et l'enseignement est disponible. Seuls la Chine, la République populaire démocratique de Corée, la République de Corée et le Vietnam peuvent être considérés comme ayant atteint un système intégratif.

Un système *inclusif* reconnaît les MAC mais ne l'a pas encore entièrement intégrée à tous les aspects des soins de santé, qu'il s'agisse de l'offre de soins, de l'éducation et de la formation ou de la réglementation. La MAC peut ne pas être disponible à tous les niveaux des soins de santé, la sécurité sociale peut ne pas couvrir le traitement, l'éducation officielle peut ne pas être disponible au niveau universitaire et la réglementation des prestataires et produits de MAC peut être absente ou partielle seulement. Les pays possédant un système inclusif comprennent les pays en voie de développement tels que la Guinée équatoriale, le Nigeria et le Mali qui ont une politique nationale relative aux MAC mais peu ou aucune réglementation des produits et les pays développés tels que le Canada et le Royaume-Uni qui n'offrent pas d'enseignement significatif au niveau universitaire mais qui font des efforts concertés pour assurer la qualité et l'innocuité des MAC.

Dans les pays possédant un système *tolérant*, le système national de soins de santé est entièrement basé sur l'allopathie mais certaines pratiques de MAC sont tolérées par la loi.

b.) En Europe (5,18,21,22)

Un texte a été adopté par La Commission Européenne permanente, agissant au nom de l'assemblée, proposant une approche européenne des médecines non conventionnelles.

« L'Assemblée réaffirme son attachement aux médecines conventionnelles qui ont apporté les preuves scientifiques de leur efficacité et autour desquelles s'articulent les systèmes de protection sociale européens.

Dans le domaine de la santé, il convient de préserver la diversité des législations et des pratiques nationales qui fait la richesse de l'Europe; l'attachement des populations à leurs propres systèmes et traditions ne saurait être remis en cause. L'Assemblée croit cependant qu'une approche européenne commune des médecines non conventionnelles, fondée sur le principe du libre choix du patient en matière d'accès aux soins, n'est pour autant pas à exclure.

L'Assemblée se félicite de la résolution adoptée par le Parlement européen, le 29 mai 1997, sur le statut des médecines non conventionnelles, qui demande à l'Union de s'engager dans un processus de reconnaissance des médecines non conventionnelles après l'élaboration des études nécessaires et aussi de développer des programmes de recherche sur l'innocuité et l'efficacité de ces médecines.

L'Assemblée invite les Etats membres à s'inspirer des expériences menées dans les pays voisins et à coordonner, autant que possible, leur position au regard de ces médecines.

Pour l'Assemblée, ces formes alternatives ou complémentaires de la médecine devraient pouvoir être exercées à l'avenir tant par des médecins de la médecine conventionnelle que par des praticiens de médecine non conventionnelle correctement formés (le malade pouvant les consulter indifféremment suivant la décision de son médecin traitant ou selon son libre choix), et sous la réserve de la pleine application des règles d'éthique. Une formation des médecins allopathes aux thérapies alternatives et complémentaires devrait être assurée en prévoyant les cycles d'enseignement adéquats dans les facultés. L'Assemblée invite donc les Etats membres à promouvoir la reconnaissance officielle de ces médecines dans les facultés de médecine et à encourager leur pratique dans les hôpitaux. »

c.) En France (3,17,19)

La loi la plus récente est celle du 4 mars 2002 : « le droit fondamental à la protection de la santé doit être mis en œuvre par tous les moyens disponibles au bénéfice de toute personne »

A noter une insertion de l'article 75 dans la loi « droit des malades » de 2002, légalisant l'ostéopathie comme profession de santé à part entière.

Seul le corps médical est habilité à soigner les malades. Une exception est aménagée pour certaines professions : infirmiers, kinésithérapeutes et sages-femmes sont autorisés à pratiquer des actes médicaux ou paramédicaux spécifiques sous leur propre responsabilité ou celle d'un médecin. Tout le reste est considéré comme exercice illégal de la médecine.

C.) Le Conseil National de l'Ordre des Médecins (3,18)

Le CNOM considère l'homéopathie et l'acupuncture comme deux orientations médicales (et non comme des spécialités).

Huit facultés de Pharmacie proposent un DU d'homéopathie sur 3ans. De nombreuses écoles privées sans enseignement consensuel existent. Le médicament homéopathique est délivré uniquement en pharmacie et peut l'être sans ordonnance.

L'exercice de l'acupuncture n'est pas réglementé par le code de la santé publique, mais la jurisprudence le réserve aux seuls médecins. Sa pratique par les sages-femmes qualifiées est également admise. L'enseignement de l'acupuncture, est dispensé par de nombreuses facultés de médecine. Le DIU "Acupuncture " a été récemment remplacé par une capacité délivrée par les facultés de Montpellier, Nantes, Paris XIII- Bobigny et Strasbourg, ouverte aux docteurs en médecine et étudiants en médecine de 3ème cycle. La durée d'étude est de 2 ans, après une formation préalable de 1 an (DIU d'initiation à l'acupuncture) sanctionnée par un examen probatoire. Cinq facultés (Lille, Montpellier-Nîmes, Paris XIII, Rouen et Strasbourg) sont en outre partenaires pour un DIU "Acupuncture obstétricale", destiné aux médecins, étudiants en médecine de 3ème cycle, sages-femmes. L'Ordre des médecins ne reconnaît pas une qualification ordinale aux détenteurs de ces diplômes, mais autorise la mention d'un DIU d'acupuncture sur les plaques, feuilles d'ordonnances et annuaires professionnels.

Concernant l'ostéopathie, le Conseil national de l'Ordre des médecins exige que l'on réserve le titre aux seuls professionnels de santé, médecins et kinésithérapeutes. Quatorze facultés sont partenaires pour le DIU "Médecine manuelle et ostéopathie", destiné aux docteurs en médecine et aux internes (au-delà du 4ème semestre). La durée des études est 2 ans. Le conseil de l'Ordre des médecins autorise les diplômés à faire état de leur diplôme sur leurs plaques, feuilles d'ordonnances et annuaires professionnels.

D.) Académie nationale de Médecine (3,24)

L'Académie nationale de Médecine a produit une série de rapports sur l'homéopathie, l'acupuncture, l'ostéopathie, la chiropraxie et autres : tous ont été négatifs. Seules la diététique et la phytothérapie ont été retenues comme « thérapeutiques dites diversifiées ». L'homéopathie, l'acupuncture et l'ostéopathie restent définies comme des « pratiques médicales insuffisamment éprouvées qui restent complémentaires de prescriptions d'intérêt scientifique démontré ». L'Académie nationale de Médecine refuse de les cautionner.

L'ANM rappelle que les pratiques souvent dites médecines complémentaires ne sont pas des "médecines", mais des Techniques empiriques de traitement pouvant rendre certains services en complément de la thérapeutique à base scientifique de la médecine proprement dite. Elle recommande de ce fait de les désigner par la dénomination de thérapies complémentaires, qui correspond mieux à leur nature.

À l'adresse des usagers et des professionnels, et afin d'éviter tout retard de diagnostic et/ou perte de chances, elle recommande d'en éviter l'usage en l'absence d'un diagnostic médical, de ne les accepter qu'avec une extrême prudence comme traitement de première intention, de ne pas y recourir lorsque la présentation clinique est inhabituelle ou persistante et en l'absence d'un avis médical.

E.) HAS

Dans le cadre du décret d'application de la loi du 4 mars 2002 sur l'exercice des ostéopathes, La HAS a été sollicitée pour l'élaboration de recommandations de bonnes pratiques, actuellement non publiées. (23)

L'acupuncture est envisagée comme méthode thérapeutique dans les recommandations sur la prise en charge des nausées de la grossesse et des douleurs de la polyarthrite rhumatoïde.

Aucun sujet n'a été retrouvé concernant l'homéopathie.

F.) Sécurité Sociale (27)

Depuis 1998, la convention généraliste interdit à un médecin de facturer lors de la même séance un acte remboursable et un acte hors nomenclature.

L'acupuncture figure dans la classification commune des actes médicaux (CCAM) pour un prix de 18 euros la séance et sous la cotation : QZRB001

La médecine manuelle de la colonne vertébrale, pratiquée par un médecin, figure dans la CCAM, pour un prix de 20,06 euros et sous la cotation LHRP001.

La consultation d'un médecin conventionné prescripteur d'homéopathie est remboursée sur la base d'une consultation de médecine générale de secteur 1.

A noter que la majorité des médicaments homéopathiques était remboursée jusqu'en 2004 à 65% et depuis ils ne sont remboursés que à 35%.

1.4 PRINCIPALES MAC ABORDÉES DANS CE TRAVAIL

A.) Acupuncture (24,28)

Ses origines remontent en chine à plus de 3000 ans.

La médecine traditionnelle chinoise (MTC) est une vision du monde, de la vie et de l'homme. Elle permet de relier chez un malade, les symptômes qu'il présente avec ce qu'il est, sa constitution, son tempérament, sa psychologie et son vécu. Le principe essentiel de la MTC est d'accéder à ce que chaque individu a de singulier et d'unique en lui.

Le principe de l'acupuncture tient à la théorie du yin et du yang, qui, constitue le fil conducteur de tous les aspects de la médecine traditionnelle chinoise. Dans cette conception, chacun des organes, ensembles anatomiques, fonctions et substances, est spécifiquement de nature yang ou yin et les changements pathologiques sont l'effet d'un déséquilibre yin/yang. Qi est le principe fondamental, présent dans tout le corps, qui régit et contrôle toutes les activités vitales. On décrit 24 méridiens (6 dorsaux et 6 ventraux de chaque côté du corps) et 8 "extra- méridiens", dont les méridiens médians dorsal et ventral. Les organes (yin) et viscères (yang) possèdent chacun leur propre méridien.

L'objet de l'acupuncture est de réguler le yin ou le yang de tel ou tel élément du corps par manipulation du Qi de son méridien, en un ou plusieurs sites spécifiques dits "points d'acupuncture". Au nombre total de 361, les points d'acupuncture sont distribués symétriquement en paires à droite et à gauche du corps, sauf ceux des vaisseaux médians postérieur et antérieur. Chacun a son nom chinois mais aussi, d'usage plus simple, son numéro d'ordre d'apparition sur le méridien dans le sens de la circulation du Qi. La localisation des points se fait par rapport à des repères anatomiques ou, quand il n'y en a pas, par rapport à la mesure du "pouce" (largeur du pouce du sujet) rapporté à différentes distances du corps. Les points peuvent permettre une action locale, régionale ou générale.

En pratique, l'acupuncteur utilise des aiguilles stériles à usage unique de différentes tailles. Elles sont insérées (en général de 5 à 15 aiguilles) au niveau des points d'acupuncture suivant différentes techniques, puis laissées en place un temps défini (de quelques secondes à 20-30 minutes). Elles peuvent être manipulées pour obtenir une sensation particulière décrite par le patient et considérée comme l'arrivée du Qi.

L'acupuncture connaît, depuis plusieurs décennies, une diffusion mondiale. Elle a été introduite dans les pratiques médicales des nations occidentales sans que ses fondements théoriques aient été pour autant reconnus. La liste des maladies susceptibles d'en bénéficier, déjà au nombre de 43 pour l'OMS en 1979, n'a cessé de s'étendre, sans pour autant que la réalité de son action et la preuve de son utilité soient souvent établies.

Les publications relatives aux essais cliniques sont très nombreuses, mais leur qualité est, pour beaucoup d'entre elles, estimée médiocre. Selon ces revues critiques l'utilité de l'acupuncture peut être considérée dans les indications suivantes :

- Lombalgie • Cervicalgie • Arthrose des membres inférieurs • Épicondylite • Fibromyalgie
- Céphalées • Douleurs de la grossesse et de l'accouchement • Dysménorrhée.
- Nausées et vomissements de la chimiothérapie anticancéreuse

B.) Ostéopathie (24,29)

L'ostéopathie est née de l'imagination d'un américain, inventeur de machines agricoles et passionné d'anatomie, faisant à l'occasion fonction de médecin, Andrew Taylor Still (1828-1917). Il avait élaboré une théorie suivant laquelle les remèdes permettant de restaurer la santé se trouvent dans le corps même de chaque individu ; les maladies ne sont que des effets négligeables et tout se tient dans l'impossibilité totale ou partielle des nerfs de diffuser le fluide vital; pour guérir, il faut ajuster les différentes parties du corps qui se trouvent mal alignées afin de permettre une circulation des fluides.

Elle repose sur quatre principes fondamentaux :

- Unité de corps et d'esprit. L'organisme est vu comme une entité indivisible qui doit être approchée dans sa totalité.
- L'organisme possède des mécanismes de réparation et de récupération intégrés.
- Chaque structure du corps à une fonction physiologique, chaque fonction entretient une certaine structure et la structure gouverne la fonction. L'atteinte d'une partie du corps affectera nécessairement sa fonction.
- Toute approche de soin doit respecter les trois premiers principes.

À partir des Etats-Unis, l'ostéopathie s'est considérablement développée en Europe.

L'ostéopathe se propose un très large domaine d'intervention (ostéopathie vertébrale, crânienne, viscérale) et recourt à cette fin à des manipulations et mobilisations diverses, musculo-squelettiques non forcées, non instrumentales, mais aussi à de simples applications manuelles.

On peut estimer, avec l'état des connaissances en la matière, que les manipulations rachidiennes peuvent se montrer modérément efficaces sur la lombalgie aiguë, subaiguë ou chronique, sur la cervicalgie aiguë, subaiguë ou chronique, sur la céphalée d'origine cervicale, les états vertigineux d'origine cervicale, et à un moindre degré sur la migraine. Leurs effets sont incertains sur la céphalée de tension. Les complications possibles des manipulations cervicales sont rares, mais graves.

C.) L'homéopathie (30,31,32,33)

L'homéopathie est un système thérapeutique pouvant se résumer par la loi des semblables, « Similia similibus curentur » le semblable guérit le semblable ou autrement traduit par « on peut traiter les semblables par les semblables ». Ce principe remontant à Hippocrate, veut qu'une substance qui provoque un groupe de symptômes chez une personne en bonne santé puisse guérir une personne malade chez qui se manifeste le même groupe de symptômes.

Sa découverte est attribuée à un médecin allemand, Samuel Hahnemann (1755-1843). Le principe de ce traitement est connu depuis bien longtemps; Hippocrate (Vème siècle av. J-C) disait « L'application des semblables fait passer de la maladie à la santé ». De ce fait, Hahnemann a posé les bases de cette méthode, réalisé les premières expérimentations et démontré, en soignant avec succès les malades de son époque, l'immense champ d'action de l'homéopathie.

Trois grands concepts forment le fondement de l'homéopathie :

La similitude : la similitude homéopathique est une ressemblance profonde, une équivalence entre le malade et le médicament. Une personne atteinte d'une affection peut être traitée grâce à une substance produisant chez une autre personne des symptômes semblable à ceux de l'affection considérée.

La globalité : le principe de globalité s'explique par le fait que tout organisme vivant évolue en relation avec son environnement. Le corps n'est pas un objet mais bien une interface entre le sujet et le monde réel. Le principe de globalité rend difficile l'étude systématique des effets de l'homéopathie.

L'individualisation : chaque malade exprime sa maladie de façon spécifique; c'est cette expression, cette information qui constitue la maladie. Le médicament doit être l'image miroir de cette information. Il n'existe pas de traitement homéopathique spécifique d'une maladie.

Les dilutions : les remèdes homéopathiques sont préparés à partir de produits d'origine végétale, minérale ou animale. Ces souches sont macérées dans de l'alcool pour obtenir la teinture-mère, puis diluées. Le nombre de dilutions successives détermine la "hauteur de dilution" et correspond à la mention CH pour dilution centésimale hahnemannienne ou DH

pour dilution décimale hahnemannienne. Plus un produit est dilué, moins il contient de produit actif.

Il n'existe actuellement pas de recommandation HAS en homéopathie. Les recherches cliniques publiées à ce jour ne permettent pas de statuer sur l'efficacité de la méthode thérapeutique ni sur celle d'un remède en particulier. Ceci peut s'expliquer par les principes mêmes de l'homéopathie qui rendent les conditions d'études peu reproductibles.

Le médicament homéopathique est perçu de manière générale comme un traitement possible pour les maladies, mais dont la place serait réservée aux petites maladies. Les sondages d'opinions disponibles, de faible niveau de preuve, sont tous concordants : l'homéopathie est perçue comme une médecine efficace.

2 MÉTHODES

2.1 MÉTHODE DU FOCUS GROUP (34,35,36,37)

A.) Définition

Un focus group est un groupe constitué de manière formelle et structuré pour aborder une question spécifique dans un délai précis et ce, conformément à des règles explicites de procédure.

Les méthodes de collecte qualitatives (entretiens individuels, observations et focus group) sont les seules méthodes valables pour comprendre les idées, croyances, pratiques et comportements. Le focus group est un moyen efficace de se procurer ces informations et d'avoir l'opinion de la population vis-à-vis du projet.

Les focus groups constituent une méthode indispensable pour l'étude d'un thème sur lequel on ne sait pas grand-chose ou sur lequel les écrits antérieurs ne sont pas nombreux.

B.) Historique

Longtemps dominés par les techniques relevant de la recherche quantitative et les entretiens individuels, les focus groups ont récemment fait l'objet d'une attention particulière en sciences sociales.

Nés dans le domaine de la communication sociale, des médias et de l'analyse de la propagande politique (années 1940), utilisés fortement en marketing (années 1960) et en démographie (années 1970), les focus groups connaissent, de nos jours, un succès remarquable en sciences sociales en général. Ainsi, un important ouvrage a été publié en 1999 par Barbour et Kitzinger sur l'esprit, la théorie et la pratique de cette méthode qualitative de recherche sociale. L'usage des focus groups est particulièrement utilisé en sociologie, en anthropologie, en communication et en psychologie sociale.

C.) Déroulement

a.) Nombre de participants

Selon les spécialistes, les groupes sont composés en moyenne de 6 à 12 membres, soit un nombre suffisamment important pour favoriser une discussion susceptible de générer une dynamique d'interaction, des significations partagées et des plages de divergence. On croit qu'un nombre limité de participants ne favorise pas une confrontation alors qu'un nombre trop important crée une diversion et induit des sous-groupes.

b.) Caractéristiques

La dynamique du groupe permet d'explorer et de stimuler différents points de vue par la discussion. Chaque participant défend ses priorités, ses préférences, son vécu. La discussion permet de préciser et de clarifier les pensées.

c.) Préparation générale

Il est souhaitable de réunir les participants dans un lieu neutre, c'est-à-dire favorisant l'expression la plus libre possible, sans contraintes ni craintes.

Afin de favoriser les échanges, la disposition des personnes en cercle est indispensable.

Le focus group peut se dérouler sur une période de une à trois heures, généralement deux.

Une consigne ou introduction doit être préparée à l'avance et donnée dès le début de la rencontre, afin de résumer l'objectif de la rencontre, expliquer la participation attendue, le temps alloué à chacun, le caractère anonyme des discussions, et les suites prévisibles du projet.

Il faut également négocier dès ce moment l'enregistrement de la discussion et son utilité.

Le focus group demeure toujours orienté vers la collecte d'informations grâce à un guide d'entretien, semi-directif ou non directif, qui aide à susciter un débat d'opinions.

d.) Préparation du guide d'entretien

Le focus group ne nécessite pas forcément beaucoup de préparation. Il s'agit d'initier une discussion sur un thème avec aussi peu d'intervention que possible. Avant de formuler précisément les thèmes à aborder, il faut consulter de la documentation, des travaux antérieurs ou des rapports d'études qui comportent peut-être déjà de nombreuses informations et le type de questions à poser. Il est important de définir de manière claire les objectifs et ce que l'on cherche à savoir. Il s'agit de faire une liste complète des questions qui se rapportent aux problèmes et de décider des questions les plus intéressantes, qui seront la base des objectifs de l'étude. Cette liste constituera un guide d'entretien. Le guide d'entretien recense les grands thèmes que l'on veut aborder et est préparé à l'avance pour faciliter la production des réponses.

Le contenu doit être assez souple pour permettre à la discussion de se dérouler au rythme des participants mais suffisamment structuré pour maintenir la conversation près du thème à étudier.

Le guide d'entretien doit comporter au maximum 5 à 6 questions. Il ne faut pas oublier que les réactions des participants vont contribuer à susciter d'autres relances, à creuser un thème, etc. La liste des questions ne doit être qu'un support avec la possibilité d'y déroger si l'information donnée par les participants est plus intéressante.

Les questions fermées ne sont pas appropriées pour ce type d'étude car elles ne stimulent pas la discussion.

e.) Déroulement :

Pour réaliser un focus group, il faut deux personnes : un modérateur pour mener l'animation, et un observateur pour prendre des notes et observer le groupe. Le rôle du modérateur est de faciliter la discussion et de la stimuler. Son objectif est de faire émerger les différents points de vue. Il peut laisser au départ la dynamique de groupe agir de manière non directive puis recentrer en fin de séance.

Le rôle de l'observateur est de prendre les notes principales, il est chargé de noter les aspects non verbaux et relationnels qui apparaissent lors des réunions.

D.) Avantages / Inconvénients

a.) Avantages

Les FG produisent un important volume d'information, beaucoup plus vite et à moindre coût que d'autres méthodes de collecte qualitatives.

Ils sont excellents pour l'obtention d'informations auprès des communautés analphabètes.

En raison de la formulation très souple des questions, ils permettent de découvrir des attitudes et des opinions que d'autres méthodes de collecte qualitatives ne seraient pas en mesure de révéler.

Ils sont généralement bien acceptés car ils font appel à des discussions de groupe, forme de communication assez naturelle dans la plupart des communautés.

Ils permettent de saisir les modes d'interactions dans les communautés, ainsi que les futures interactions entre les personnes-clés et le projet.

b.) Inconvénients

Il faut être prudent dans l'interprétation : les participants peuvent s'accorder à l'amiable sur des réponses (notamment pour des sujets sensibles, ou de type magico- religieux).

Si le modérateur n'est pas bien formé, il y a un risque d'orientation des réponses.

Les groupes focaux vont dépeindre ce qui est, socialement parlant, acceptable dans une communauté plutôt que ce qui se produit réellement. Ce problème peut s'atténuer facilement en sélectionnant les participants par petits groupes et en comparant les réponses. De plus, cela permet de limiter la difficulté des minorités à exprimer leurs points de vue.

Il peut y avoir des difficultés à exprimer des avis divergents dans des sociétés où confrontations et débats sont jugés inconvenants.

Les sujets délicats ne peuvent pas être facilement abordés, l'expérience intime de l'individu se découvrant au groupe.

Les données qualitatives sont difficiles à interpréter et à analyser.

2.2 ORGANISATION DU FOCUS GROUP

A.) Choix de la méthode

Comme cité précédemment, cette technique permet d'évaluer des besoins, des attentes, des satisfactions ou de mieux comprendre des opinions, des motivations ou des comportements.

Au terme de la recherche bibliographique, nous avons trouvé nombreux articles ou études, évaluant l'efficacité des MAC, ou sur le motif de recours, mais très peu sur la perception globale que les médecins généralistes en ont. De plus cette méthode de travail, le focus group n'a jamais été utilisée, et permet de mieux cerner l'opinion des médecins généralistes.

B.) Recrutement des participants (voir annexes)

Afin de répondre à l'hypothèse de recherche, les participants devaient être des médecins généralistes pratiquant une médecine libérale et n'ayant aucune formation particulière sur les MAC. Les médecins ont été contactés par téléphone ou par mail pour leur proposer de participer, en expliquant rapidement la méthode utilisée et les modalités du déroulement de l'entretien. Sept médecins ont participé.

C.) Le guide d'entretien (voir annexes)

Grâce aux recherches bibliographiques faites et à la lecture des thèses déjà réalisées sur ce sujet, un questionnaire comportant 8 questions, concernant la problématique de notre étude a permis d'animer l'entretien. Cela servait de fil conducteur. Associé à ces questions, l'animateur avait accès aux réponses retrouvées le plus fréquemment dans la littérature. Ces réponses permettaient de relancer le débat.

D.) Déroulement du Focus Group

Les 7 médecins ont été recontactés par mail quelques jours avant la date de l'entretien afin de confirmer leur présence.

Le focus group a eu lieu dans la bibliothèque du département de médecine générale (DMG) au 5ème étage de la Faculté de Médecine de Nantes, le mardi 9 juillet 2013 de 14h à 16h.

Un questionnaire quantitatif a été rempli par les médecins en début de séance afin de mieux les connaître (âge, sexe, ancienneté d'exercice, activité en parallèle du libéral, formation particulière, patientèle, lieu d'exercice). Une explication sur le déroulement et le but du focus group a été donnée au début par l'animateur.

L'animation du focus group a été faite par le Dr Patrick Dréno, médecin généraliste et maître de stage au département de médecine générale de la Faculté de Médecine de Nantes. Nous étions l'observateur pendant la séance.

3 RÉSULTATS ET ANALYSE

3.1 DESCRIPTION GROUPE

A.) Le nombre

Nous avons eu beaucoup de difficulté à recruter les médecins pour participer au focus group. 200 mails ont été envoyés à différents médecins généralistes exerçants en Loire-Atlantique, et seulement 20 réponses toutes négatives ont été reçues (10 ayant une formation en MAC et les autres en congés ou en impossibilité de se déplacer ce jour-là).

40 cabinets ont été contactés par téléphone avec autant de réponses négatives du fait de manque de temps ou de congés.

Finalement, nous avons réussi à recruter 7 jeunes médecins généralistes exerçant tous depuis moins de 1an.

B.) Caractéristiques

Parmi les médecins généralistes recrutés, l'âge moyen était de 28,5 ans. Le groupe était très hétérogène, avec 6 femmes pour 1 homme.

Ils exerçaient leurs activités en libéral depuis 6 mois à 1 an. En parallèle du libéral, trois des médecins pratiquaient une activité salariée : un PH contractuel en Médecine Physique et Rééducation, un pratiquait des consultations au CISIH (centre d'information et de soins de l'immunodéficience humaine), un Chef de Clinique-Assistant en médecine générale.

Trois des médecins avaient un DIU de gynéco-obstétrique, deux autres un DIU de médecine préventive de l'enfant, et un autre un DIU pathologie du voyage.

Ils avaient tous une patientèle diversifiée, et un type d'exercice varié.

Les objectifs pour leur avenir sont de faire une collaboration pour un médecin, une installation dans un avenir proche pour cinq d'entre d'eux, et deux indécis.

Sur les sept médecins, seulement un seul avait eu une formation particulière sur une MAC.

Deux des médecins n'étaient pas thésés, mais avait une date de soutenance pour septembre 2013.

Concernant leurs connaissances personnelles sur les 3 médecines alternatives et complémentaires étudiées :

	Nulle	Moyenne	Bonne	Excellente
ACUPUNCTURE	4	3		
HOMEOPATHIE	3	4		
OSTEOPATHIE	3	3	1	

Ce tableau suggère que dans l'ensemble les médecins ont une connaissance très limitée des MAC.

3.2 VERBATIM

Avant de commencer l'analyse, la première étape fait l'inventaire des informations recueillies et les met en forme par écrit. Ce texte appelé verbatim représente les données brutes de l'enquête.

L'entretien en prenant en compte les explications données au début de la séance sur le déroulement a duré 1h17min. Il a été enregistré sur support numérique en format MP3.

Il a fallu retranscrire mot à mot les échanges verbaux et non verbaux observé lors du focus group.

Il a fallu environ 15h de travail pour pouvoir retranscrire tout le contenu.

L'anonymat des participants a été respecté, ils ont donc été identifiés par l'initiale de leurs prénoms.

3.3 ANALYSE

A.) Principe généraux de l'analyse (37,38)

L'analyse doit être reproductible; ainsi quelle que soit la personne qui la réalise, les conclusions doivent être les mêmes. L'analyse porte aussi bien sur le verbal que le non verbal et l'émotionnel. Elle doit se faire sans à priori et rester focalisée sur le thème, les questions clés.

Le principe de base consiste à analyser les transcriptions de paroles des participants (verbatim) qui sont découpées, classées, comparées et confrontées. Tous ces verbatim sont étiquetés en fonction de l'idée ou du sous- thème qui peut les résumer. Cela peut être une expression, une phrase significative, un sentiment, un mot clé. Ils peuvent être regroupés en grands thèmes ou grands concepts. Cette phase de codage permet d'éliminer les «hors sujet», et de pondérer les résultats en notant leur fréquence s'il y a répétition de certains thèmes ou de souligner le non-verbal et l'émotionnel qui y est associé. Après avoir rassemblé les données qualitatives et en avoir dégagé les idées, le chercheur a à les interpréter. L'interprétation établit les enseignements à tirer des explications et les réponses apportées à la problématique de l'enquête.

Certains utilisent l'analyse assistée par ordinateur en classant les items avec la fonction «couper, coller». Des corrélations avec les données sociodémographiques peuvent être analysées par exemple. D'autres utilisent des logiciels de statistiques textuelles («the ethnographe, NUD*IST»). Il est aussi possible de faire une analyse sonore à partir des enregistrements (logiciel «sound forge»).

B.) Thèmes des résultats

A partir du Verbatim, nous avons regroupé les idées des participants afin de faire ressortir des thèmes. Chaque thème est illustré par le discours des praticiens que vous retrouverez au point suivant, dans la partie tableau.

a.) Perception globale des MAC

- Type de complémentarité

Pour les médecins, la définition n'était pas très claire. Ils pensaient que dans certains cas les MAC pouvaient être complémentaires de la médecine conventionnelle et dans d'autres situations bien précises cela pouvait être alternatif. Il en ressort une dichotomie des concepts complémentaires et alternatifs, sans regroupement possible de ces deux valeurs. Aucune définition globale n'a été donnée et chaque ébauche s'est appuyée sur des exemples.

- Connaissance

Les médecins mettaient en avant leur manque d'expérience, de pratique et de connaissance sur les MAC.

- Vision

Aucun des médecins n'avait de vision négative sur le sujet. Leur perception globale des MAC était pour le moins neutre et dans le meilleur des cas positive, mais avec un distinguo selon chaque spécialité.

- Intérêt

Les médecins portaient de manière générale un intérêt pour les MAC, avec des préférences pour certaines thérapies. Certains avaient une préférence pour l'homéopathie et d'autres pour l'ostéopathie.

- Satisfaction

Deux médecins évoquaient peu de croyance pour ces thérapies et particulièrement pour l'homéopathie, qu'ils considéraient d'un niveau de preuve insuffisant. Ils utilisaient ces pratiques du fait d'un retour positif d'expérience de patients ou d'amis.

b.) Représentation des MAC

Dans les points forts de ce type de médecine, les médecins évoquaient le fait que cela rentre dans la démarche globale de prise en charge du patient, permettant ainsi d'avoir une relation différente avec le patient. Ils mettaient en avant le fait que c'est une « médecine douce » et une alternative sans risque pour les patients, que ce soit en complément d'une thérapeutique dite classique, ou bien d'utilisation isolée.

Dans les points faibles, deux médecins restaient sceptiques en évoquant le manque d'efficacité de ces thérapies. Ils évoquaient tous le manque de connaissance sur ces médecines et le fait qu'il n'y ait pas de limites de compétence. Ceci s'expliquerait selon eux par un défaut d'encadrement légal voire ordinal de ces pratiques.

Deux médecins critiquaient le manque d'efficacité de la médecine conventionnelle dans la prise en charge de pathologies notamment pour certains troubles musculo-squelettiques ou de la statique.

Un des médecins pensait que parfois la médecine conventionnelle, oublie un peu le côté psychologique de la maladie, et que justement le patient se tourne vers les MAC pour une prise en charge portée sur l'affect.

Quatre des médecins mettaient en avant l'actualité sur les effets indésirables des médicaments, à l'heure où des doutes sur la provenance, l'efficacité de ceux-ci et sur les effets indésirables sont émis par l'opinion publique. Ces questions reprises avec poids par les journalistes dans l'ensemble des médias ont créé une peur, une méfiance sur les médicaments conventionnels.

c.) Relation avec le médecin traitant

- Patient

En ayant recours aux MAC, quatre des médecins pensaient que les patients recherchent un rapport avec le praticien différent que le recours classique à la médecine conventionnelle.

La plupart des médecins évoquaient une consultation plus personnalisée, plus longue où le patient peut s'exprimer différemment sans crainte ou peur d'être jugé.

Un des médecins évoquait le fait que le patient est plus acteur de ses soins, cela représente une liberté de choix.

- Confrères

Quatre des médecins étaient plus méfiants vis-à-vis de l'ostéopathie et discutaient des craintes vis-à-vis de la relation que le patient peut avoir avec l'ostéopathe. Un des médecins évoquait même la notion de charlatanisme, et deux autres pensaient que chacun devrait rester à sa place dans sa discipline, c'est-à-dire souhaiteraient que les limites de compétences ne soient pas franchies par ces praticiens.

Dans le cas de l'ostéopathie, certains médecins préféraient envoyer leurs patients chez des kinésithérapeutes ou médecins ayant reçus une formation en ostéopathie plus que chez des ostéopathes n'ayant pas de diplôme d'Etat.

Ils mettaient en avant le fait que parfois l'ostéopathe prend des décisions sans consulter le médecin ou décide de la prise en charge seul. Tous souhaitaient garder le rôle de premier prescripteur. Ils pensaient que c'est indispensable de faire un bilan médical avant toute décision d'orientation.

- Mode d'orientation

Tous les médecins souhaitaient être consultés avant que le patient prenne une décision ; ils ne sont pas opposés au fait d'être simple conseiller mais ils préféreraient un échange avant toute décision.

Ils étaient tous conscient qu'aujourd'hui le patient est acteur de sa santé et que c'est lui qui prend les décisions finales. Dans la plupart des cas ce sont les patients qui arrivent avec leur demande de soins en MAC et ils n'initieraient pas eux-même d'emblée cette orientation.

Les médecins souhaiteraient cependant plus d'échange, certes avec les patients afin qu'ils puissent verbaliser leurs souhaits, mais surtout avec les praticiens de MAC, pour essayer d'aller dans le même sens. Leur volonté était avant tout la Santé du patient, dans sa définition la plus large, au sens de bien-être.

Quatre des médecins avaient la volonté de pratiquer et intégrer les soins de MAC dans leur pratique, certains renouvelaient des ordonnances d'homéopathie et d'autres proposaient au cas par cas directement ces pratiques.

d.) Recours

- Les situations

Les situations de recours à ces MAC étaient pour les sept médecins lorsqu'il n'y a pas d'autre solution possible. Pour cinq d'entre eux c'était lorsque que c'est la demande du patient, pour trois des médecins lorsqu'il y a un échec des traitements conventionnels.

Les autres raisons de situations de recours évoquées étaient l'expérience du patient, l'attente de soins, des soins à faible risque, l'approche globale de la santé du patient, la recherche d'une relation médecin- malade différente.

- Motifs

Les motifs évoqués par les médecins traitants furent assez variés. On retrouvait le plus fréquemment le recours aux MAC pour les patients recherchant un bien- être ou souffrant de troubles psychiatriques comme la dépression, l'anxiété ou l'insomnie et pour soigner les addictions comme le tabac.

Puis venait la prise en charge de la douleur, les pathologies de l'appareil locomoteur ainsi que les pathologies chroniques.

Un seul médecin évoquait les pathologies psychosomatiques bénignes et la prévention en pédiatrie.

e.) Obstacles

- Formation

Tous les médecins semblaient d'accord sur le fait que la formation est un obstacle majeur pour la pratique de ces MAC. Un médecin parlait de la formation de manière globale, trois des médecins évoquaient en effet le prix important de la formation, deux des médecins avançaient le manque de temps pour se former et deux médecins remettaient en cause la qualité, la crédibilité de la formation.

- Reconnaissance

Deux des médecins évoquaient en effet cet aspect-là. La pratique des MAC peut être critiquée par les confrères médecins dits « conventionnels ». Ces pratiques avaient un défaut de reconnaissance rédhibitoire pour certains, avec un risque de perte de crédibilité. Un des médecins souhaiterait une reconnaissance officielle de l'efficacité, afin d'être convaincu que cela soit utile pour sa pratique. Une évaluation scientifique par les autorités médicales sur le bien-fondé de ces pratiques pourrait permettre une amélioration de la perception des confrères sur son éventuelle pratique de MAC.

Un des médecins avançait le problème de la reconnaissance sur le plan financier, en mettant en avant l'absence de cotation pour les MAC, résultante de leur non-certification.

- Relation Médecin/Malade

Plusieurs médecins objectaient des difficultés au niveau de la relation Médecin/patient.

Un des médecins mettait en avant des craintes liées à un trop grand engouement de la société vis-à-vis de ces pratiques, et donc le risque de s'égarer dans un circuit de soins parallèles.

Trois des médecins rappelaient que les actes ne sont pas codifiés, ils ne sont pas remboursés par la Sécurité Sociale et envisageaient le risque d'une sélection financière des patients susceptibles d'adhérer aux MAC.

Un des médecins pensait aussi que le risque serait de perdre sa patientèle habituelle, de la voir se modifier et de devoir se cantonner par la force des choses à la pratique exclusive de MAC.

Deux des médecins pensaient que pour éviter que cela ne devienne un obstacle, il faut éduquer sa patientèle et justement les sensibiliser à ce type de thérapies.

- Gestion

Pour trois des médecins, la gestion du temps de consultation et du planning pouvaient être un obstacle. Il leur semblait indispensable de dégager du temps, des plages de consultations et des créneaux fixes pour pouvoir exercer les MAC.

Un des médecins pensait que pratiquer en plus d'un exercice dit conventionnel ce type de thérapie, pourrait amener un flux de nouveaux patients, nécessitant alors une modification d'un planning la plupart du temps déjà surchargé.

- Perte de la fonction initiale de médecin généraliste

Trois des médecins craignaient qu'en pratiquant ce type de médecines, ils perdraient leur fonction initiale de médecin généraliste et s'enfermeraient dans une pratique où il serait difficile après de se dégager.

- Remboursement

Au niveau de la question du remboursement les avis s'opposaient. Deux médecins pensaient qu'à l'heure actuelle les patients qui consultent pour des soins d'acupuncture ou d'ostéopathie font très bien la part des choses et que cela ne leur pose pas de problème.

Le non-remboursement était pour cinq des médecins un obstacle majeur, surtout pour les populations précaires. Les patients qui ont l'habitude du remboursement de la consultation médicale ne comprendraient pas que certains soins soient payants. Cela exclut un nombre important de patients. L'amalgame entre la pratique conventionnelle remboursée et la pratique

de MAC non conventionnée chez le même praticien pourrait entraîner une confusion chez un certain nombre de patients, source de mécontentement.

A noter qu'aucun des médecins ne pensent que le fait qu'il n'y ait pas de recommandation officielle de l'HAS soit un obstacle dans la pratique des MAC.

f.) Attentes / besoins :

- Reconnaissance officielle des MAC

Un des médecins pensait qu'il est indispensable, qu'il y ait une définition claire des MAC, au niveau légal, et ordinal.

Il faudrait selon trois des médecins une reconnaissance au niveau de la Sécurité Sociale, pour permettre une cotation des actes et donc un remboursement.

Un des médecins évoquait la notion de reconnaissance en tant que spécialisation, et que si un ordre était créé, cela aurait une valeur plus importante.

Toutefois un des participants mesurait le risque de dérive en cas de reconnaissance officielle, avec la nécessité de définir des limites claires notamment dans les compétences et surtout les inaptitudes des praticiens.

- Formation

Tous les médecins étaient en attente de formation supplémentaire, sous forme de Formation Médicale Continue (FMC), ou autre, afin de se faire une idée sur les réalités de telles pratiques.

Ces pratiques devraient être abordées pour un des médecins au cours du cursus médical, lors des études de médecine pour que tous les médecins aient une notion claire des MAC.

- Connaissance

Tous les médecins interrogés évoquaient leur manque de connaissances sur ce sujet. Ils souhaiteraient tous une présentation générale sur chaque thérapie pour ensuite les approfondir

selon leurs convictions. Des motifs, des situations et des indications claires pour pouvoir au moins conseiller et accompagner leurs patients.

- Recommandation

Tous les médecins étaient d'accord sur le fait que pouvoir s'appuyer sur une recommandation HAS aiderait à intégrer ces thérapies dans leurs pratiques.

Au moins des tables rondes entre médecins, praticiens seraient pour le moins indispensables afin de définir vraiment ces pratiques.

Si ces pratiques étaient évaluées scientifiquement, un des médecins aurait plus de facilité à intégrer les MAC dans ses consultations.

- Matériel

Un besoin de matériel spécifique a été évoqué par un médecin pour pouvoir pratiquer ce type de consultations.

- Confrères

Les médecins étaient tous d'accord pour que leurs relations avec les praticiens de ces types de médecines soient plus basées sur la collaboration et l'échange. Ce qui permettrait une meilleure prise en charge globale du patient. Les médecins étaient plutôt curieux de découvrir comment leurs confrères pratiquent ces types de médecines.

Trois des médecins évoquaient même la possibilité de rencontres pour apprendre à les connaître.

Deux des médecins souhaiteraient avoir une liste de confrères référents pour pouvoir leur adresser en toute confiance les patients.

C.) Tableau des résultats

P E R C E P T H I O N I Z O G L O B A L E D E S M A C	- <i>Type de complémentarité</i> (position par rapport aux MTR)	+Alternative	AU : « remplacer même les médicaments habituels » L : « l'ostéopathie, je trouve que c'est vraiment alternatif » AL : « c'est vraiment quelque chose d'alternatif » L : « des médecines qui sont effectivement complémentaires et bien souvent alternatives »
		+Complémentaire	S : « c'est plutôt complémentaire » AU : « d'une part ça peut être en complément des traitements plus habituels d'une médecine classique » AL : « C'est quelque chose d'assez complémentaire » B : « acupuncture et homéopathie, vraiment qu'un complément pour moi » AN : « peut être complémentaire »
	- <i>Connaissance</i>	+Pas d'expérience	E : « en ce qui concerne les MAC, j'en ai pas une expérience très importante » AN : « peu de recul, d'une expérience un peu courte » S : « je pensais plus à l'homéopathie parce que j'ai un peu plus d'expérience que les autres pratiques »
		+Manque de pratique	B : « L'acupuncture ça m'intéresse, il me faudrait plus de temps »
		+Peu de connaissance	AN : « c'est des théories qu'on apprend pas du tout, donc c'est difficile de se mettre dans un autre référentiel pour se dire que ça marche, alors que c'est nettement différent de ce que l'on apprend à la faculté » AN : « Alors l'homéopathie, je ne peux pas en prescrire car je n'ai pas de connaissances » AN : « les MAC, c'est un terme que je ne connaissais pas il y en a tellement qu'il faudrait définir chacune pour connaître un peu son utilité » AL : « j'ai l'impression qu'on a besoin d'en connaître un peu les bases pour répondre aux attentes des patients » L : « Moi je suis tout fait ouverte à ces médecines- là, après je me sens pas suffisamment formée pour pouvoir les exploiter à leurs pleines puissances » AU : « l'acupuncture pareil j'y porte moins d'intérêt et je connais pas du tout. »
	- <i>vision</i>	+Neutre	E : « je n'ai pas d'idées préconçues je ne suis pas opposée, » AL : « j'en ai une vision très neutre » B : « acupuncture et homéopathie, j'aurais plus tendance à être neutre vis- à- vis de ça »
		+Négative	
		+Positive	B : « l'ostéopathie, des trois c'est la discipline qui m'intéresserait le plus, j'y ai déjà pensé faire un DU d'ostéopathie euh pour m'améliorer dans l'examen clinique et dans ma pratique » AU : « j'ai une perception tout à fait positive » B : « pour l'ostéopathie, c'est plutôt positif »
		+Pas de croyance	AL : « Peu de croyance dans ce domaine. » AL : « euh j'y crois pas beaucoup »

P E R C E P T I O N G L O B A L E D E S M A C	- Satisfaction	+Exp pratique	B : « L'homéopathie je me vois pas me lancer là-dedans car j'y crois pas assez en fait pour m'y intéresser, ... j'aurais l'impression de mentir un petit peu au patient en disant, « prenez ça, ça va marcher » si j'y crois pas complètement » L : « je pense dans ma pratique courante, des choses dans lesquelles je trouve que c'est bien utile »
		+Exp patient	E : « ils ont eu ça par le passé, ça leur a fait du bien. Les gens du coup qui en sont contents, nous apportent leurs points de vue positifs » AN : « la vision que les patients ont de ses euh d'une pratique alternative par leur médecin, je pense qu'ils en ont une bonne vision »
		+Exp amis	AN : « L'ostéopathie, je connais un peu plus car j'ai une amie qui est kinésithérapie qui s'est formée en ostéopathie. » B : « Pour les autres médecines (ostéopathie et acupuncture), j'ai plus de retours positifs, d'expériences vécues, personnelles ou dans l'entourage de gens qui ont utilisé l'acupuncture ou l'ostéopathie. Donc ça j'y crois plus.
	- Intérêt	+OUI	E : « j'y porte un intérêt, enfin par mon expérience je dirais enfin je n'ai pas beaucoup de recul » E : « j'y porte un intérêt, je n'ai pas beaucoup de recul, euh ... je me suis pas forgé mon opinion » B : « L'acupuncture ça m'intéresse » B : « l'ostéopathie, des trois c'est la discipline qui m'intéresserait le plus » L : « l'homéopathie je connais un peu plus et je l'utilise » L : « l'ostéopathie, clairement je m'y intéresse, c'est intéressant pour moi parce que je pense que les ostéopathes ont une formation complémentaire de la nôtre et plus poussée. » AL : « j'y viendrai probablement, notamment l'ostéopathie et l'acupuncture » AN : « Moi j'y porte aussi un intérêt par rapport à la demande des patients » AU : « Moi je porte de l'intérêt plutôt à l'homéopathie » S : « Moi j'y porte un intérêt pour l'homéopathie » AN : « l'acupuncture, je serais peut-être plus intéressée »
		+NON	B : « L'homéopathie je me vois pas me lancer là- dedans » L : « c'est pareil, l'acupuncture je connais pas, donc je j'y porte pas trop d'intérêt » AL : « Moi pour le moment j'y porte un intérêt minime » AL : « j'y viendrai probablement, notamment l'ostéopathie et l'acupuncture, peut-être moins l'homéopathie »

R E P R E S E N T A T I O N D E S M A C	<p>- <i>Représentation des MAC</i></p>	<p><u>Points forts :</u></p> <p>+Globalité</p> <p>+Humain</p> <p>+Rôle actif des patients</p> <p>+Approche douce</p> <p>+Effet placebo</p> <p>+alternative sans risque</p>	<p>E : « ça rentre dans la démarche globale »</p> <p>AN : « de parler plus longuement et du coup d'avoir une approche qui est plus sur l'affect, la relation avec le patient »</p> <p>E : « les gens qui savent ce qu'ils ont, ils vont fouiller un peu partout sur les médicaments »</p> <p>S : « recours à des choses plus douces » E : « Et les gens sont un peu versant « bio », versant « médecines douces » B : « la notion de médecines douces »</p> <p>AU : « je ne dis pas que c'est très efficace scientifiquement, mais je crois beaucoup à l'effet placebo »</p> <p>B : « ça peut pas faire de mal » E : « il n'y a pas d'effets indésirables pour le patient, j'y vois pas d'objection » L : « la volonté de ne pas nuire au patient »</p>
	<p><u>Points faibles :</u></p> <p>+Côté sectaire</p> <p>+Connaissance</p> <p>+Reconnaissance</p> <p>+Effet de mode</p> <p>+non efficacité</p>	<p>E : « l'ostéopathie ou la phytothérapie cela va un petit peu à toutes les sauces »</p> <p>E : « c'est pas très bien codifié, je dirais les résultats sont pas forcément scientifiques, après c'est plus un ressenti »</p> <p>AN : « Les MAC, c'est des médicaments qui n'ont pas beaucoup d'efficacité, c'est des techniques qui ne sont pas non plus forcément les plus efficaces » B : « l'homéopathie, je crois pas suffisamment à l'efficacité de, de cette pratique pour m'y intéresser plus, ... on a eu des cours à la fac qui nous expliquaient le principe, et quand on sait que euh ... en fait il y a autant de chance d'avoir du principe actif dans une granule que de trouver un grain de sable dans un océan, euh voilà, avec un esprit scientifique c'est un peu perturbant. »</p>	

R E P R E S E N T I A T I O N D E S M A C	<p>- <i>Représentation des MC</i></p>	<p><u>Points forts :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> +Technique +Recommandation +Preuve scientifique +codification <p><u>Points Faibles :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> +EI/méfiance +Oubli de l'aspect psy de la maladie +Critique efficacité dans certaines pathologies chroniques ou autres 	<p>AU : « effets indésirables, à l'actualité, à ses raisons qui font que le patient peuvent avoir peur et se tourner vers d'autres médecines » B : « effets indésirables des médicaments » AL : « cela peut jouer sur la peur, la médiatisation, tout ce qui est effets indésirables effectivement des médicaments » S : « il y a eu pas mal de médiatisation sur des effets indésirables, il y a certains patients qui se méfient un petit peu des médicaments plus traditionnels »</p> <p>AN : « voir le patient dans sa globalité »</p> <p>B : « en médecine générale, il y a justement avec les médicaments pas assez d'efficacité » L : « moi je me trouve assez démunie face au trouble de la statique euh (rire) corporelle »</p>
--	---	---	--

A T T I T U D E / R E L A T I O N A V E C M E D E C I N T R A I T A N T	- <i>Patients</i>	+Recherche d'autre chose	<p>AL : « Ils cherchent quelque chose de différent que la médecine traditionnelle » AN : « C'est tout ce qu'il y a autour qui peut- être valorisant pour le patient » AU : « apporter un plus à la médecine habituelle » S : « l'acupuncture volontiers un patient, car je pense que cela apporte euh ... je vois ça un peu comme « une relaxation » et puis voilà, euh ça peut leur apporter quelque chose »</p>
		+Relation différente	<p>L : « PEC, plus personnalisée, dans laquelle on leur laisse un peu plus le temps de s'exprimer » E : « mais aussi le fait que cela soit un autre intervenant, quelqu'un qui est différent du médecin traitant habituel, c'est avoir un œil neuf, c'est peut être dire des choses qu'on n'ose pas dire à son médecin traitant, ou aborder des sujets auquel voilà on ne se sent pas forcément à l'aise à en discuter avec son médecin traitant » AN : « parler plus longuement avoir une approche qui est plus sur l'affect » L : « prise en charge plus personnalisée, dans laquelle on leur laisse un peu plus le temps de s'exprimer » AL : « une prise en charge peut être plus longue, un rapport peut être différent les médecins »</p>
		+Prise en charge globale	<p>AL : « une prise en charge plus globale » L : « prise en charge plus globale, »</p>
		+liberté de choix	<p>AU : « le patient est plus acteur de ces soins »</p>
	- <i>Confrères</i>	Critique/crainte/méfiance	<p>S : « j'ai toujours des craintes et j'ai toujours peur d'un charlatanisme de certains ostéopathes, j'ai quelques patients qui y vont 2 à 3 fois par semaine (sourire), quelquefois je suis un peu sceptique sur leurs pratiques et voilà euh , conflit d'intérêts un petit peu à faire revenir leurs patients, mais bon après je n'en fais pas du tout une généralité » E : « après que chacun du coup reste dans sa discipline si on peut dire ça, sans pour autant qu'il y ait, voilà quoi, qu'on puisse communiquer, qu'on se marche pas sur les plates-bandes » AU : « Après l'ostéopathie je connais très peu, et j'ai plus de craintes, j'ai toujours peur que cela soit mal fait en fait. Donc les patients je les oriente plutôt vers des kinés, qui peuvent être aussi ostéopathes mais pas vers des ostéopathes seul »</p>
		Volonté d'être le premier prescripteur	<p>S : « quand même adresser en 1ère intention le médecin traitant qui nous ensuite, orientons vers d'autres spécialistes, plutôt que le contraire comme voilà le cas d'euh ostéopathes qui au final passent en 2ème intention, et on se trouve face à un discours déjà d'un professionnel et on est du coup un petit peu embarrassé donc oui, accorder nos violons » AL : « peut- être plus comme on disait tout à l'heure, par rapport à l'ostéopathie ou les gens vont spontanément en 1^{er} intention voir l'ostéopathe, euh il pourrait y avoir, en effet des effets secondaires, une mauvaise manipulation, peut être là une crainte de perdre cette capacité, ce regard médical » S : « je pense qu'il faut quand même recentrer chaque cas et euh faire quand même un bilan médical, avant de s'orienter vers certaines MAC » B : « je garde quand même un œil critique sur, dans quelles situations il faut adresser ou valider »</p>

+Echange

AL : « c'est toujours une demande de sa part, après j'y réponds pas toujours de manière négative, voilà c'est dans l'échange en sachant que je remplace de manière régulière un médecin ostéopathe et un autre homéopathe, alors c'est vrai que du coup j'ai beaucoup de demande, c'est vrai que c'est un petit peu parfois compliqué car je ne prescris pas, car je ne connais pas du tout cette médecine. Mais voilà après ça reste un échange avec le patient, en essayant de trouver un espèce de compromis, en tout cas pour l'homéopathie »

+Volonté de pratiquer et intégrer les soins

E : « C'est plus une relation que j'envisage sur la discussion, les gens arrivent avec leurs demandes de médecines complémentaires et dans ce cas-là, j'écoute un peu leurs attentes et je corrige en fonction de leurs idées reçues, leur à priori, je dirais. Après je considère que ça fait partie d'une prise en charge globale donc j'y suis pas opposée, je ne mets pas un veto complet quand ils ont une demande de cette sorte la, euh, je veux juste que cela soit au cas par cas, voilà que l'échange soit euh au même niveau »

AN : « Après l'homéopathie, ça m'est arrivé de renouveler des ordonnances qui étaient déjà faites, parce que je pense que ce n'est pas dangereux ... (*rire*) donc je le fait, mais je ne pourrais pas initier un traitement »

E : « on est là pour ajouter notre touche, je dirais médicale de ce qu'on a appris, de ce que l'on sait, mais en effet les gens la plupart du temps ils sont un peu plus ou moins convaincus, ils arrivent avec déjà leurs idées à eux, donc à nous de recadrer un peu. l'homéopathie ou c'est nous qui prescrivons mais dans ce cas là autant les accompagner »

AU : « Et pour l'homéopathie pareil parfois je renouvelle des ordonnances ou euh, ils veulent de l'homéopathie mais ils ne savent plus les noms, donc la, après je recherche un peu et je peux leur prescrire, donc là y'a plus une relation »

S : « Moi pareil, les patients sont plus demandeurs, que moi prescripteurs mais de plus en plus je prescris quand même de l'homéopathie notamment »

B : « Sauf pour l'ostéopathie où là, la relation pourrait être différente parce que c'est moi qui pourrais en parler spontanément, avant même que un patient m'en parle »

<p>- <i>Situations</i></p>	<p>+Demande du patient</p> <p>+Expérience du patient</p> <p>+Attente de soins</p> <p>+Echec traitement traditionnel</p> <p>+Pas d'autre solution</p> <p>+Soins à faible risque</p> <p>+Approche globale</p> <p>+Relation M/M différente</p>	<p>AN : « je dirais à la demande du patient » AL : « à la demande du patient » AU : « enfin j'utilise ces médecines en priorité à la demande du patient » S : « Ensuite à la demande des patients, beaucoup de gens qui sont demandeurs donc euh, moi j'y vois pas d'inconvénient » E : « plus à la demande du patient »</p> <p>E : « plus dans des cas où mon expérience me rappelle que cela a pu marcher chez d'autres patients » E : « les gens qui viennent vers nous en disant que voilà, ils ont eu ça par le passé »</p> <p>S : « Effectivement je dirais en 2ème intention quand la médecine traditionnelle n'a pas répondu aux questions, attentes du patient »</p> <p>AU : « Ou alors quand j'essaie quelque chose et que cela n'a pas marché en deuxième intention » B : « L'ostéopathie, dans beaucoup de situations que je ne saurais pas traiter, dont je verrais que je suis inefficace avec un traitement classique » B : « le fait de ne pas être soulagé par la médecine traditionnelle, d'aller voir ailleurs ce qui est possible » AN : « lorsqu'ils n'ont pas de réponse avec la médecine traditionnelle »</p> <p>AU : « pour tous les cas où je pense qu'il y a un traitement médicamenteux non justifié, je trouve que c'est une bonne solution » AN : « quand je n'ai pas de solution à lui apporter » L : « je pense que moi je ne pourrais rien apporter aux gens pour les soulager pour les aider, c'est surtout dans cette situation » AL : « Les situations c'est vraiment quand je n'ai plus d'autres alternatives » S : « c'est même une solution à certains problèmes » B : « tenter d'obtenir des solutions qu'ils n'ont pas obtenues jusque- là » AL : « ça serait vraiment pour moi un peu le bout de course »</p> <p>AL : « quand on a pas envie de proposer quelque chose de médicamenteux, être agressif avec le patient »</p> <p>E : « Moi cela serait plutôt dans des situations où il y a un cas complexe, une prise en charge qui est longue, qui posait des difficultés aux médecins avec un patient douloureux par exemple pour éviter l'escalade thérapeutique, lui faire comprendre qu'il n'y a pas que le versant médicamenteux, mais une prise en charge globale qui doit s'orienter plus sur le côté corporel, enfin sur le travail du corps, travail de la relaxation »</p> <p>B : « la situation de quelqu'un qui aurait besoin de temps pour discuter avec quelqu'un, je lui dirais que ça peut se faire dans ce cadre- là l'acupuncture, qui euh impose un temps un peu plus long avec le thérapeute » AN : « les situations ou je pense qu'il faut une relation euh, un peu plus longue avec un thérapeute. Enfin tout ce qui peut favoriser la relaxation, je pense que c'est positif, ce que l'on ne peut pas faire en consultation »</p>
----------------------------	---	---

	<p>- Déterminants / Motifs</p>	<p>+pédiatrie</p> <p>+Pathologie chronique</p> <p>+Bien être (anxiété, dépression, insomnie)</p> <p>+Douleur</p> <p>+Pathologie de l'appareil locomoteur</p> <p>+Tabac</p> <p>+Pathologie psychosomatique (Troubles fonctionnels intestinaux ...)</p>	<p>S : « les mamans vis- à- vis de leurs enfants qui préfèrent donner dans un 1^{er} temps des plantes »</p> <p>AN : « Pour les motifs je vois aussi tout ce qui est de manière générale chronique » L : « pour les pathologies chroniques » AU : « Les situations de douleurs chroniques »</p> <p>AN : « une composante psychosomatique, avec une part d'anxiété » L : « pour les patients anxieux » AL : « tout ce qui est troubles anxieux » AU : « toutes les situations avec du stress et de l'anxiété mais pas fortement marquées » S : « dans des troubles anxieux minimes » E : « Troubles du sommeil, troubles anxieux » B : « situation peut- être la situation de quelqu'un d'angoissé, qui aurait besoin de relaxation »</p> <p>AU : « douleur chronique où de ce type de problème de santé auquel on répond mal » L : « Alors, j'y ferais appel pour les douleurs chroniques » B : « Et aussi pour des douleurs récalcitrantes » AL : « les douleurs »</p> <p>B : « L'ostéopathie, dans beaucoup de situations de, euh de lumbago, euh récidivant qui dure trop longtemps, tous les troubles de la statique, les troubles musculo-squelettiques » L : « les troubles musculo-squelettiques » E : « douleurs rachidiennes, musculo-squelettiques »</p> <p>AL : « Pour les autres motifs j'aurais pensé à l'arrêt du tabac » AN : « Et pour l'acupuncture, l'arrêt du tabac, je dirais ça aussi » E : « L'arrêt du tabac c'est une bonne idée » AU : « Pour l'arrêt du tabac, pareil pour l'acupuncture » E : « arrêt du tabac »</p> <p>AU : « de troubles digestifs peu importants chroniques »</p>
--	------------------------------------	---	---

O B S T A C L E S	- <i>Formation</i>		B : « La formation c'est aussi un obstacle » AN : « mais il faut d'abord se former, c'est peut être ça qu'il serait plus long comme obstacle »
		+Le prix	L : « le coût de la formation » AU : « Pour moi l'obstacle principal serait la formation, le prix déjà, parce que j'ai regardé pour me former à la rentrée pour une médecine complémentaire et c'est quand même plus de 1500 euros » AL : « Encore une fois oui, la formation et le coût »
		+Le temps	AU : « le temps, trouver le temps de se former, soit des semaines complètes soit des jours » AN : « Donc je verrais plus le temps de formation »
		+La qualité/crédibilité	S : « Oui moi aussi la formation, mais notamment euh vraiment, l'authenticité, la crédibilité des formations, je ne sais pas si elles sont conformes si elles sont nationales ou internationales, je ne sais pas. » E : « c'est surtout la formation voilà, une formation de qualité »
	- <i>Reconnaissance</i>	+Regard des confrères	S : « l'autre obstacle que je verrais c'est vis-à-vis des confrères, certains confrères qui n'adhèrent pas non plus à ce type de pratique, avec du coup, euh du coup entretenir des mauvaises relations ou des critiques de leur part aussi. » AL : « c'est d'être aussi connu de ses confrères lorsque l'on pratique cette médecine-là, pour avoir la patientèle qui veut, qui souhaite cette thérapie. »
		+Croyance	AN : « la conviction que cela serait utile pour ma pratique. »
		+Efficacité	
		+Cotation actes	B : « le problème tout simple de la cotation »
	- <i>Relation M/P</i>	+ Egarement du patient dans un circuit de soins parallèles	S : « soit au contraire ceux qui ont, un engouement de médecines parallèles à défaut de médecine traditionnelle »
		+Sélection des patients	E : « des gens qui sont soit à la CMU, euh ça les exclut de ce genre de médecine » AL : « je trouve que ça sélectionne un type de patientèle et aussi une certaine classe sociale, car certains ne pourront pas se le permettre, moi je pense que cela peut poser problème. » B : « Je me dis que peut être d'avoir une de ses casquettes là, sélectionnerait un certain type de patientèle »
	+Patientèle différente	L : « ça serait pas les mêmes patients qui viendraient me voir pour la pratique des MAC que la patientèle habituelle »	
	+Perte des patients qui n'adhèrent pas	S : « l'obstacle, il pourrait être dans la relation avec le patient, soit des patients qui n'adhèrent pas du tout à la pratique »	

O B S T A C L E S	<p>- <i>gestion</i></p>	<p>+Education patientèle</p> <p>+Temps</p> <p>+Planning</p> <p>+Patientèle</p>	<p>AU : « qu'il faut un peu éduquer sa patientèle pour qu'elle soit sensible à ça » AL : « avoir la patientèle qui veut, qui souhaite cette thérapie. »</p> <p>E : « Savoir la doser en terme de consultation, dégager du temps, car ça prend du temps si on veut bien le faire » L : « je pense qu'il faut savoir bien partager son temps »</p> <p>B : « je pense qu'il faudrait prendre un créneau à part une après- midi ou une journée où je ferais que ça »</p> <p>L : « cela amènerait un flux de patient différents, et en plus. Et donc faut pouvoir gérer cet afflux de patient dans son emploi du temps. »</p>
	<p>- <i>Perte de la fonction initiale de médecin généraliste</i></p>	<p>+OUI</p> <p>+NON</p>	<p>B : « m'enfermerait dans une pratique, dont il serait difficile après de se dégager, donc cela serait pour moi le plus grand obstacle » E : « sans non plus verser dans le coté de faire que de la médecine complémentaire, car moi j'ai envie de garder un rôle de médecin généraliste avant tout » L : « je pense qu'il faut savoir bien partager son temps de travail si on souhaite continuer à faire de la médecine générale « traditionnelle » »</p> <p>S : « Bah moi je suis pas trop d'accord, car quand même chez le généraliste, les patients savent que la consultation est remboursée, donc je ne sais pas si ils comprendraient que ce genre de pratique est pour le coup payante, c'est par habitude en fait, ils ont l'habitude du remboursement systématique chez le médecin traitant. Et peut- être le coût de la pratique, peut surement surprendre. » E : « ce qui m'embête c'est que du coup y'a des gens qui sont soit à la CMU, et qui sont fermés, même si ils le souhaiteraient ils ne pourront pas se le permettre car du coup c'est payant et c'est trop cher pour eux, euh ça les exclut de ce genre de médecine » B : « l'obstacle serait alors le problème du remboursement car ça prend plus de temps que une consultation normale » L : « Alors je pense que effectivement les patients comprendraient pas trop, cette différence de cotation et le fait de ne pas être remboursé » AL : « Moi je trouve que c'est un obstacle aussi et pour la CMU »</p> <p>AN : « Je pense que cela ne serait pas un obstacle parce qu'ils sont prêt à payer pour aller voir un ostéopathe ou un acupuncteur, donc euh à partir du moment où c'est leur médecin qui leur fait, je pense qu'ils sont aussi d'accord pour payer la consultation » AU : « Je ne pense pas non plus que cela serait un obstacle que cela ne soit pas remboursé, car il y en a déjà qui le font actuellement et c'est pas remboursé donc euh... »</p>
	<p>- <i>Remboursement</i></p>		

A T T E N T H E S / B E S O I N S	- <i>Reconnaissance officielle des MAC</i>	+Définition claire +Remboursement / Cotation +Regard confrère +Ordre +risque	AN : « les MAC, c'est un terme que je ne connaissais pas il y en a tellement que il faudrait définir chacune pour connaître un peu l'utilité » B : « mieux reconnaître ses actes comme des actes médicaux, comme étant une spécialisation de la médecine » E : « peut- être faire modifier les cotations. voilà donc peut- être faire un effort du côté du remboursement, cotation, intégrer plus ça que actuellement. » L : « effectivement sur la reconnaissance et le remboursement de ses pratiques là, ce serait intéressant de se pencher sur la question. »
	- <i>Formation</i>	+FMC	S : « besoins effectivement de formation » B : « Oui donc besoin de formation, »
	+Soirées	+Université	L : « Moi je pensais effectivement aux formations et pas forcément passer des diplômes complémentaires, assister à des FMC » AN : « Je dirais aussi les formations plutôt sous forme de FMC » AU : « Je pense que cela serait bien des soirées, enfin des périodes courtes pour au moins faire une présentation de ses médecines, plutôt le soir et ouvertes au plus de médecins possible » AL : « Peut- être que cela devrait être plus abordé pendant le cursus de médecine, pour que l'on puisse au moins avoir une vague idée de ce que c'est »
	- <i>Connaissance</i>	+Présentation générale	AU : « si on veut se former sur une des médecines particulières, on ait déjà une idée à priori de ce que c'est. Je pense que c'est surtout ça, faire connaître » AL : «mais effectivement c'est surtout un besoin d'avoir une meilleure connaissance, voilà se former pas forcément sur la pratique mais sur ce que sont ses médecines » E : « Besoin voilà de découvrir un petit peu chaque mode de MAC, pour plus approfondir, savoir ce que c'est »
	+Indication	+Les limites	AU : « et savoir quand les utiliser. » L : « MAC pour avoir des idées, des indications, de leurs pratiques » AL : « et dans quelles indications on peut les proposer » S : « Le problème c'est redéfinir les limites des médecines parallèles. »

A T T E N T I O N S / B E S O I N S	<p>- <i>Recommandations</i></p>	<p>+HAS</p>	<p>AN : « en fait si ça pouvait s'appuyer sur des recommandations cela serait quand même, ça nous aiderait à l'intégrer dans notre pratique. si ça peut être des recommandations HAS, ou des experts » ASSEMBLEE : (<i>acquiescement général</i>), bah oui ! bien sûr ! une recommandation HAS</p>
		<p>+Consensus</p>	<p>B : « Des consensus entre médecins, entre praticiens de ses médecines complémentaires pour définir vraiment la pratique »</p>
	<p>- <i>Matériel</i></p>	<p>+Preuve scientifique</p>	<p>AL : « Si c'était scientifiquement prouvé par des études évidemment on y viendrait plus facilement »</p>
	<p>- <i>confrères</i></p>	<p>+Liste référents</p>	<p>S : « je pense aussi, je ne sais pas en acupuncture il y a un besoin de matériel, en ostéopathie, peut être une table d'examen différente »</p> <p>AU : « ils nous manquent des référents. Par exemple l'ostéopathie, j'adresse personne car je ne connais pas de nom de médecin ou kiné ostéopathe en qui je pourrais avoir confiance. Je pense que si l'on pouvait seulement avoir des noms déjà cela nous aiderais » B : « d'avoir quelques référents dans chacune de ces spécialités pour adresser en toute confiance des patients à ces professionnels »</p> <p>+Communication / échange</p> <p>AN : « mon souhait serait aussi qu'il y ait des relations plus importantes, dans la prise en charge du patient » L : « j'espère des relations plus proches, en tout cas, où l'on pourrait un petit peu partager les expériences, le suivi dans l'idéal de certains patients, plus proches en effet pour pouvoir plus communiquer avec eux sur ce qu'ils peuvent proposer aux patients » AL : « d'échanger autour de leurs pratiques pour mieux les connaître et justement si on en a besoin euh de pouvoir bien orienter les gens » AU : « Pareil, j'aimerais qu'il y ait des bonnes relations, euh plus de relation d'ailleurs pour pouvoir échanger, apprendre surtout euh nous de notre côté ceux que les autres professionnels font de leurs pratiques » S : « Euh, oui pareil, de l'échange, de la communication » E : « Voilà, j'aimerais bien avoir des relations tout à fait cordiales, je trouve que c'est très intéressant de pouvoir travailler avec des confrères, des médecins, des professionnels qui pratiquent ces médecines là, puisque moi je suis curieuse de découvrir ça »</p> <p>+Rencontres</p> <p>AL : « effectivement pouvoir rencontrer euh, ces différents professionnels pour mieux appréhender leurs pratiques » B : « pourquoi pas effectivement, organiser des réunions pour euh, pour qu'on se rencontre » AN : « Et la 2ème chose serait effectivement des rencontres »</p>

4 DISCUSSION

4.1 SUR LA MÉTHODE

A.) Les limites du focus group

Les limites du focus group résultent des aspects négatifs de l'interaction de groupe. Il peut y avoir des réticences à exprimer des idées personnelles. Il a pu y avoir un meneur qui s'est détaché dans le groupe. L'entretien collectif peut parfois créer des effets d'entraînement (la dynamique de groupe, permet à certain d'exprimer des choses qu'ils ne diraient pas dans un contexte différent), il crée aussi des effets de censure ou de conformité (acquiescement à la réponse précédente, sans y croire vraiment). Les résultats d'une étude par focus group ne peuvent pas être généralisés, car le groupe n'a pas été constitué dans un but de représentativité de la population source.

B.) Biais lié aux participants

L'étude apporte la vision, la perception des jeunes médecins généralistes, mais ne donne pas la perception des médecins généralistes ayant une expérience plus importante.

Toutefois, on peut se dire que les jeunes médecins généralistes sont plus confronté à la demande de MAC par les patients, qui pensent peut être que la nouvelle génération de médecins est plus à l'écoute et peut être plus formée sur ce sujet.

De plus dans les participants, il faut noter la présence de six femmes pour un homme seulement. Cela s'explique en partie par la féminisation des promotions des nouveaux internes en médecine générale (65%).

En effet d'après les données de la DRESS (15), en 2011, la part des femmes affectées en médecine générale est pratiquement identique à celle de 2010 (65 % après 66 %). Depuis 2007, environ 2 internes de médecine générale sur 3 sont des femmes. D'après les données de l'INSEE (39) datant de 2012 : sur 101 803 omnipraticiens, la part des femmes est de 41,6 %.

Un des biais majeurs de l'étude est lié à l'absence de réponse positive à la participation à l'entretien par de nombreux médecins généralistes. Il est vrai que la date de l'entretien était pendant les vacances de juillet, mais beaucoup de relances sont restées sans réponse. On peut émettre l'hypothèse que le thème des MAC ne les concernait pas ou ne les intéressait pas et que la participation à un travail de thèse touche plus les jeunes médecins encore concernés par l'aspect universitaire.

Cependant le groupe de travail est homogène et il nous a semblé de ce fait que les résultats conservaient leurs caractères intéressants malgré la non-représentativité de cet échantillon sur la population générale.

C.) Biais lié aux interventions de l'animateur

Les interventions de l'animateur ont guidé la discussion. Il a pu induire des réponses ou absences de réponses à cause d'elle (En créant des relances, ou de par l'intonation de la voix). Ses commentaires et ses questions directes ont pu influencer les propos des intervenants.

4.2 SUR LES RÉSULTATS

A.) Des résultats attendus

a.) Perception globale des MAC :

Les médecins ont essayé de définir les MAC, mais aucun n'a réussi à donner une définition claire, ou à se limiter à une définition globale. Ils insistent sur la dichotomie entre médecine conventionnelle et les MAC. Le caractère alternatif ou complémentaire est fonction pour eux de situations et de pratiques précises.

- La thèse de HENRIOT Aymeric (40), publié en 2012, intitulée « Pourquoi les médecins généralistes intègrent- ils les médecines non conventionnelles dans leur pratique ? Etude qualitative de l'intégration des médecines non conventionnelles chez 11 généralistes du calvados. » confirme ce flou sur la définition des MAC. Spontanément les médecins définissent les MAC par opposition à la médecine conventionnelle. Ils font tous une différence entre les MAC validées par une formation universitaire et celles qui relèvent de pratiques magiques.

- La thèse de Maud GEESSEN montre que 81,9% des personnes interrogées considèrent les MAC comme complémentaires à la médecine conventionnelle, contre 8,6% comme alternatives et 11,8% sans intérêts. (12)

En conclusion de notre entretien sur la perception globale des MAC par les médecins généralistes, leurs visions restent très floues, il n'y a pas d'opposition mais leur manque d'expérience et de pratique ne leur permet pas de statuer sur les MAC. Toutefois l'intérêt, l'attrait est présent.

- La Thèse de LAW-YEE Anne-Christine (41), publiée en 2011, intitulée « attitude du MG face aux thérapies complémentaires », qui a réalisé des entretiens individuels chez 21 médecins généralistes du canton de garde de Chinon dans le département de L'Indre et Loire confirme nos résultats. En effet devant un patient en demande, l'état d'esprit des médecins généralistes est positif pour 63% d'entre eux et neutre pour le reste. Les généralistes trouvent ces thérapies utiles à 84.5%.

- Thèse de AIT'M HAMMED Moloud (7), publiée en 2012, intitulée « évaluation du recours aux médecines complémentaires et alternatives en médecine générale dans le département de l'Oise ». Trois cents vingt patients de Médecine Générale ont été interrogés sur la base d'un questionnaire anonyme. De même, un questionnaire était remis à chaque médecin (15) participant à l'étude afin d'évaluer ses connaissances sur les MAC et son implication dans l'intégration de ces techniques au parcours de soin du patient. Lors de la question de l'intérêt des médecins pour ses MAC, leurs avis étaient très mitigés. A cette question, 26,7% ont répondu « non » et 26,7% ont répondu « oui ». La moitié d'entre- eux, 46,6%, sont mitigés et ont répondu « oui » et « non » ce qui contraste avec les 73% des médecins soucieux de connaître le taux de recours aux MAC parmi leurs patients.

- Une étude a été réalisée à Singapour en novembre 2012 (42) afin de connaître la perception des MAC chez les étudiants en médecine. Un total de 555 étudiants de la première à la 5ème année ont rempli un questionnaire pour évaluer leurs connaissances, croyances et attitudes sur 16 MAC. 92%, ont une vision positive de l'intégration des MAC dans la médecine conventionnelle.

- La thèse de BASSEL Adamo publié en juin 2012 (43), intitulée « perception et utilisation des médecines non conventionnelles par les médecins généralistes », 103 médecins de la région mosellane ont répondu à un questionnaire montrant aussi un intérêt des MG à pratiquer ce type de médecine. 16 % des généralistes ont eu une formation de médecine complémentaire. Cependant, 44% des médecins interrogés pratiquent une médecine complémentaire à leur cabinet.

- La thèse de LHOMME RENAUD A (44), publiée en 2008 qui s'intitule : « Les médecines parallèles dans la pratique du généraliste : état des lieux de la formation et perspectives : enquête auprès de 160 médecins de Haute- Garonne ». D'après l'enquête, parmi ceux qui ont déclaré ne pas pratiquer de MAC, 56% pratiquent au moins l'une des 4 techniques étudiées (acupuncture, homéopathie, ostéopathie, phytothérapie). De plus 43% des généralistes pratiquaient un soin alternatif sans n'avoir jamais reçu de formation.

Comme dans notre étude, les médecins pratiquaient les MAC sans avoir eu une formation particulière.

Lors de l'entretien, les médecins ont jugé leurs connaissances sur l'acupuncture, l'ostéopathie et l'homéopathie nulle ou moyenne. Le groupe était plutôt scindé en deux avec les partisans pour l'homéopathie et les autres pour l'ostéopathie.

- La thèse de LAW-YEE AC, (41) a montré que plus de 82% des médecins sondés pratiquant une médecine alternative ont choisi la mésothérapie, l'homéopathie et la phytothérapie alors que peu pratiquent une thérapie manuelle (ostéopathie, chiropraxie) ou l'acupuncture. De plus, 29 sur les 62 pratiquant une médecine alternative (soit 47%) exercent la mésothérapie. Dans l'enquête, la médecine non conventionnelle la plus connue est la mésothérapie suivie de l'homéopathie et de la phytothérapie où le niveau de connaissance est globalement le même. Ensuite nous avons l'ostéopathie puis l'acupuncture et finalement la chiropraxie qui est largement moins connue. Les généralistes interrogés ont plutôt l'impression d'avoir une mauvaise connaissance (nulle ou mauvaise dans les sondés) de ces médecines.

- Dans la thèse de LHOMME RENAUD A (44), d'après le questionnaire, l'état des connaissances est un peu pour l'homéo/phytothérapie et pas du tout pour l'ostéopathie et acupuncture. La fréquence de pratique est de 53% pour la phytothérapie, 43% pour l'homéopathie, 18 pour l'acupuncture et 8% pour l'ostéopathie.

- Une étude nationale en Australie, s'est déroulée en 2010 (45). Un questionnaire a été envoyé à 4032 médecins généralistes pour connaître leurs attitudes et connaissances sur les MAC. Seulement 1178 questionnaires ont été analysés. 361 médecins se considéraient comme des médecins pratiquant la MAC et 726 comme non pratiquant. L'attitude des médecins pratiquant ces thérapies étaient généralement plus positive et moins septique que les autres médecins. Bien que les 2 groupes en discutent avec leurs patients, ceux pratiquant les MAC étaient plus susceptibles d'en prescrire et d'initier la discussion. Certes les médecins pratiquant les MAC étaient mieux informés sur ce type de thérapie. Mais dans les 2 groupes leurs connaissances sur les potentiels effets secondaires étaient très limitées.

- Une étude a été réalisée à Singapour en novembre 2012 (42) afin de connaître la perception des MAC chez les étudiants en médecine. L'acupuncture est la MAC la plus connue (57%). Sur les autres MAC, les étudiants savaient très peu de choses ou n'avaient jamais entendu parler de ces thérapies. De manière générale leurs connaissances étaient très limitées.

- Une étude québécoise, datant de 1995 dans la province de Québec à l'aide de questionnaires a évalué les connaissances et formation de 200 médecins généralistes sur l'acupuncture, la

chiropraxie et l'hypnose (46). Ils estiment leurs connaissances médiocres. Seulement 8% des médecins avaient reçu une formation antérieure.

- Une étude au Canada a été réalisée en 1995 pour décrire les opinions des médecins généralistes sur les MAC (47). Un questionnaire a été envoyé à 400 médecins en Ontario et Alberta. Les médecins généralistes considèrent l'acupuncture, la chiropraxie et l'hypnose comme les MAC les plus utiles et la réflexologie, naturopathie et l'homéopathie comme les moins utiles.

Selon les études la fréquence d'utilisation de l'acupuncture, homéopathie et ostéopathie est variable, de manière générale les médecins sont intéressés par les MAC, leurs opinions restent toutefois mitigées. Tous relèvent un manque de connaissance sur ce sujet. A noter que malgré l'absence de formation, beaucoup de médecins pratiquent ce type de médecine.

b.) Représentation des MAC :

Dans notre entretien, les médecins pratiquaient ces médecines en mettant en avant les points positifs qui sont le côté humain, la prise en charge globale et l'attrait pour les patients des médecines « douces », tous les médecins évoquaient le manque de connaissances et plusieurs médecins restaient sceptiques sur l'efficacité.

Les différents éléments de la littérature, confirment ce que nos médecins évoquaient :

- Dans la thèse de LHOMME RENAUD A (44), Les raisons de la pratique sont l'efficacité, l'innocuité et la demande du patient. L'effet placebo et l'approche du patient dans sa globalité viennent en seconde ligne. Les raisons de la non pratique sont le manque de connaissance et la non efficacité surtout pour l'homéopathie.

- La Thèse de BASSEL Adamo (43), dans les médecins interrogés, seulement 9% d'entre eux sont convaincus de la crédibilité scientifique des MAC tandis que la majorité, 73%, avancent un effet placebo attendu dans le recours à ces techniques. Viennent ensuite la volonté de préserver la relation médecin/malade (64%) puis l'idée de déléguer un temps d'écoute, faisant défaut au praticien, à un autre professionnel de santé (55%). Quant aux médecins interrogés et manifestant un désintérêt à l'égard des MAC, Il apparaît ainsi que pour un groupe d'entre eux (72%) le rejet des MAC est d'ordre purement scientifique : croyance en

l'inefficacité des MAC et opposition au principe de la médecine fondée sur les preuves. Tandis que pour un autre groupe (72%), c'est la contrainte de temps qui est avancée : pas le temps de s'y intéresser et difficulté liée à la formation.

- Une méta-analyse a été réalisée en Angleterre en 1995 pour évaluer si les médecins perçoivent la médecine complémentaire comme utile ou efficace (48). Une recherche documentaire a été effectuée pour récupérer tous les articles pertinents. Douze enquêtes ont été analysées. Les résultats montrent une grande variabilité. En moyenne, les médecins perçoivent les MAC comme modérément efficaces.

- L'étude réalisée au Canada en 1995 (47) : 56% des médecins pensent que les MAC peuvent apporter un bénéfice supplémentaire à la médecine conventionnelle.

c.) Attitude/relation avec le médecin traitant :

Lors de l'entretien, les médecins ont pensé que si les patients avaient recours aux MAC, c'était pour avoir une relation médecin-patient différente de la relation conventionnelle, qu'ils cherchaient quelque chose de plus.

Cet attrait relativement nouveau pour ce type de pratiques semble suggérer une modification profonde de la vision des patients sur leur santé. Comme réaffirmé par la loi du 4 mars 2002 relative aux droits du malade, le patient doit se rendre acteur de sa propre santé. Il est décideur à part entière de son parcours de soin. Le rôle paternaliste du médecin « de famille » ou de « campagne » est de plus en plus délaissé pour un rôle plus empathique, de conseiller.

Les patients semblent émettre le besoin de consulter d'autres types de praticiens, soit pour qu'un œil neuf se penche sur leurs problèmes, soit par appréhension d'évoquer avec son médecin traitant des croyances, par peur d'un jugement négatif.

Ces éléments sont aussi repris dans la thèse de DUBOIS-COURVOISIER (49), les patients évoquent une expérience différente de la médecine conventionnelle en mettant en avant plusieurs points: temporalité, écoute, globalité et personnalisation. Ces éléments sont des intervenants dans la prise en charge du patient à travers les MAC qui font que le patient se sent écouté, unique et pris en considération.

Une discussion, publiée dans le *British Journal of General Practice* d'octobre 2000 (50), suggère que les patients utilisant la médecine complémentaire ont confiance en leur potentiel de guérison de leur corps et ont l'impression d'avoir plus de contrôle sur leur corps que les patients qui n'ont pas utilisé la médecine complémentaire. Ils ont particulièrement apprécié les discussions, l'approche positive, et le soutien psychologique donné par les thérapeutes pratiquant les MAC.

Pour les relations avec les confrères, la plupart des médecins préféraient envoyer leurs patients chez des médecins spécialisés, comme par exemple pour l'ostéopathie où ils préfèrent les médecins- ostéopathes ou les kinésithérapeutes- ostéopathes, que les ostéopathes seuls. Cet aspect est un peu différent des données de la littérature étrangère où les médecins envoient leurs patients chez des professionnels non médecins. Cette réticence peut être expliquée par la crainte de voir le rôle de conseiller, passer entre les mains de personnes non compétentes, au sens de non reconnues par ses pairs. Le caractère méconnu de ces pratiques ont tendance à attiser de nombreux fantasmes de la part de médecins ignorant la réelle pratique de ces médecines.

- Une étude québécoise, datant de 1995 dans la province de Québec à l'aide de questionnaire a évalué les connaissances et formations de 200 généralistes sur l'acupuncture, la chiropraxie et l'hypnose (46). 60% des médecins orientent leurs patients vers des médecins exerçant ce type de MAC et 68% à des professionnels non médecins.

- La Thèse de BASSEL Adamo publié en juin 2012, intitulée « perception et utilisation des médecines non conventionnelles par les médecins généralistes » (43). 82.5% des médecins pensent que les médecines alternatives doivent être réservées aux médecins ou aux personnes ayant reçu un diplôme officiel par une faculté de médecine.

Pour le mode d'orientation, dans notre étude les médecins étaient simples conseillers et orientaient leurs patients vers des professionnels adaptés. Très peu des médecins évoquaient par eux- mêmes l'idée des MAC, c'était plutôt une demande de la part des patients, qu'ils ont tous suivi. Ils n'ont pas désapprouvé leur recours, peut-être par leur manque de pratique professionnelle et d'assurance. Tous les médecins ne voulaient pas forcément pratiquer ultérieurement mais la majorité voudrait intégrer les soins de MAC dans leur pratique. Ils

souhaitaient tous être au courant de ce que le patient fait, et maintiennent leur envie ainsi de coordonner les soins prodigués.

Les éléments de la littérature confirment ces éléments, beaucoup de patients en effet consultent sans en informer leur médecin.

L'envie des généralistes serait donc de remplir une partie de leur mission, à savoir à défaut de pratiquer eux-mêmes les MAC, pour le moins orienter leurs patients vers les praticiens les plus adaptés à leurs demandes. La bienveillance est un principe cher à la profession, et voir les patients transmettre les clés de leur santé à d'autres praticiens non diplômés est vexatoire pour certains. D'où le discrédit de la pratique des MAC à l'heure actuelle.

Le risque avancé serait de voir se développer un réseau de soin parallèle à la médecine conventionnelle, où les réticences de part et d'autre seraient un facteur de risque pour une mauvaise prise en charge des patients.

- Thèse de Clarisse MAYER, publié en 2010 (6), a étudié le recours aux MAC parmi les patients de médecine générale à Paris, 521 patients ont été interrogés. 70,4 des patients interrogés déclarent avoir initialement consulté en MAC sur les conseils de proches et seulement 16,9% sur les conseils de leur médecin traitant. Les patients utilisateurs de MAC ont répondu que leur médecin traitant n'était pas au courant de leur suivi parallèle dans 51,2%. Parmi les patients qui abordent le sujet avec leur médecin traitant (48,8%), une grande majorité (45,3%) reçoit son appui dans cette démarche, mais seuls 10,7% des patients bénéficient d'une collaboration ouverte entre le médecin traitant et leur autre praticien.

- Thèse de LAW-YEE Anne-Christine (41), Sur les 21 médecins traitants, 19 sont sollicités par leurs patients à discuter de thérapies complémentaires.

- Thèse de AIT'M HAMMED Moloud (7), 65% des patients interrogés déclarent avoir initialement consulté en MAC sur les conseils de proches et seulement 19% sur les conseils de leur médecin traitant. Les patients utilisateurs de MAC ont en majorité répondu que leur médecin traitant était au courant de leur suivi en médecine douce (59%). Parmi les patients qui abordent le sujet avec leur médecin traitant, une grande majorité (40%) reçoit son appui dans cette démarche. Cependant, seuls 19% des patients utilisateurs de MAC bénéficient d'une collaboration entre leur médecin traitant et leur autre praticien. Chez les médecins : on constate que seulement 7% des médecins interrogés souhaitent pratiquer et intégrer les MAC dans le parcours de soin de leurs patients. On voit ensuite une proportion équivalente entre les

médecins acceptant d'intervenir indirectement dans un parcours de soin impliquant les MAC, en étant à l'écoute de la demande du patient (40%) et les médecins ne souhaitant pas interférer dans le recours de leur patientèle aux MAC jugeant le patient apte à décider de lui-même de l'intérêt ou non à consulter en MAC (40%). Enfin, 13% des médecins interrogés se disent indifférents quant au recours de leurs patients aux MAC.

- dans la thèse de DUBOIS-COURVOISIER (49), les raisons évoquées par les patients de ce manque de communication sont le manque d'occasion ou un problème au niveau de la relation médecin-patient, une gêne, un manque de confiance ou la peur d'être jugé.

d.) Recours :

Les situations évoquées par les médecins lors de l'entretien par ordre de fréquence : pas d'autres solutions possibles, à la demande du patient, l'échec des traitements conventionnels sont les raisons majoritairement citées puis viennent l'expérience du patient, l'attente de soins, des soins à faible risque, l'approche globale, la relation d'une relation médecin/traitant différente.

Le « primum non nocere », cher à la profession médicale semble prévaloir. Mais le recours semble également survenir quand le praticien se retrouve dans une impasse, ou un défaut de dialogue avec un patient. La solution MAC peut être vue comme une solution de facilité dans certains cas difficiles.

Ces données sont pour l'ensemble les mêmes que celle retrouvées dans la littérature.

- Dans la thèse de Clarisse MAYER (6), l'objectif des patients qui recourent à une MAC : 44,1% des patients interrogés ont consulté en complément de leur traitement conventionnel, 21% l'ont fait pour tenter d'éviter un traitement allopathique par peur des effets secondaires, et 26% ont consulté en MAC dans un second temps après échec des thérapeutiques conventionnelles.

- Thèse de BASSEL Adamo (43): L'insatisfaction de la médecine conventionnelle (échec de l'allopathie ou de ses traitements) est la cause du recours des patients aux médecines complémentaires la plus citée par les généralistes de l'étude (46.6%).

- une étude canadienne sur plus de 200 généralistes a aussi cité majoritairement l'insatisfaction de la médecine conventionnelle, 51% d'entre eux (48).

- Thèse de AIT'M HAMMED Moloud, (7) pour les situations, 45% des patients interrogés consultent ou ont consulté en MAC en complément de leur traitement conventionnel et non à ses dépendants. Au contraire, 14% des patients ont eu recours à ces techniques pour échapper au parcours de soin habituel. 17% ont consulté en MAC après un échec des thérapeutiques conventionnelles. 8% l'ont fait à visée préventive et 7% recherchaient à travers ce recours aux MAC, un soutien psychologique.

- la thèse de HENRIOT Aymeric (40) souligne une utilisation fréquente des MAC. Leur choix n'est pas fait en raison d'une conviction intime de l'efficacité des MAC, mais pour proposer un soin à faible risque, dans l'absence de solution, dans le fait de rester dans l'action de soin aux yeux du patient.

Les motifs cités par les médecins interrogés sont assez variés, on retrouve le plus fréquemment, la recherche d'un bien-être, les troubles psychiatriques (dépression, anxiété, insomnie), les addictions puis vient la prise en charge de la douleur, les pathologies de l'appareil locomoteur, les pathologies chroniques et enfin les pathologies psychosomatiques bénignes et la prévention en pédiatrie.

Ainsi sont plus fréquemment citées les situations où la médecine traditionnelle présente des solutions limitées, et où on peut rapidement se retrouver dans une impasse thérapeutique par échec ou inefficacité. Le recours aux MAC semblerait être une solution pour ne pas se retrouver dans une situation sans espoir d'amélioration pour le patient.

On retrouve classiquement les mêmes données dans les études.

- Dans la thèse de Clarisse MAYER (6), les types de pathologie pour lesquelles les patients de l'échantillon ont consulté en MAC : douleurs ostéo-articulaire (36,6%), anxiété (15,9%), dépression (9,3%), trouble digestif (5,9%) et inférieur à 5% pour les troubles ORL, troubles du sommeil, migraine, sevrage tabagique

- Dans la thèse de LAW-YEE Anne-Christine (41), les motifs d'orientation sont par ordre de fréquence pathologie de l'appareil locomoteur, bien-être, pathologie psychosomatique, addiction et pathologie cancéreuse.

- Dans la thèse de AIT'M HAMMED Moloud (7), les motifs médicaux pour lesquelles les patients utilisateurs consultent en MAC sont largement dominées par les douleurs ostéo-articulaires, musculaires et neuropathiques (arthrose, lombalgies, sciatiques, névralgies, entorses, tendinites, etc...). Elles représentent 69% des motifs de recours aux MAC. En seconde position, on retrouve les troubles anxieux et la dépression qui représentent 20% des motifs de recours. Auxquels on peut ajouter les troubles du sommeil (2%). En troisième position, on note la motivation diététique/amaigrissement qui représente 8% des indications.

e.) Obstacles :

Lors de l'entretien, de manière unanime tous les médecins furent d'accord sur le fait que la formation est un obstacle majeur. Le fait qu'il n'y ait pas de recommandations HAS n'était pas un obstacle mais ils étaient tous d'accord pour dire que s'il y en avait une, cela les aiderait à intégrer les MAC dans leurs pratiques.

Les médecins évoquaient aussi le problème de la gestion du temps de consultations et du planning

Au niveau du remboursement les avis furent partagés, certains médecins pensaient que le non remboursement est un obstacle majeur excluant un nombre important de patients. Ils souhaiteraient une reconnaissance officielle, avec un système de cotation et donc de remboursement de la sécurité sociale.

- Dans la thèse de LAW-YEE Anne-Christine (41), Les principales difficultés perçues par les médecins face aux thérapies complémentaires sont représentées par le manque de preuve scientifique, le manque de temps, le manque de connaissances et enfin le coût financier.

- D'après la thèse de HENRIOT Aymeric (40), les praticiens ont souligné une limitation économique liée au faible remboursement et parfois aux prix élevés des MAC, ainsi qu'un manque d'information sur les MAC, soit par absence de documents existant, soit par manque de connaissance des éléments disponibles.

Une étude a été réalisée à Singapour en novembre 2012 (42), l'obstacle principal étant l'absence de preuves scientifiques pour les étudiants en médecine.

f.) Attentes / besoins :

L'ensemble des médecins souhaiterait une reconnaissance officielle des MAC car cela engendrerait :

- une définition claire des MAC, avec un cadre redéfinissant les limites avec des recommandations sur les indications, ce qui limiterait les dérives et les risques.
- une reconnaissance au niveau de la sécurité sociale et donc un remboursement des actes.
- une reconnaissance au niveau de l'Académie de Médecine.

Ses éléments sont confirmés par les données de la littérature.

- D'après la thèse de BASSEL Adamo publié en juin 2012 (43), La moitié (51.5%) des médecins généralistes pense qu'elles devraient être remboursées par la Sécurité Sociale et certains proposent un remboursement uniquement en cas de niveau de preuve élevé ou uniquement si elles sont pratiquées par un médecin ou qu'elles rentrent dans le parcours de soins. Donc, même s'ils les pratiquent pour certains et les trouvent utiles pour la plupart, seulement la moitié pensent qu'elles doivent être remboursées et cela peut s'expliquer par le faible niveau de preuve scientifique de certaines d'entre elles. Ils sont donc plutôt en faveur du remboursement par des mutuelles (70.9%).

- Une enquête par questionnaire a été réalisée en 97 chez les médecins généralistes travaillant dans les services de santé dans le sud-ouest de l'Angleterre afin de connaître l'utilisation et les attitudes des médecins généralistes envers les MAC. Plus de 50% de ces médecins pensaient que l'ostéopathie, l'acupuncture et la chiropraxie devraient être financé par le service de santé. (51)

De plus l'ensemble des médecins souhaiterait une formation supplémentaire pour améliorer leurs connaissances et permettre une meilleure prise en charge des patients.

- Dans la thèse de HENRIOT Aymeric (40), la majorité des praticiens ont formulé un souhait d'information au cours de la formation initiale.

- D'après la thèse de LHOMME RENAUD A (44): Un généraliste sur 3 souhaite un développement de l'information et un généraliste sur 4 désire de même pour la formation.

- Une étude a été réalisée à Singapour en novembre 2012, 86% des étudiants souhaiteraient avoir des informations supplémentaires. (42)

B.) Aspect discordant/différent avec les travaux effectués sur le même thème

a.) Cancérologie

Les médecins de notre focus group, n'ont pas du tout évoqué la place de la médecine alternative et complémentaire au sein de l'hôpital ; hors dans les services de cancérologie ou de soins palliatifs ou encore de prise en charge de la douleur, des consultations de MAC sont mises en place (52).

- En effet une étude (53) menée dans un centre d'oncologie parisien sur 200 patients en 2005 constate que 35% des malades ont eu recours aux thérapies complémentaires. Parmi eux, 42 % des patients ont employé l'homéopathie, 27% un traitement à base de plantes, 22% l'acupuncture et 18% des vitamines. D'autres travaux (54,55) effectués plus récemment à Amiens et Grenoble retrouvent qu'en moyenne, un patient sur trois a déjà eu recours à une thérapie complémentaire, toujours avec une prédominance pour l'homéopathie.

- De plus d'après la thèse de sociologie de SCHRAUB Simon (56) ; près de 30% des malades cancéreux font appel aux médecines complémentaires et alternatives. Les motivations des malades et les raisons de cet engouement ont été analysées par l'auteur par 2 enquêtes réalisées à 15 ans d'intervalle et au travers d'une pratique de près de 45 ans de soins en cancérologie. Il s'agit pour quelques malades d'une recherche d'un bien-être physique et mental par un système médical autre. Bien souvent, le malade est mû par la volonté d'être actif vis-à-vis de sa maladie, surtout par son désir d'avoir une solution autre en cas d'échec ou de carence de la médecine classique.

b.) Effets secondaires

L'autre chose que les médecins n'ont pas discuté ce sont les effets secondaires de ce type de thérapeutique. Ils ont évoqués en effet une certaine méfiance envers certains ostéopathes qui peuvent mal faire, mais ils n'ont pas parlé des risques encourus.

- D'après la thèse de BASSEL Adamo publié en juin 2012 (7). Environ 70% des généralistes sondés pensent que les médecines non conventionnelles peuvent présenter des risques et un classement est proposé en fonctions des thérapies utilisées:

+Pour les thérapies manuelles (ostéopathie, chiropractie), les risques sont liés à de mauvaises manipulations entraînant des troubles neurologiques ou des douleurs.

+Pour les thérapies à base de plantes médicinales (comme la phytothérapie), les risques sont liés aux produits thérapeutiques/médicaments utilisés : allergique, toxique, interactions médicamenteuses.

+Pour l'acupuncture et la mésothérapie, des risques septiques dus aux piqûres et allergiques dus aux produits utilisés ont été cités.

De plus, un risque global lié à toutes les médecines alternatives a été régulièrement cité. Il s'agit d'une perte de chance liée à un retard diagnostique, ou liée à un retard ou arrêt d'un traitement ; ou sinon d'un problème de défaut de compétence avec l'absence ou le manque de formation ou bien la pratique par un non médecin.

c.) Côté magique, mystique, religieux

Lors des entretiens les médecins n'ont pas du tout évoqué le côté magique, surnaturel qui a pu attirer les patients. En effet certains patients accordent à la croyance une importance qu'elle soit d'ordre religieuse ou d'ordre surnaturelle. L'homme a souvent besoin de croire en quelque chose d'inexplicable, les MAC apportent l'espoir dans des situations où la science basée sur les preuves n'en laisse pas.

- La thèse de DUBOIS-COURVOISIER (49), lors de ces entretiens 5 personnes sur les 15 interrogées accordent un côté magique à ses MAC, en les intégrant à de la sorcellerie, ou à de la religiosité, surtout en ce qui concerne les rebouteux ou le magnétisme.

- Dans la thèse de GEESEN M (12), 11,8% des personnes intègrent la notion de culture ou de croyances familiales dans les raisons de leurs recours aux MAC.

d.) Expériences personnelles des médecins ou patients

- Une enquête en Angleterre en 1983 a été entreprise pour explorer les attitudes face à la médecine alternative parmi les 100 stagiaires de médecins généralistes. 22 médecins ont été traité, ou s'étaient traité par un traitement alternatif, et cette expérience personnelle a été liée à une utilisation professionnelle plus importante. L'étude montre en effet que l'expérience personnelle des médecins, influençait leurs pratiques. Lors de l'entretien collectif aucun des médecins n'a évoqué d'expériences personnelles (57)

- la thèse de DUBOIS-COURVOISIER (49) montre que la population a très peu de connaissances sur les MAC, que ce soit sur leurs principes, leurs efficacités ou sur leurs indications. Celles-ci ont toutes été acquises à travers leur propre expérience ou de celles de leurs proches.

- Deux études ont montrés que les étudiants ont une vision très positive des MAC et même plus optimiste que leurs collègues plus chevronnés. (42,48)

e.) Point de vue des doyens

La thèse de Mme REIX Fanny, publiée en 2010 qui s'intitule : « les médecines complémentaires et alternatives dans les études de médecine en France. Etat des lieux et opinions des doyens et étudiants » (58). A partir des réponses de 391 étudiants et 22 doyens ; le corpus universitaire met à disposition des étudiants des diplômes à l'issue d'une formation à la faculté. Cette offre est encore très hétérogène en France et certaines MAC restent très peu enseignées. La répartition est inégale sur le territoire, seulement 28% des étudiants ont bénéficié d'une information sur les MAC pendant leurs cursus dans 26 facultés sur 34 sondées. De plus Il n'y a pas de consensus national sur les enseignements, 7 grands types d'enseignements informatifs différents ont été mis en évidence. D'après les recherches

effectuées, l'intégration d'une information sur les MAC, dans les universités de médecine à l'étranger est récente et hétérogène.

Les limites de l'intégration selon les responsables pédagogiques sont : pas assez de preuves scientifiques, d'EBM ; les MAC ne sont pas intégrées dans le cursus car elles ne font pas partie des items de l'ECN ; le programme serait trop dense ; l'absence de financement ; l'absence de d'enseignants qualifiés ; la réticence des universitaires (en effet l'opinion des doyens est majoritairement négative ou neutre).

Les avantages : augmentation des connaissances de base sur des thérapies communément utilisées par le public, connaître les indications et contre-indications, leurs bénéfices et leurs risques, améliorer la communication médecin/malade.

L'intérêt d'une intégration des MAC : Opinion des doyens et responsables pédagogiques, 43% étaient contre, 18% favorable et 25% neutre.

Ces éléments mettent en évidence que l'intégration des MAC dans le cursus universitaire est très loin d'être mis en place, avec encore des réticences très fortes à leur enseignement.

f.) Les indications

Les médecins lors de l'entretien n'ont pas cité les indications précises de la littérature française qui existent :

Recommandation HAS, pour la polyarthrite (26), acupuncture (GRADE A pour les vomissements gravidiques) (25), direction générale de l'offre de soins pour la prise en charge de la douleur (59).

g.) La notion de guérison

Une des raisons que les médecins n'ont pas cité lors de l'entretien, c'est l'utilisation des MAC pour augmenter les chances de guérison. Hors dans la thèse de DUBOIS-COURVOISIER J. Pourquoi les patients ont-ils recours aux médecines non conventionnelles? (49) Les patients interrogés ont évoqué comme raison la multiplication des chances de guérison, le

regroupement de toutes les possibilités envisageables pour augmenter la probabilité de réussite et donc de guérison.

C.) Nouveaux éléments trouvés

a.) Faiblesse de la médecine conventionnelle

Dans notre entretien, les médecins ont souligné les points faibles de la médecine conventionnelle en évoquant le manque d'efficacité pour tous les troubles musculo-squelettique et aussi la médiatisation des effets secondaires, mais aussi le fait que la MC à une prise en charge peut être moins globale, moins humaine que la MAC.

b.) Recherche d'une relation Médecin-Patient différente

Les médecins interrogés dans notre étude pensaient que les patients se tournent vers les MAC, car justement ils recherchent une prise en charge différente, quelque chose de plus. La plupart des médecins évoquaient le fait que cela soit probablement la volonté des patients d'un rapport plus personnalisé. De plus les MAC permettent aux patients d'être plus acteur de leurs soins.

c.) Mode d'orientation

Les médecins du focus group se plaçaient dans une attitude bienveillante d'accompagnement, ils estimaient important que le patient se sente compris et accepté dans sa démarche. Ils ne voyaient pas l'utilité de s'opposer à ses choix sauf dans les situations où la MC peut mieux répondre à leurs attentes. Ils souhaitaient que les patients les impliquent plus dans leurs choix et une relation basée sur la discussion et l'échange. Ils souhaitaient garder leurs places de premier prescripteur.

d.) Perte de la fonction initiale de médecins généralistes et perte de la clientèle

Lors des entretiens, la moitié des médecins craignaient en utilisant ces pratiques de perdre une partie de leur clientèle et surtout leur fonction initiale de médecin généraliste pratiquant la MC et s'enfermeraient dans une pratique où il serait difficile de se dégager.

e.) Confrères

Les médecins interrogés souhaiteraient des meilleures relations avec leurs confrères, une reconnaissance s'ils pratiquaient une MAC, évité d'être jugé ou critiqué et une collaboration avec les confrères prenant en charge leurs patients. Tous étaient d'accord pour apprendre à connaître leurs confrères afin d'échanger sur des dossiers et permettre une meilleure prise en charge des patients.

D.) Au total

Au vu de nos résultats et des données de la littérature, le point commun à tous ses travaux et les aspects à améliorer afin de renforcer la qualité des services et la prévention de dérives éventuelles ainsi que la capacité de l'utilisateur à faire un choix éclairé sont :

- L'amélioration des connaissances des médecins
- L'amélioration de l'attitude des médecins envers les MAC
- L'amélioration de la communication (patients, médecins généralistes, confrère, praticiens non médecins)
- La nécessité d'un cadre réglementaire
- Une reconnaissance officielle

5 CONCLUSION

Les Français sont de plus en plus préoccupés par leur santé, comme le montre le dernier sondage SOFRES, 88% des Français accordent de l'importance à leur santé en général. (60) Le recours aux MAC augmente et les patients continuent à utiliser les MAC sans en informer leur médecin traitant. En effet malgré la réticence de certains, d'autres y trouvent une arme thérapeutique supplémentaire, une alternative à certains traitements. Les MAC semblent avoir de l'intérêt pour la population non seulement dans des pathologies bénignes avec des symptômes invalidants mais également dans les pathologies plus graves, de par leur effet potentialisateur des thérapies classiques.

Toutefois face à cette demande importante les patients trouvent un corps médical plutôt réticent et septique, principalement en raison du manque de connaissance qu'ils ont des MAC et du manque de preuves scientifiques de leur efficacité.

Il faut que les médecins connaissent les indications, les limites et les risques de chacune de ces médecines alternatives et complémentaires. Un développement de l'enseignement universitaire sur ce thème semble indispensable au cours des études de médecine ainsi que un accès rapide à une documentation.

Les obstacles à l'intégration des MAC sont nombreux que cela soit au niveau financier, législatif, de la communication, des connaissances, des formations ou des preuves scientifiques.

Notre étude par le biais de la méthode du focus group a permis de questionner de jeunes médecins généralistes avec certes peu d'expérience pratique, toutefois leur perception est globalement positive ou neutre. Ils semblent sensibles à l'ouverture supplémentaire que pourrait présenter une meilleure appréhension des MAC, que ce soit sur le plan du développement personnel en tant que praticien mais également comme moyen d'améliorer la confiance de leurs patients.

Il pourrait être intéressant de refaire la même méthode d'analyse en n'interviewant que des médecins ayant une expérience pratique plus longue pour comparer les opinions

Il est nécessaire de mieux informer dès à présent les usagers sur les éventuels risques et les avantages de ces pratiques et les professionnels auxquels ils peuvent s'adresser. Dans l'avenir, offrir la meilleure stratégie thérapeutique au patient passera par la combinaison, quand cela sera pertinent, de la médecine conventionnelle et des approches alternatives et complémentaires. Le système de santé pourra ainsi mieux répondre aux attentes des usagers.

6 BIBLIOGRAPHIE

1. Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle pour 2002-2005 [Internet]. Organisation Mondiale de la Santé (OMS); 2002 [cité 27 sept 2013].
Disponible sur: <http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/s2298f/s2298f.pdf>
2. Comité international de bioéthique (CIB). Projet de rapport du Comité international de bioéthique de l'UNESCO sur la médecine traditionnelle et ses implications éthiques [Internet]. Organisation des Nations Unis pour l'Education, la Science et la Culture (UNESCO); fév. 2013 [cité 27 sept 2013].
Disponible sur: <http://unesdoc.unesco.org/images/0021/002174/217457f.pdf>
3. Centre ressource prospectives du Grand Lyon. Les médecines non conventionnelles [Internet]. millénaire 3; 2006 [cité 26 sept 2013]. Disponible sur:
http://www.millenaire3.com/uploads/tx_reesm3/synth_medecines_alternatives.pdf
4. National Center for Complementary and Alternative Medicine (NCCAM). Complementary, Alternative, or Integrative Health: What's In a Name? [Internet]. NCCAM; 2008 [cité 21 août 2013].
Disponible sur: <http://nccam.nih.gov/health/whatiscom>
5. Commission de l'environnement, de la santé publique et de la protection des consommateurs. Rapport sur le statut des médecines non conventionnelles [Internet]. Parlement Européen; 1997 [cité 29 sept 2013].
Disponible sur: <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+REPORT+A4-1997-0075+0+DOC+XML+V0//FR>
6. Mayer-Lévy C, Castro P. Recours aux médecines complémentaires et alternatives parmi les patients de médecine générale à Paris [Thèse d'exercice]. [Lyon]: Université de Lyon; 2010.

7. Ait M'Hammed M. Evaluation du recours aux médecines complémentaires et alternatives en médecine générale dans le département de l'Oise [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Picardie; 2012.
8. Phillips H, Davis R, Phillips R, Eisenberg D. Trends in use of complementary and alternative medicine by US adults: 1997-2002. *Altern Ther Health Med*. Déc 2004;11(1):42- 49.
9. IPSOS. Les médecines douces [Internet]. IPSOS; 1990 [cité 25 sept 2013]. Disponible sur: <http://www.ipsos.fr/ipsos-marketing/sondages/medecines-douces>
10. Institut Français d'Opinion Publique (IFOP). Les Français et les médecines naturelles [Internet]. Institut Français d'Opinion Publique (IFOP); 2007 [cité 21 août 2013]. Disponible sur: http://www.ifop.fr/?option=com_publication&type=poll&id=464
11. IPSOS. L'homéopathie fait de plus en plus d'adeptes [Internet]. IPSOS; 2012 [cité 22 août 2013]. Disponible sur: <http://www.ipsos.fr/ipsos-marketing/actualites/2012-02-23-1-homeopathie-fait-plus-en-plus-d-adeptes>
12. Geesen M. Le recours des patients aux médecines non conventionnelles en région Rhône- Alpes – Etude quantitative descriptive transversale par questionnaire de 373 patients [Thèse d'exercice]. [Lyon] : université de: Lyon 1; 2011.
13. Fisher P, Ward A. Complementary medicine in Europe. *BMJ*. 9 jul 94;309(6947):107- 11.
14. Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (IRDES). Mode d'exercice particulier (MEP) [Internet]. Écosanté; 2013 [cité 27 sept 2013]. Disponible sur: <http://www.ecosante.fr/index2.php?base=FRAN&langh=FRA&langs=FRA>

15. Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (IRDES). Démographie et activité des professions de santé : Démographie des médecins [Internet]. Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (IRDES); 2013 [cité 27 sept 2013].
Disponible sur:
<http://www.irdes.fr/EspaceEnseignement/ChiffresGraphiques/Cadrage/DemographieProfSante/DemoMedecins.htm>
16. Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM). Atlas national démographie médecins [Internet]. CNOM; 2013 [cité 21 août 2013].
Disponible sur: <http://www.conseil-national.medecin.fr/demographie/atlas-national-873>
17. Conseil de l'Ordre National des Médecins (CNOM). Atlas régionaux: démographie médecins atlas de la région Loire-Atlantique [Internet]. CNOM; 2011 [cité 21 août 2013].
Disponible sur: <http://www.conseil-national.medecin.fr/demographie/atlas-regionaux-2011-1128>
18. Direction générale de la santé (DGS). Pratiques de soins non conventionnelles [Internet]. Ministère des Affaires sociales et de la Santé; 2011 [cité 21 août 2013].
Disponible sur: <http://www.sante.gouv.fr/pratiques-de-soins-non-conventionnelles,7576.html>
19. Centre d'analyse stratégique. Quelle réponse des pouvoirs publics à l'engouement pour les médecines non conventionnelles ? [Internet]. Centre d'analyse stratégique; oct 2012. [cité 21 août 2013].
Disponible sur: <http://www.strategie.gouv.fr/content/quelle-reponse-des-pouvoirs-publics-lengouement-pour-les-medecines-non-conventionnelles-note>
20. Lazarus A, Delahaye G. Médecines complémentaires et alternatives : une concurrence à l'assaut de la médecine de preuves ? Les Tribunes de la santé. 2007;15(2):79.

21. Robard I. Médecines non-conventionnelles et droit: la nécessaire intégration dans les systèmes de santé en France et en Europe. Litec; 2002.
22. Assemblée Parlementaire du Conseil de l'Europe. Résolution 1206, Une approche Européenne des médecines non conventionnelles [Internet]. Assemblée Parlementaire du Conseil de l'Europe; 1999 [cité 29 août 2013]. Disponible sur: <http://assembly.coe.int/Mainf.asp?link=/Documents/AdoptedText/ta99/FRES1206.htm>
23. République Française. LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. JORF n° 4118 du 05 mars 2002. Disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr>
24. Bontoux D, Couturier D, Menkès CJ. Thérapies complémentaires - acupunctue, hypnose, ostéopathie, tai-chi - leur place parmi les ressources de soins [Internet]. Académie Nationale de Médecine (ANM); 2013 [cité 21 août 2013]. Disponible sur: <http://www.academie-medecine.fr/detailPublication.cfm?idRub=26&idLigne=2439>
25. Haute Autorité de santé (HAS). Comment mieux informer les femmes enceintes ? [Internet]. Haute Autorité de santé (HAS); 2005 [cité 26 sept 2013]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/infos_femmes_enceintes_rap.pdf
26. Haute Autorité de santé (HAS). Polyarthrite rhumatoïde : aspects thérapeutiques hors médicaments et chirurgie - aspects médico-sociaux et organisationnels [Internet]. Haute Autorité de santé (HAS); 2007 [cité 26 sept 2013]. Disponible sur: http://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/argumentaire_pr_non_med_071018.pdf
27. L'Assurance Maladie. Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) [Internet]. L'Assurance Maladie; 2013 [cité 29 sept 2013]. Disponible sur: <http://www.ameli.fr/accueil-de-la-ccam/index.php>
28. Chung-kuo Chung i yen chiu yu□an. Académie de médecine traditionnelle chinoise. Précis d'acuponcture chinoise. St Jean de Braye [France]: Dangles; 1977.

29. Stark JE. An historical perspective on principles of osteopathy. *International Journal of Osteopathic Medicine*. Mar 2013;16(1):3- 10.
30. Le magazine de l'homéopathie et de la phytothérapie. Les grands principes de l'homéopathie [Internet]. *Le magazine de l'homéopathie et de la phytothérapie*; 2013 [cité 25 août 2013].
Disponible sur: <http://www.homeophyto.com/dossier/D201.html>
31. Institut National Homéopathique Français (INHF). Les publications de l'Institut National Homéopathique Français [Internet]. INHF. [cité 25 août 2013].
Disponible sur: <http://www.inhfparis.com/publications>
32. Verbois S. *L'esprit de l'homéopathie*. Lanore; 2001.
33. Kleijnen J, Knipschild P, ter Riet G. Clinical trials of homoeopathy. *BMJ*. Feb 1991 9;302(6772):316-23.
34. Barideau C. Analyses des données des entretiens de groupe. *Recherches qualitatives*. 2009;28(1):133-48.
35. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, et al. Introduction à la recherche qualitative. *Exercer la revue française de médecine générale*. 2008;19(84):142-5.
36. Moreau A, Dedianne MC, Letrilliart L, et al. S'appropriier la méthode du focus group. *La revue du praticien en médecine générale*. 2004;18(645):382-84.
37. Duchesne S, Haegel F. *L'enquête et ses méthodes: l'entretien collectif*. A.Colin. Paris; 2008.
38. Frappé P. *Initiation à la recherche*. Global média santé; 2011.
39. L'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE). Médecins suivant le statut et la spécialité [Internet]. L'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE); 2012 [cité 27 août 2013]. Disponible sur: http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=NATTEF06102

40. Henriot A. Pourquoi les médecins généralistes intègrent- ils les médecines non conventionnelles dans leur pratique [Thèse d'exercice]. [Caen] : université de Caen; 2012.
41. Law-Yee AC. Attitude du médecin généraliste face aux thérapies complémentaires. [Thèse d'exercice]. [Tours] : université de Tours; 2011.
42. Yeo ASH, Yeo JCH, Yeo C, Lee CH, Lim LF, Lee TL. Perceptions of complementary and alternative medicine amongst medical students in Singapore. *Acupunct Med.* Mar 2005;23(1):19- 26.
43. Adamo B. Perception et utilisation des médecines non conventionnelles par les médecins généralistes [Thèse d'exercice]. [Paris]: Université de Paris-Nord; 2012
44. Lhomme Renaud A. Les médecines parallèles dans la pratique du généraliste : état des lieux de la formation et perspectives : enquête auprès de 160 médecins de Haute-Garonne [Thèse d'exercice]. [TOULOUSE]: Université Paul Sabatier. Faculté des sciences médicales Rangueil; 2006
45. Pirotta M, Kotsirilos V, Brown J, Adams J, Morgan T, Williamson M. Complementary medicine in general practice - a national survey of GP attitudes and knowledge. *Aust Fam Physician.* Déc 2010;39(12):946- 50
46. Goldszmidt M, Levitt C, Duarte- Franco E, Kaczorowski J. Complementary health care services: a survey of general practitioners' views. *CMAJ.* Jul 1995;153(1):29- 35.
47. Verhoef MJ, Sutherland LR. Alternative medicine and general practitioners. Opinions and behaviour. *Can Fam Physician.* jun 1995;41:1005- 11.
48. Ernst E, Resch KL, White AR. Complementary medicine. What physicians think of it: a meta-analysis. *Arch Intern Med.* 11 déc 1995;155(22):2405- 408.
49. Dubois-Courvoisier J. Pourquoi les patients ont-ils recours aux médecines non conventionnelles? : Attitudes, connaissances et représentations à partir de 15 entretiens semi-dirigés [Thèse d'exercice]. [Lyon]: Université Claude Bernard; 2011.

50. White P. What can general practice learn from complementary medicine? *Br J Gen Pract.* Oct 2000;50(459):821-23.
51. Wharton R, Lewith G. Complementary medicine and the general practitioner. *Br Med J (Clin Res Ed).* 7 juin 1986;292(6534):1498 - 500.
52. Fagon JY, Viens-Bitker C. Médecines Complémentaire à Assistance Publique des Hôpitaux de Paris (AP-HP) [Internet]. Paris: AP-HP; 2012 mai [cité 23 septembre 2013].
Disponible sur: http://www.aphp.fr/wp-content/blogs.dir/11/files/2012/07/Rapport_Med_Compl_AP-HP-05-20122.pdf
53. Trager S. Etude de l'utilisation de médecine complémentaire chez les patients atteints de cancer dans un service de cancérologie [Thèse d'exercice]. [Paris]: Université Paris Diderot - Paris 7. UFR de médecine. site Xavier-Bichat; 2005.
54. Afak N. Utilisation des médecines parallèles: étude dans une population de patients hospitalisés dans un service de médecine interne [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Picardie; 2007.
55. Morandini C. La place des médecines complémentaires chez les patients sous chimiothérapie: étude prospective multicentrique réalisée auprès des patients et des professionnels de santé de cancérologie dans 4 hôpitaux de la région Rhône-Alpes [Thèse d'exercice]. [Grenoble]: Université Joseph Fourier; 2010.
56. Simon L, Prebay D, Beretz A, et al. Médecines complémentaires et alternatives suivies par les patients cancéreux en France. *Bull Cancer.* 1 mai 2007;94(5):483 - 88.
57. Reilly DT. Young doctors' views on alternative medicine. *Br Med J (Clin Res Ed).* 30 jul 1983;287(6388):337 - 339.
58. Reix F. Les médecines complémentaires et alternatives dans les études de médecine en France: état des lieux et opinions des doyens et des étudiants [Thèse d'exercice]. [Lyon]: Université Claude Bernard; 2010.
59. Ministère du travail, de L'emploi et de la santé, Ministère des solidarités et de la cohésion sociale. Instruction DGOS/PF2 n° 2011-188 du 19 mai 2011 relative à l'identification et au cahier des charges 2011 des structures d'étude et de traitement

de la douleur chronique [Internet]. Ministère du travail, de l'emploi et de la santé, Ministère des solidarités et de la cohésion sociale ; 2011 [cité 26 sept 2013].

Disponible sur: http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2011/11-06/ste_20110006_0100_0153.pdf

60. Société Française d'Études et de Sondages (TNS SOFRES). Les Français et la santé [Internet]. Société Française d'Études et de Sondages (SOFRES); 2005 [cité 21 août 2013].

Disponible sur: <http://www.tns-sofres.com/etudes-et-points-de-vue/les-enjeux-du-quotidien-vague-2-les-francais-et-la-sante>

7 ANNEXES

7.1 ANNEXE 1 : VERBATIM

AF : Bonjour à tous, merci d'être venu participer à cette thèse.

Comme vous le savez je suis interne de médecine générale, et euh, je réalise dans le cadre de ma thèse une étude sur les médecines alternatives et complémentaires.

Le titre exact s'intitule « Perception des médecines alternatives et complémentaires par les médecins généralistes » par les jeunes médecins généralistes du coup. Euh seules les MAC les plus fréquemment utilisées et exercées par les MG seront étudiées soit l'homéopathie, l'acupuncture et l'ostéopathie. Ma thèse se fera par la méthode du focus group.

Le "focus group", c'est une méthode d'enquête qualitative en fait qui est utilisée pour collecter des opinions, des croyances et des attitudes concernant un sujet ou une problématique précise et pour encourager la parole autour de problèmes particuliers.

Donc je vous propose d'échanger sur le sujet des MAC. Il faut savoir que les médecines non conventionnelles se développent de plus en plus rapidement au sein de notre société et font partie de la demande des patients. En effet d'après l'OMS 42% des patients ont recours aux MAC de manière régulière et 75% ont eu un jour recours à une MAC. J'ai choisi de mener une réflexion sur l'existence de ces médecines et la place qu'elles prennent dans notre société. Il ne s'agit pas du tout de discuter de leur efficacité mais de s'interroger sur la perception que vous en avez. Chacun doit pouvoir s'exprimer librement à tour de rôle.

Notre débat va être enregistré si vous êtes tous d'accord. Il reste néanmoins parfaitement confidentiel et anonyme.

A distance, je vous ferai parvenir un compte rendu du "focus group" si vous le souhaitez. L'entretien va être encadré par le Dr Dréno, médecin du DMG, directeur de ma thèse qui va animer la séance.

Si vous le voulez bien on va commencer.

D : Donc vous avez tous répondu d'une part à un questionnaire quantitatif pour savoir qui vous étiez. Donc globalement vous êtes tous de très jeunes médecins non installés ou très jeunes euh, récemment installés ou encore remplaçants. Donc sa thèse, elle la fera non pas pour l'expérience des gens qui ont mais le euh... la perception que vous en avez au début de votre exercice. C'est bien comme ça qu'il faut que vous le voyiez, donc même si vous n'avez pas d'idées préconçues sur ce sujet- là, que vous n'avez pas pratiqué, vous ne savez pas comment cela se passe, c'est l'idée que vous vous en faites pour l'instant.

Voilà.

Donc en fait dans le focus group, je vais poser des questions, environ 6 (*tourne les pages*) enfin un certain nombre de questions globales, avec à chaque fois éventuellement une orientation sur les réponses plus ou moins attendues de manière à guider vos réponses. Chacun va donner sa réponse sans intervenir sur les autres. Une fois que chacun aura fait un tour, on refera éventuellement un deuxième tour, car il arrive que certaines réponses stimulent d'autres réponses de votre part et éventuellement il pourrait y avoir un plus gros débat par la suite.

En sachant qu'Alberique doit faire le verbatim, soit recopier mot à mot ce qui va être dit, peut être les analyser pour savoir si cela a une signification, et elle va aussi analyser vos attitudes et façon d'être. Parfois un sourire qui n'est pas perçu dans le micro peut avoir son importance.

Donc la première chose, on va commencer une question dans un sens puis après on fera tourner pour que chacun puisse commencer à répondre.

On va donc commencer par vous, *en désignant avec la main A*

Comment est- ce que vous définissez les médecines alternatives et complémentaires, que l'on appellera quelques fois MAC pour euh, quelle perception vous en avez, quelle représentation, et par rapport à la médecine traditionnelle comment vous les placer ?

Au : Alors je pense que euh ... d'une part ça peut être en complément des traitements plus habituels d'une médecine classique, et dans d'autres situations cela peut remplacer même les médicaments habituels notamment l'homéopathie que je connais un peu plus et que je vois en consultation. Il y a des patients qui ne veulent clairement pas de médicaments classiques et

qui souhaitent que l'on réponde à leurs attentes par de l'homéopathie seulement par exemple. Moi je le vois plus comme quelque chose de complémentaire pour aider, apporter un plus à la médecine habituelle et j'ai une perception tout à fait positive de cela.

D : Très bien, on continue.

S : Oui je suis d'accord avec **A**, c'est plutôt complémentaire mais parfois c'est même une solution à certains problèmes notamment des problèmes un peu psychosomatiques ou/et euh... oui effectivement je pensais plus à l'homéopathie parce que j'ai un peu plus d'expérience que les autres pratiques. Mais bon parfois je trouve que cela peut apporter une solution effectivement.

D : Pensez à définir globalement.

E : Euh, en ce qui concerne les MAC, j'en ai pas une expérience très importante, mais euh c'est plus les gens qui viennent vers nous en disant que voilà, ils ont eu ça par le passé, ils ont eu de l'homéopathie, ils ont eu de l'ostéopathie, ça leur a fait du bien, c'est plus quand euh... il y a une demande des gens que je vais dans leur sens, après je n'ai pas d'idées préconçues. Quand ça rentre dans la démarche globale je dirais médicale et de prise en charge globale du patient, moi, je ne suis pas opposée, après tout dépend les praticiens, tout dépend dans quel cadre c'est fait.

B : Euh, je suis tout à fait d'accord avec ce qui a été dit pour l'instant, moi j'ai une vision des médecines alternatives comme euh... enfin soit neutre soit positive ça dépend un peu du type. Je suis complètement d'accord avec acupuncture et homéopathie, j'aurais plus tendance à être neutre vis-à-vis de ça, en disant « ça peut pas faire de mal » mais ... c'est vraiment qu'un complément pour moi, je ne pourrais pas dire ou faire que ça. Alors que l'ostéopathie, je trouve que en médecine générale, il y a justement avec les médicaments pas assez d'efficacité et je vais beaucoup plus avec l'ostéopathie, euh... conseiller à quelqu'un de voir un

ostéopathe, si je pense que la personne en a besoin, quitte à ne pas prescrire de médicaments si je lui dis que les médicaments vont rien faire. Voilà.

E : Bah moi, je suis assez d'accord je trouve que c'est des médecines qui sont effectivement complémentaires et bien souvent alternatives comme l'homéopathie, alors on parle là effectivement des affections psychosomatiques mais aussi je pense dans ma pratique courante des petites affections O.R.L, des choses dans lesquelles je trouve que c'est bien utile. Et l'ostéopathie euh...je trouve que c'est vraiment alternatif et que moi je me trouve assez démunie, euh, face euh, au trouble de la statique euh (rire) corporelle, et je trouve que l'ostéopathie parfois, enfin je le conseille au patient d'aller voir un ostéopathe plutôt qu'une prise en charge allopathique.

D : A vous (*en désignant de la main AL*)

AL : Alors moi euh, globalement je suis assez d'accord. C'est quelque chose d'assez complémentaire mais ça serait vraiment pour moi un peu le bout de course, vraiment quand on n'a pas d'autres alternatives médicamenteuse ou autres. Moi j'aurais presque envie de dire que pour moi c'est vraiment une médecine non médicamenteuse, voilà parce que moi l'homéopathie sans en avoir une vision négative, j'en ai une vision très neutre ou, euh j'y crois pas beaucoup donc euh, voilà pour moi c'est vraiment quelque chose d'alternatif quand vraiment on a pas envie de proposer quelque chose de médicamenteux, être agressif avec le patient.

D : Très bien.

AN : Bah moi en fait c'est un terme que je ne connaissais pas euh, (*rire*), (*gène*), euh dans le message « médecines alternatives et complémentaires » (*mail reçu pour la convocation à l'entretien*), j'ai pensé à médecines parallèles et plus en opposition à la médecine universitaire qu'on apprend..., qu'on apprend pour les études. Et du coup même si dans la définition c'est

plus en opposition, dans la pratique j'ai l'impression qu'on a besoin d'en connaître un peu les bases pour répondre aux attentes des patients. Et qu'elle peut être complémentaire dans ces cas- là...euh mais il y en a tellement que il faudrait définir chacune pour euh connaître euh... un peu l'utilité pour la conseiller au patient.

D : Ok, donc on a fait un 1^{er} tour, est ce que quelqu'un a quelque chose à rajouter ? Non vous restez sur vos derniers mots, c'est bien. Donc que dans la 2^e question, euh

Vous allez essayer de nous dire comment vous, vous expliquez l'engouement, comment est- ce que vous expliquez l'engouement de la société pour ces médecines alternatives et complémentaires ? Est- ce que vous avez une explication à ce niveau- là ?

S : Je pense qu'il y a eu pas mal de médiatisation sur euh... des effets indésirables, sur pas mal de médicaments avec le recul maintenant je pense qu'il y a certains patients qui se méfient un petit peu des médicaments plus traditionnels, et euh ils ont tendance à avoir plus recours à des choses plus « douces » comme ils disent c'est-à-dire l'homéopathie. Surtout je pense surtout les mamans vis-à-vis de leurs enfants qui préfèrent donner dans un 1^{er} temps voilà des choses, comme des plantes, et ensuite vraiment si besoin avoir recours à des médicaments un peu plus traditionnels.

D : D'accord, **donc c'est la seule chose que vous voyez ?** Le recours...

S : oui

E : Un peu comme ce que disait **S**, il y a aussi notamment, l'ère d'internet, les gens qui savent ce qu'ils ont, ils vont fouiller un peu partout sur les médicaments avant de nous faire confiance, ils nous lisent les notices et les effets secondaires donc évidemment ils ne veulent plus en prendre. Donc je pense que oui euh ça c'est un peu, enfin, l'importance que cela a pris ces dernières années c'est du un petit peu à ces éléments-là. Et les gens sont un peu versant

« bio », versant « médecines douces », et puis, enfin sans vraiment des fois en connaître, euh comprendre des choses... Des fois l'ostéopathie ou la phytothérapie cela va un petit peu à toutes les sauces. Avec des fois je dirais des effets secondaires aussi que l'on peut retrouver aussi dans ses médecines là donc que...

B : Moi, je suis d'accord, sur ce versant-là, des effets indésirables des médicaments, la notion de « médecines douces ». Puis il y a aussi un autre versant possible que je vois c'est le fait de ne pas être soulagé par la médecine traditionnelle, d'aller voir ailleurs ce qui est possible, parce que il y a beaucoup de gens qui ne sont pas soulagés de leurs symptômes par la médecine traditionnelle que l'on exerce. Donc c'est une façon pour eux de tenter d'obtenir des solutions qu'ils n'ont pas obtenues jusque-là. Tout simplement.

E : Moi je suis d'accord avec ce qui a été dit, je rajouterai juste je pense aussi que les gens ils ont besoin d'une prise en charge, d'être plus global, de sentir... Je pense que les médecines alternatives et complémentaires leur offre une prise en charge plus globale, plus personnalisée, dans laquelle on leur laisse un peu plus le temps de s'exprimer, ou d'extrapoler sur le symptôme de la consultation.

AL : Moi je suis d'accord avec le fait que cela peut jouer sur la peur, la médiatisation, tout ce qui est effet indésirable effectivement des médicaments et puis surtout aussi sur vraiment la prise en charge globale. Les gens ont peut-être l'impression euh ... enfin d'avoir une prise en charge peut être plus longue, un rapport peut être différent avec les manipulateurs, enfin les médecins qui font l'acupuncture. Des entretiens peut-être plus longs voilà, avec une prise en charge plus globale. Il cherche quelque chose de différent que la médecine traditionnelle.

AN : Je suis assez d'accord avec cela, j'ai l'impression qu'ils y vont plus, lorsqu'ils n'ont pas de réponse avec la médecine traditionnelle. Ils vont demander à aller voir, aller d'eux-mêmes voir un autre thérapeute qui aura aussi peut-être plus le temps lors de sa consultation, de voir le patient dans sa globalité, de parler plus longuement et du coup d'avoir une approche qui est plus sur l'affect, la relation avec le patient, même si après soit c'est des médicaments qui n'ont pas beaucoup d'efficacité, soit c'est des techniques qui ne sont pas non plus forcément les plus efficaces. C'est tout ce qu'il y a autour qui peut-être valorisant pour le patient.

AU : Je suis d'accord avec tout ce qui a été dit, (rire), dans le sens où je pense que, ma 1^{er} hypothèse était suite aux effets indésirables, à l'actualité, à ses raisons qui font que le patient peuvent avoir peur et se tourner vers d'autres médecines. Et ensuite pour tout ce qui est douleur chronique où de ce type de problème de santé auquel on répond mal, là c'est dans ces cas- là que j'en vois beaucoup se tourner vers ces autres médecines. Et la 3^{eme} chose que j'avais pas forcément pensé initialement, mais c'est vrai que le patient est plus acteur de ces soins, je pense dans ces médecines là car c'est lui qui en fait vient vers nous avec ses propositions plutôt que l'inverse. Donc cela peut expliquer cela aussi.

D : **D'accord, est-ce-que vous avez vu du côté patient ? Comment le patient lui a l'impression ? Pourquoi est-ce qu'il y va ? Pourquoi est-ce qu'il va vers ces médecines-là ? Est-ce qu'il y a autre chose que le euh...vous avez parlé de la euh... des échecs de la médecine, entre la relation entre les médecins et le patient, vous avez parlé d'être son propre acteur, liberté de choix, est ce que lui il y voit d'autre choses ? Vous avez autre chose à rajouter ?**

Non ? (*Assemblée générale faisant non de la tête*)

L : Moi je dirais quand même autre chose, euh, j'y pensais pas tout de suite mais aussi le fait que cela soit un autre intervenant, quelqu'un qui est différent du médecin traitant habituel, euh, qui connaît je vais pas dire « par cœur » mais qu'il connaît très bien en tout cas. Et c'est avoir un œil neuf, c'est peut être dire des choses qu'on n'ose pas dire à son médecin traitant, ou aborder des sujets auquel voilà on ne se sent pas forcément à l'aise à en discuter avec son médecin traitant.

D : **non ? Autre chose ?** Bon ok, euh.

Maintenant qu'on a essayé de définir pourquoi ? Comment ? Vous expliquez cet engouement de la société. Est- ce que euh, dans votre propre intérêt euh....La question c'est : **portez-vous un intérêt sur les médecines alternatives et complémentaires ? Si c'est oui vous allez**

expliquer pourquoi vous dites oui ? Si c'est non pourquoi est-ce que les MAC vous ne les aimez pas ? Donc chacun a le droit de répondre ce qu'il veut.

E : Moi euh... j'y porte un intérêt, enfin par mon expérience je dirais enfin je n'ai pas beaucoup de recul, euh ... je me suis pas forgé mon opinion par rapport à ce que j'ai pu pratiquer enfin euh, en terme d'expérience de remplacements. Par contre, en fait je suis plutôt favorable par rapport à ce que les gens nous rapportent aussi de ce qu'ils ont pu avoir dans le passé en terme de toute ces médecines- là, l'ostéopathie notamment, l'acupuncture euh ... Les gens du coup qui en sont content, nous apportent leurs points de vue positifs, et c'est un peu ça qui, je dirais qui me fait orienter d'autres patients vers ces médecines- là, parce que il y a eu des résultats positifs .

Après en terme de, c'est pas euh, c'est pas très bien codifié, je dirais les résultats sont pas forcément scientifiques, après c'est plus un ressenti et à partir du moment où il n'y a pas d'effets secondaires euh enfin... d'effets indésirables pour le patient, j'y vois pas d'objection. Si notamment le patient est ouvert à cela, je suis prête à l'orienter vers des MAC en parallèle d'une prise en charge purement médicale.

B : Moi ma réponse sera différente selon le type de MAC, euh ... L'homéopathie je me vois pas me lancer là- dedans car j'y crois pas assez en fait pour m'y intéresser pleinement, même si quand on me pose la question euh... en consultation je dis « ça ne peut pas faire de mal, allez- y » mais, voilà, je crois pas suffisamment à l'efficacité de, de cette pratique pour m'y intéresser plus. L'acupuncture ça m'intéresse, il me faudrait plus de temps euh mais c'est pas dans mes projets actuels de, de me lancer là- dedans mais pourquoi pas, euh dans l'idée. Et l'ostéopathie, la euh ... des trois c'est la discipline qui m'intéresserait le plus, pourquoi pas faire, euh, j'y ai déjà pensé faire un DU d'ostéopathie euh pour m'améliorer dans l'examen clinique et dans ma pratique. Ça, l'ostéopathie je me verrai bien en faire.

D : et les unes par rapport aux autres, pourquoi il y en a que vous acceptez et d'autres vous les acceptez pas ?

B : Euh l'homéopathie c'est pas que je l'accepte pas, c'est que j'y crois pas vraiment mais euh mais j'ai pas d'a priori négatif, je me dis pas que cela va pas faire du mal au patient.

D : et vous y croyez pas pourquoi ?

B : Bah parce que euh... on a eu des cours à la fac qui nous expliquaient le principe, et quand on sait que euh ... en fait il y a autant de chance d'avoir du principe actif dans une granule que de trouver un grain de sable dans un océan, euh voilà, avec un esprit scientifique c'est un peu perturbant de euh, d'imaginer que l'on donne certainement des choses qui ne contiennent rien mais qui sont censé avoir un effet, même si l'effet placebo existe, mais je me sentirais pas à l'aise de euh ... j'aurais l'impression de mentir un petit peu au patient en disant, « prenez ça, ça va marcher » si j'y crois pas complètement donc euh ... je me sentirais pas à l'aise avec ça.

D : Alors que pour les autres médecines vous avez plus d'arguments ?

B : Pour les autres médecines j'ai plus de retours positifs, d'expériences vécues, personnelles ou dans l'entourage de gens qui ont utilisé l'acupuncture ou l'ostéopathie. Donc ça j'y crois plus.

D : D'accord, que par des retours d'expériences ?

B : Euh, oui.

D : D'accord, à vous.

L : Moi je suis tout fait ouverte à ces médecines- là, après je me sens pas suffisamment ... formée pour pouvoir les exploiter à leurs pleines puissances.

D : On ne parle pas obligatoirement que de l'exploitation que vous, vous en ferez mais **l'intérêt que vous y portez et les raisons pour lesquels vous portez cet intérêt ?**

L : Alors euh, c'est pareil, l'acupuncture, je connais pas, donc je n'y porte pas trop d'intérêt, l'homéopathie je connais un peu plus et je l'utilise, l'intérêt qu'il y a pour moi c'est un petit peu dans la volonté de ne pas nuire au patient avec au départ des thérapeutiques qui présentent des effets indésirables qui, ou dont le bénéfice est inférieur au risque attendu pour ses traitements là. Et l'ostéopathie, clairement je m'y intéresse et je euh ... c'est intéressant pour moi parce que je pense que les ostéopathes ont une formation complémentaire de la nôtre et plus poussée.

D : Très bien.

AL : Moi pour le moment j'y porte un intérêt minime, je pense que c'est aussi euh du fait du peu de recul, d'une expérience un peu courte, je pense que j'y viendrai probablement, notamment l'ostéopathie et l'acupuncture, peut-être moins l'homéopathie aussi par euh Peu de croyance dans ce domaine. Mais je pense que euh avec euh plus d'expérience, et puis enfin pour le moment j'y porte peu d'intérêt car j'ai pas eu beaucoup de demande de la part des patients, mais je pense que euh effectivement euh ... j'y viendrai car quand on arrive à bout de course, on a besoin aussi de trouver d'autres solutions et puis euh ... j'y viendrai aussi car pour ma connaissance personnelle quand on nous pose des questions sur ce sujet. Car même si moi je ne le recommande pas forcément au moins pouvoir leur apporter des réponses.

AN : Moi j'y porte aussi un intérêt par rapport à la demande des patients en fait pour ne pas être dans l'opposition avec eux et leur dire que ça sert à rien ou que c'est pas efficace et que c'est pas la peine d'aller voir euh un autre type de médecine. Mais sinon de là, à me former à

quelque chose ou orienter les patients, je trouve que c'est un peu difficile, c'est peut-être parce qu'on est en début de pratique et qu'on y vient un peu plus tard.

D : La question c'est bien l'intérêt que vous portez à telle ou telle technique éventuellement et pourquoi ?

AN : Alors l'homéopathie, je ne peux pas en prescrire car j'ai pas de connaissance, donc il faudrait orienter à un médecin homéopathe à la limite. (*Rire*). L'ostéopathie, je connais un peu plus car j'ai une amie qui est kinésithérapeute qui s'est formée en ostéopathie. Mais après c'est des théories qu'on apprend pas du tout, donc euh c'est difficile de se mettre dans un autre référentiel pour se dire que ça marche, alors que c'est nettement différent de ce que l'on apprend à la faculté et puis l'autre, euh c'est l'acupuncture, je serais peut-être plus intéressé par l'acupuncture mais sans formation, sans rien je ne sais pas si je saurais orienter quelqu'un.

D : Ok à vous

AU : Moi je porte de l'intérêt plutôt à l'homéopathie, je ne dis pas que c'est très efficace scientifiquement, mais je crois beaucoup à l'effet placebo, et pour tous les cas où je pense qu'il y a un traitement médicamenteux non justifié, je trouve que c'est une bonne solution. Pour l'instant je ne suis pas vraiment formée et après je pense aussi que j'ai été influencé par les médecins que j'ai remplacé qui faisaient de l'homéopathie. Après l'ostéopathie je connais très peu, et j'ai plus de craintes (*hésitation*), j'ai toujours peur que cela soit mal fait en fait (*sourire*). Donc les patients je les oriente plutôt vers des kinés, qui peuvent être aussi ostéopathes mais pas vers des ostéopathes seul. Et l'acupuncture pareil j'y porte moins d'intérêt et je connais pas du tout.

S : Pareil pour l'homéopathie, je rajouterai rien de plus, je suis exactement d'accord avec elle. Moi j'y porte un intérêt, j'aimerais bien m'y former même un peu plus tard pour les mêmes raisons. Concernant euh l'acupuncture moi pour le coup je n'y vois pas trop d'intérêt mais

j'orienterais volontiers un patient, car je pense que cela apporte euh ... je vois ça un peu comme « une relaxation » et puis voilà, euh ça peut leur apporter quelque chose. Par contre l'ostéopathie, comme **AU** j'ai toujours des craintes et j'ai toujours peur d'un charlatanisme de certains ostéopathes, j'ai quelques patients qui y vont 2 à 3 fois par semaine (sourire), quelquefois je suis un peu sceptique sur leurs pratiques et voilà euh , conflit d'intérêts un petit peu à faire revenir leurs patients, mais bon après je n'en fais pas du tout une généralité.

D : D'accord, est- ce que vous avez quelque chose d'autre à rajouter, euh sur votre intérêt ?

E : Par rapport à ce que vient de dire **S**, l'ostéopathe, c'est vrai que des fois les gens viennent nous voir en 2ème intention car ils ont été voir l'ostéopathe, qui leur a dit qu'ils avaient telles choses déplacées ou j'en sais rien (*air de dépit*), et du coup ils viennent en nous apportant ça alors.... soit on valide et du coup on valide ça, moi je trouve qu'il faut toujours un œil médical, non pas que je veuille les voir systématiquement mais je trouve que c'est plus rassurant, normalement l'ostéopathe devrait quand c'est pas un médecin, devrait orienter vers un médecin en 1ère intention quand c'est un nouveau problème. Donc c'est plus dans ce sens- là, ou alors euh... quand il y a un monopole des ostéopathes, qui ou alors qui convoquent les nouveau- nés d'office après la naissance, je trouve que c'est un petit peu, euh ... un petit peu trop en vogue.

D : d'autre chose à rajouter ?

AU : Moi je trouve d'où l'intérêt à se former un minimum sur ses techniques comme l'ostéopathie, euh car je suis d'accord que l'on peut avoir des craintes, il y a déjà eu, enfin j'ai déjà eu des retours sur des gens qu'étaient trop allé, euh ... ouais, notre intérêt cela serait de se former un minimum et connaître un peu pour justement bien orienter vers un, les bons ostéopathes.

D : ok, euh, donc on va commencer par vous la (*en désignant de la main B*).

Quels sont les situations et les motifs dans lesquels vous feriez appel au MAC ? Donc essayez de donner des situations et des motifs. Donc de lister.

B : Alors euh ... pour l'homéopathie, je ne vais jamais initier l'idée, dans aucune situation je ne vais conseiller l'homéopathie, cela ne me vient pas spontanément en tête, si quelqu'un me demande s'il peut prendre telle ou telle chose je lui répondrais que « de toute façon cela ne fait pas de mal » pourquoi pas essayer mais jamais je ne le conseillerais, jamais spontanément. L'acupuncture euh, la situation peut- être la situation de quelqu'un d'angoissé, qui aurait besoin de relaxation, qui aurait besoin de, dont je sentirais que la personne à besoin de temps pour discuter avec quelqu'un, je lui dirais que ça peut se faire dans ce cadre- là l'acupuncture, qui euh, impose un temps un peu plus long avec le thérapeute.

L'ostéopathie, dans beaucoup de situations de, euh de lumbago, euh récidivant qui dure trop longtemps, tous les troubles de la statique, les troubles musculo- squelettiques que je ne saurais pas traiter, dont je verrais que je suis inefficace avec un traitement classique, ou même en 1^{ère} intention sur quelqu'un qui serait, qui aurait je ne sais pas par exemple un torticolis. Mais après c'est vrai qu'il y a toujours la crainte de tomber sur un mauvais ostéopathe. Je connais un bon ostéopathe, un ami qui est ostéopathe et donc je sais que si jamais je lui adressais quelqu'un il n'y aurait pas de problème avec lui, mais c'est vrai que euh que je ne connais pas à Nantes de professionnels en qui j'aurais confiance, c'est vrai que je serais plus limité pour ces situations- là. Et aussi pour des douleurs récalcitrantes où je serais inefficace par exemple.

D : **On va essayer d'être un peu plus général et de ne pas différencier à chaque fois, chaque type de MAC mais de les prendre dans leur globalité, euh les situations et les motifs dans lesquels vous faites appel au MAC ou vous feriez appel au MAC ?**

L : Alors, j'y ferais appel pour les douleurs chroniques, pour les pathologies chroniques et pour les patients anxieux, pour les troubles musculo- squelettiques, euh Voilà pour les situations pour lesquelles j'y ferai appel.

D : Non ça c'est les motifs.

L : Ok, quand je me sens euh ..., quand je pense que moi je ne pourrais rien apporter aux gens pour les soulager pour les aider, c'est surtout dans cette situation.

AL : Pour ce qui est des motifs, ça se rejoint un peu, tout ce qui est troubles anxieux, douleurs. Les situations c'est vraiment quand je n'ai plus d'autres alternatives, ou à la demande du patient, car j'en aurais pas spécialement l'idée. Pour les autres motifs j'aurais pensé à l'arrêt du tabac.

AN : Pour les motifs je vois aussi tout ce qui est de manière générale chronique, qui ont une composante psychosomatique, avec une part d'anxiété ou là, je pense qu'il faut une relation euh, un peu plus longue avec un thérapeute que cela soit un ostéopathe ou un kiné aussi ou un acupuncteur ... Enfin tout ce qui peut favoriser la relaxation, je pense que c'est positif, ce que l'on ne peut pas faire en consultation. Et les situations, je dirais à la demande du patient, quand je n'ai pas de solution à lui apporter. Et pour l'acupuncture, l'arrêt du tabac, je dirais ça aussi

AU : Pour l'arrêt du tabac, pareil pour l'acupuncture. Les situations de douleurs chroniques, de troubles digestifs peu importants chroniques, toutes les situations avec du stress et de l'anxiété mais pas fortement marquées, pareil je les envoie en priorité, enfin j'utilise ces médecines en priorité à la demande du patient. Ou alors quand j'essaie quelque chose et que cela n'a pas marché en deuxième intention. Sauf des fois euh dans certains cas, je pourrais utiliser l'homéopathie en 1^{er} intention et puis voilà.

S : Moi en 1^{ère} intention, j'utiliserais l'homéopathie dans certaines situations comme par exemple la pédiatrie, des petites infections ORL, surtout chez des mamans un peu stressées qui veulent absolument quelque chose pour soigner leurs enfants, euh, dans des troubles

anxieux minimes. Ensuite à la demande des patients, beaucoup de gens qui sont demandeurs donc euh, moi j'y vois pas d'inconvénient dans le sens où c'est des pathologies euh, bénignes qui ont été explorées. Effectivement je dirais en 2ème intention quand la médecine traditionnelle n'a pas répondu aux questions, attentes du patient. Dans ce cas- là, j'orienterais vers un acupuncteur, euh ... dans certains troubles anxieux, ou arrêt du tabac... voilà.

E : Moi cela serait plutôt dans des situations ou euh, ou il y a un cas complexe, une prise en charge qui est longue, qui posait des difficultés aux médecins avec un patient qui est très demandeur, euh très douloureux par exemple pour éviter l'escalade thérapeutique, en tout cas, lui faire comprendre qu'il n'y a pas que le versant médicamenteux, mais une prise en charge globale qui doit s'orienter plus sur le côté corporel, enfin sur le travail du corps, travail de la relaxation. Notamment du coup l'acupuncture. L'arrêt du tabac c'est une bonne idée aussi parce que je pense, enfin que, quand les gens sont ouverts à ça, ça marche pas mal. Puis après, euh ... plus à la demande du patient, plus dans des cas où mon expérience me rappelle que cela a pu marcher chez d'autres patients. Troubles du sommeil, troubles anxieux, ou arrêt du tabac, douleurs rachidiennes, musculo- squelettiques.

D : **Bien, est- ce que dans les situations quelqu'un à quelque chose à rajouter ?**

B : Moi je crois que je mettrais acupuncture pour arrêt du tabac, j'avais oublié ça.

D : Très bien, et les motifs ? Bien on va donc passer aux questions suivantes. **Quelles sont actuellement ou que pensez- vous que seront vos relations avec les confrères ou les personnes pratiquant les MAC parce que l'on ne peut pas dire que ce sont toujours des confrères ?** Dans la mesure où ce ne sont pas des médecins pour la plupart de ces médecines enfin pour certaines de ces médecines.

L : Bah, j'espère des relations plus proches, en tout cas, où l'on pourrait un petit peu partager les expériences et euh et le suivi dans l'idéal de certains patients euh... plus proches en effet pour pouvoir plus communiquer avec eux sur eux ce qu'ils peuvent proposer aux patients.

D : donc ça c'est un souhait ?

E : Ouais c'est un souhait (rire).

AL : Cela ne serait certainement pas conflictuel dans tous les cas, plutôt une demande d'échanger autour de leurs pratiques pour mieux les connaître et justement si on en a besoin euh de pouvoir bien orienter les gens, et parfois aller au-delà de la demande du patient. Et puis quand justement il y a une demande de pouvoir bien orienter, effectivement pouvoir rencontrer euh, ces différents professionnels pour mieux appréhender leurs pratiques.

AN : Oui, mon souhait serait aussi qu'il y ait des relations plus importantes, dans la prise en charge du patient, parce que là, chacun fait un petit peu de son côté, donc euh, cela serait peut-être bien qu'il y ait euh... un échange euh... sur le patient lui-même. Et la 2ème chose serait effectivement des rencontres ou des formations euh et une meilleure orientation des patients vers les bonnes médecines alternatives aussi.

D : Ok.

AU : Pareil, j'aimerais qu'il y ait des bonnes relations, euh plus de relations d'ailleurs pour pouvoir échanger, apprendre surtout euh nous de notre côté ceux que les autres professionnels font de leurs pratiques et bien connaître les indications pour adresser nos patients quand cela est nécessaire.

S : Euh, oui pareil, de l'échange, de la communication et euh, surtout voilà euh je sais pas peut-être euh..., quand même adresser en 1ère intention le médecin traitant qui nous ensuite, orientons vers d'autres spécialistes, plutôt que le contraire comme voilà le cas d'euh ostéopathes qui au final passent en 2ème intention, et on se trouve face à un discours déjà d'un professionnel et on est du coup un petit peu embarrassé donc oui, accorder nos violons.

D : Donc un petit critique quand même dans leurs... les relations dans certains cas ?

S : oui

E : Voilà, j'aimerais bien avoir des relations tout à fait cordiales, après que chacun du coup reste dans sa discipline si on peut dire ça, sans pour autant qu'il y ait, voilà quoi, qu'on puisse communiquer, qu'on se marche pas sur les plates- bandes et puis que voilà moi je trouve que c'est très intéressant de pouvoir travailler avec des confrères, des médecins, des professionnels qui pratiquent ces médecines la, puisque moi je suis curieuse de découvrir ça , je pense qu'on est relativement ouvert d'esprit pour apprendre à connaître cela, après euh ... Tout est dans la mesure.

D : **Ok, d'autres choses à rajouter ?**

B : Pour l'instant j'ai aucune relation avec ces professionnels à Nantes, mais pourquoi pas effectivement, organiser des réunions pour euh, pour qu'on se rencontre, ce qui nous permettrait d'avoir euh, de connaître un peu les têtes et puis d'échanger, d'avoir quelques référents dans chacune de ces spécialités pour adresser en toute confiance des patients à ces professionnels.

D : **Autres choses à dire ?**

AU : Moi je rajouterais juste, en effet que, je ne sais pas si c'est dans le cadre de la question que, ils nous manquent des référents. Par exemple l'ostéopathie, j'adresse personne car je ne connais pas de nom de médecin ou kiné ostéopathe en qui je pourrais avoir confiance. Je pense que si l'on pouvait seulement avoir des noms déjà cela nous aiderais.

D : Ok, alors là, la question suivante, **comment est-ce que vous évaluez votre relation médecin malade, avec votre patient, dans le recours aux MAC ?**

AL : Alors, c'est une relation que unilatérale, car pour le moment c'est uniquement le patient qui vient vers nous pour demander ce genre de médecine. Si c'est ça la question.

D : **Comment est-ce que votre relation, euh, justement quelles relations vous avez avec votre patient si vous attendez si c'est une demande de sa part ou de votre part ou autre chose ?**

AL : Pour l'instant c'est toujours une demande de sa part, après j'y réponds pas toujours de manière négative, voilà c'est dans l'échange en sachant que je remplace de manière régulière un médecin ostéopathe et un autre homéopathe, alors c'est vrai que du coup j'ai beaucoup de demandes, c'est vrai que c'est un petit peu parfois compliqué car je ne prescris pas, car je ne connais pas du tout cette médecine. Mais voilà après ça reste un échange avec le patient, en essayant de trouver une espèce de compromis, en tout cas pour l'homéopathie. Pour ce qui est de l'ostéopathie ou l'acupuncture c'est un peu pareil un manque, pas de réseau forcément car la plupart du temps c'est les patients qui vont chercher, qui vont faire leur propre démarche.

AN: Dans ma relation, j'attends aussi que cela soit une demande de leur part, je proposerais pas d'emblée. Et pareil je donne pas de noms pour les ostéopathes je leur conseillerais plutôt d'aller voir un kinésithérapeute qui fait de l'ostéopathie euh ... Après on peut pas le prescrire, euh ou euh ce n'est pas dans nos attributions, donc je ne le ferais pas.

Après l'homéopathie, ça m'est arrivé de renouveler des ordonnances qui étaient déjà faites, parce que je pense que ce n'est pas dangereux ... (*rire*) donc je le fais, mais je ne pourrais pas initier un traitement. Et l'acupuncture, euh, j'ai pas eu l'occasion d'avoir de demande donc euh.

AU : Pour l'acupuncture et l'ostéopathie, je dirais qu'il n'y a pas vraiment de relation, en fait c'est nos patients qui nous disent « j'ai été voir un ostéopathe ou je compte aller voir un ostéopathe pour ça, donc qu'est-ce que vous en pensez », ou parfois il ne me demande pas mon avis, il m'informe juste (rire). Et pour l'homéopathie pareil, parfois je renouvelle des ordonnances ou euh, ils veulent de l'homéopathie mais ils ne savent plus les noms, donc là, après je recherche un peu et je peux leur prescrire, donc là y'a plus une relation. Mais pas vraiment pour les deux autres.

S : Moi pareil, les patients sont plus demandeurs que moi prescripteur, mais de plus en plus je prescris quand même de l'homéopathie notamment. Pour l'acupuncture, je travaillais avec un médecin acupuncteur donc euh, dans certain cas, je conseillais. Et tout ce qui est ostéopathie, j'oriente vers les ostéopathes, et plus souvent vers les kinés ostéopathes. Euh voilà mais je serais peut-être de plus en plus prescriptrice.

E : C'est plus une relation que j'envisage sur la discussion, c'est-à-dire que les gens présentent, arrivent avec leurs demandes de médecines complémentaires et dans ce cas-là, j'écoute un peu leurs attentes et je corrige plus ou moins euh, en fonction de leurs idées reçues, leurs à-priori, enfin pour qu'ils soient satisfaits, qu'ils soient orientés de la bonne façon je dirais. Après je considère que voilà euh, ça fait partie d'une prise en charge globale donc j'y suis pas opposée, je ne mets pas un veto complet quand ils ont une demande de cette sorte-là, euh, je veux juste que cela soit au cas par cas et que les gens soient bien conscient de ce qu'ils attendent de ça, qu'ils ne soient pas déçus, voilà que l'échange soit euh au même niveau.

B : C'est une relation je dirais qui est principalement basée sur euh, sur le fait que c'est le patient qui va demander aux médecins ce qu'il pense d'aller voir tel ou tel professionnel, il attend plus un assentiment ou alors un conseil de ne pas y aller que, euh enfin je dirais que le patient est déjà plus ou moins décidé à utiliser telle ou telle thérapie. Sauf pour l'ostéopathie ou là, la relation pourrait être différente parce que c'est moi qui pourrais en parler spontanément, avant même que un patient m'en parle. Les deux autres, c'est plus le patient qui demande au médecin de valider ou pas, l'idée d'aller voir un de ses professionnels.

D : Très bien.

L : Moi je trouve que, pour moi c'est toujours une relation unilatérale: soit c'est moi qui y pense et j'en parle au patient, soit les patients qui y pensent et qui m'en parlent, je trouve que je n'ai jamais de discussion vraiment avec eux, sur ce mode de thérapie. Parce que j'en ai pas suffisamment de connaissance, donc ça reste très superficiel comme discussion.

D : **D'accord, est-ce que dans cette relation vous y voyez dans la relation M/P à ce niveau- là une euh... peur de quelque chose qui est pour ou contre le fait de perdre votre pouvoir vis- à- vis du patient. C'est-à-dire être le seul thérapeute ou pas, est- ce que ça, ça vous gêne ? Ou est- ce que ça vous gêne pas ?**

AL : Non pas euh, une crainte de perdre le pouvoir, peut- être plus comme on disait tout à l'heure, par rapport à l'ostéopathie où les gens vont spontanément en 1^{ère} intention voir l'ostéopathe, euh il pourrait y avoir, en effet des effets secondaires, une mauvaise manipulation, peut être là une crainte de perdre cette capacité, ce regard médical...

D : **Donc c'est simplement pour savoir si dans votre pratique, est- ce que vous allez dire oui ou non en fonction de ça ? C'est-à-dire ?**

AL : Bah, ça va être oui ou non, mais c'est au cas par cas, vraiment en fonction de leur demande.

D : Donc c'est pas global ?

AL : Euh non c'est pas global.

AN : Oui, enfin j'aurais tendance à dire oui, souvent c'est, c'est le patient qui a déjà décidé lui-même de ce qu'il fera.

D : Donc vous n'interférez pas avec ?

AN : (*rire*), j'interfère pas.

AU : Moi j'ai pas peur d'une perte de pouvoir mais euh, je voudrais juste que cela soit des décisions un peu plus partagées, et pas seulement le patient qui dit : « bah en fait je vais chez l'ostéopathe deux fois par semaine ». Voilà j'aimerais pouvoir un peu plus en discuter avant, même si je lui dirais pas non, au moins pouvoir en discuter.

S : Moi je suis assez d'accord, pas de peur de perdre le pouvoir mais euh mais oui je pense qu'il faut quand même recentrer chaque cas et euh faire quand même un bilan médical, avant de s'orienter vers certaine MAC

E : Je pense que le pouvoir...

D : J'ai dit pouvoir, c'est pas pouvoir.

(*Rire général*)

E : On a plus ce rôle- là, enfin le patient il arrive déjà avec sa connaissance, ses recherches à lui , donc euh nous, on est là pour ajouter notre touche je dirais médicale, de ce qu'on a appris, de ce que l'on sait, mais en effet les gens la plupart du temps sont un peu plus ou moins convaincus, ils arrivent avec déjà leurs idées à eux, donc à nous de recadrer un peu puis je pense après, enfin...de toute façon c'est eux qui décident au final la plupart du temps,

hormis l'homéopathie ou c'est nous qui prescrivons mais dans ce cas la autant les accompagner, mais on n'est pas obligé d'approuver complètement mais euh, disons voilà quoi, ce qu'on en pense après, on leur laisse le dernier choix.

B : J'ai pas peur d'une perte euh « d'influence » sur les patients, tant mieux si quelqu'un d'autre peut apporter une réponse qui satisfera le patient si c'est pas moi. J'ai aucun problème à dire au patient, « ça, je ne sais pas faire », en revanche je peux l'adresser à quelqu'un qui sait faire. Après le tout c'est de savoir aussi les situations où je ne sais pas si l'autre personne ne vas pas être plutôt plus néfaste que autre chose, si jamais, je garde quand même un œil critique sur, dans quelles situations il faut adresser ou valider. Ça me fait pas peur qu'un patient aille voir quelqu'un d'autre.

L : Moi ça me fait pas peur non plus, puis je trouve que effectivement c'est le patient qui décide, la chose que je trouve toujours embêtante, c'est que euh, ce que j'aime bien c'est garder mon pouvoir de prescription par exemple d'exams complémentaires, et qu'un patient parfois vienne nous voir en me disant l'ostéopathe demande une IRM, ça me gêne toujours un peu (*rire*) c'est vraiment, je préférerais pouvoir garder mon pouvoir de prescription.

D : Alors euh, on va passer à votre future pratique de MAC éventuellement (*sourire*), **si vous envisagiez de pratiquer une MAC quels obstacles penseriez-vous rencontrer pour la pratique ? Autant que avant, dans la pratique elle-même.**

AN : Euh des problèmes pratiques, j'imagine que quand on a décidé de le faire, je vois pas trop les obstacles qu'il pourrait y avoir par la suite, mais il faut d'abord se former, c'est peut être ça qu'il serait plus long comme obstacle. Après je pense que les patients sont toujours content euh ... de voir que leur médecin se forme à quelque chose d'autre ou fait des formations complémentaires, même si ça reste dans le domaine médical un peu plus traditionnel, je pense que les ... la vision que les patients ont de ses euh d'une pratique alternative par leur médecin, je pense qu'ils en ont une bonne vision, donc cela ne serait pas un obstacle. Donc je verrais plus le temps de formation et la conviction que cela serait utile pour ma pratique.

AU : Pour moi l'obstacle principal serait la formation, le prix déjà, parce j'ai regardé pour me former à la rentrée pour une médecine complémentaire et c'est quand même plus de 1500 euros et le temps, trouver le temps de se former, soit des semaines complètes soit des jours. Après peut-être l'autre obstacle c'est pas pouvoir trop pratiquer au moins au début, parce qu'il faut un peu éduquer sa patientèle pour qu'elle soit sensible à ça, sinon je pense que le temps c'est une question d'organisation, on peut trouver le temps si on en a envie. On peut se dégager du temps pour pratiquer l'acupuncture. Cela ne me paraît pas être un obstacle.

S : Oui moi aussi la formation, mais notamment euh vraiment, l'authenticité, la crédibilité des formations, je ne sais pas si elles sont conformes si elles sont nationales ou internationales, je ne sais pas. Après l'obstacle, il pourrait être dans la relation avec le patient, soit des patients qui n'adhèrent pas du tout à la pratique, soit au contraire ceux qui ont, un engouement de médecines parallèles à défaut de médecine traditionnelle. Et l'autre obstacle que je verrais c'est vis-à-vis des confrères, certains confrères qui n'adhèrent pas non plus à ce type de pratique, avec du coup, euh du coup entretenir des mauvaises relations ou des critiques de leur part aussi.

E : Je vais pas rajouter grand-chose d'extraordinaire, bah pour moi c'est surtout la formation voilà, une formation de qualité enfin pouvoir la faire de façon satisfaisante, la mettre en pratique avec les patients enfin, euh sans non plus verser dans le côté de faire que de la médecine complémentaire, car moi j'ai envie de garder un rôle de médecin généraliste avant tout. Savoir la doser en terme de consultation, dégager du temps, car ça prend du temps si on veut bien le faire donc euh, je pense que c'est des choses qu'il faut envisager dans sa pratique future euh... et puis voilà.

B : Le principal obstacle pour moi, cela serait plus l'idée que je, je euh je me fais de la pratique que j'aimerais avoir plus tard. Je me dis que peut-être d'avoir une de ces casquettes là, sélectionnerait un certain type de patientèle et m'enfermerait dans une pratique, dont il serait difficile après de se dégager, donc cela serait pour moi le plus grand obstacle, plus que la formation. La formation c'est aussi un obstacle, mais si on a vraiment envie de le faire, on peut le faire. Alors que là, ça implique beaucoup de changements par la suite.

L : Moi il y avait la formation, et le coût de la formation qui étaient des obstacles, et puis effectivement j'y avais pas pensé mais je pense qu'il faut savoir bien partager son temps de travail si on souhaite continuer à faire de la médecine générale « traditionnelle ».

AL : Encore une fois oui, la formation et le coût et euh (*rire*) oui ce que l'on disait tout à l'heure, nous on ne connaît pas les médecins homéopathes, ostéopathes, c'est d'être aussi connu de ses confrères lorsque l'on pratique cette médecine-là, pour avoir la patientèle qui veut, qui souhaite cette thérapie.

D : Sur un plan purement pratique les obstacles éventuellement, **est ce que ça vous pose problème le fait que cela soit plus ou moins reconnu, qu'il n'y a pas de référentiel et que les patients ne soit pas euh, enfin que cela pose des problèmes du côté patient, c'est-à-dire au niveau remboursement, ça cela serait un obstacle ?**

AN : Je pense que cela ne serait pas un obstacle parce qu'ils sont prêt à payer pour aller voir un ostéopathe ou un acupuncteur, donc euh à partir du moment où c'est leur médecin qui leur fait, je pense qu'ils sont aussi d'accord pour payer la consultation.

D : **Pour vous cela serait un obstacle dans la pratique ?**

AU : Je ne pense pas non plus que cela serait un obstacle que cela ne soit pas remboursé, car il y en a déjà qui le font actuellement et c'est pas remboursé donc euh...

S : Bah moi je suis pas trop d'accord, car quand même chez le généraliste, les patients savent que la consultation est remboursée, donc je ne sais pas s'ils comprendraient que ce genre de pratique est pour le coup payante, c'est par habitude en fait, ils ont l'habitude du remboursement systématique chez le médecin traitant. Et peut-être le coût de la pratique, peut sûrement surprendre.

D : Donc pour vous c'est un obstacle ?

S : Ah oui.

E : Moi je trouve aussi euh ..., ce qui m'embête c'est que du coup y'a des gens qui sont soit à la CMU, et qui sont fermés, même si ils le souhaiteraient ils ne pourront pas se le permettre car du coup c'est payant et c'est trop cher pour eux, euh ça les exclut de ce genre de médecine, alors que parfois, voilà c'est des gens qui en ont le plus besoin donc euh.

B : Moi j'ai un peu de mal à répondre à la question de façon générale, parce que je mets un peu l'homéopathie à part, parce que l'homéopathie prend pas tellement plus de temps lors de la consultation, à part le fait de faire la prescription, mais je vois pas ça comme quelque chose qui prend beaucoup de temps en plus, donc je pourrais intégrer ça, si je faisais ça dans une consultation classique remboursée. Alors que les deux autres, je pense qu'il faudrait prendre un créneau à part une après-midi ou une journée où je ferais que ça, et l'obstacle serait alors le problème du remboursement car ça prend plus de temps que une consultation normale. Donc le problème tout simple de la cotation. En contre-partie ça peut être un obstacle de savoir comment coter ça, est-ce que l'on fait un dépassement d'honoraire ? Si oui de combien, et la caisse elle peut réguler ça aussi ?

L : Alors je pense que effectivement les patients comprendraient pas trop, cette différence de cotation et le fait de ne pas être remboursé et puis aussi je me dis euh, ça serait pas les mêmes patients qui viendraient me voir pour la pratique des MAC que la patientèle habituelle et donc euh probablement que cela amènerait un flux de patient différents, et en plus. Et donc faut pouvoir gérer cet afflux de patient dans son emploi du temps.

AL : Moi je trouve que c'est un obstacle aussi et pour la CMU, je trouve que ça sélectionne un type de patientèle et aussi une certaine classe sociale, car certains ne pourront pas se le permettre, moi je pense que cela peut poser problème.

D : Et pour tous le fait que cela soit ni une recommandation HAS, ne gêne personne ?

ASSEMBLEE : *blanc*

D : C'est une question, j'attends pas votre approbation !

ASSEMBLEE : *(rire général)*, NON !

D : Bien on arrive à la fin, euh, **quelle serait vos besoins en tant que médecin généraliste pour pouvoir intégrer les MAC dans votre pratique ? Les besoins actuels, les conditions nécessaires pour ça ?**

AU : Je pense que cela serait bien des soirées, enfin des périodes courtes pour au moins faire une présentation de ces médecines, plutôt le soir et ouvertes au plus de médecins possible, pour que si on veut se former sur une des médecines particulières, on ait déjà une idée à priori de ce que c'est. Je pense que c'est surtout ça, faire connaître et savoir quand les utiliser.

S : Des besoins effectivement de formation déjà et puis matériels je pense aussi, je ne sais pas en acupuncture il y a un besoin de matériel, en ostéopathie, peut être une table d'examen différente. Voilà essentiellement.

E : Besoin voilà de découvrir un petit peu chaque mode de MAC, pour plus approfondir, savoir ce que c'est et orienter notre préférence et puis peut être faire modifier les cotations. Y'a peut-être des choses que l'on peut améliorer, à côté de l'argent que l'on dépense pour certaines choses, je pense que l'on peut, peut-être faire un effort pour euh, donner un peu plus de crédit à des médecines qui ont une reconnaissance, car l'acupuncture c'est quand même connu, c'est la médecine chinoise reconnue, voilà donc peut-être faire un effort du côté du remboursement, cotation, intégrer plus ça que actuellement.

B : Oui donc besoin de formation, et mieux reconnaître ses actes comme des actes médicaux, comme étant une spécialisation de la médecine. Euh mieux reconnu à la fois vis- à- vis des confrères, des patients, sécu. Plus clair, moins obscur.

D : **Et vous voyiez autre chose pour rendre plus clair ?**

B : Des consensus entre médecins, entre praticiens de ses médecines complémentaires pour définir vraiment la pratique, créer un ordre. Cela serait différent. Y'aurait une valeur plus ... ça serait plus reconnu certainement et euh les ostéopathes, mais c'est vrai pour tous les autres, se sentiraient plus redevables vis- à- vis de la société d'être de bons praticiens de faire attention à ce qu'ils font et de si jamais y'a besoin d'un avis médical, de passer la main et ne pas se sentir tout puissant pour certains.

L : Moi je pensais effectivement aux formations et pas forcément passer des diplômes complémentaires, assister à des FMC, d'ailleurs sur plusieurs de ses MAC pour avoir des idées, des indications, de leurs pratiques et effectivement sur la reconnaissance et le remboursement de ses pratiques là, se serait intéressant de se pencher sur la question.

AL : Moi je ne rajouterai pas grand-chose, mais effectivement c'est surtout un besoin d'avoir une meilleure connaissance, voilà se former pas forcément sur la pratique mais sur ce que sont ses médecines et dans quelles indications on peut les proposer.

AN : Je dirais aussi les formations plutôt sous forme de FMC, et en fait si ça pouvait s'appuyer sur des recommandations cela serait quand même, ça nous aiderait à l'intégrer dans notre pratique.

D : **Et les recommandations vous les voyez comment ?**

AN : Bah, après je ne sais pas si ça peut être des recommandations HAS, ou des experts.

D : **Eventuellement une recommandation HAS, vous aiderait à prendre euh, vous aimeriez qu'il y ait ce genre de recommandation ?**

ASSEMBLEE : (*acquiescement générale*), bah oui ! bien sûr ! Avec des indications ! Évidemment ! (*Rire général*)

AL : Si c'était scientifiquement prouvé par des études évidemment on y viendrait plus facilement.

AU : Cela serait mieux reconnu aussi.

AN : cela amènerait aussi une sorte de remboursement aussi je pense.

B : Ca me paraît complètement illusoire qu'il y ait un jour une recommandation, les médecins ne laisseront jamais s'engouffrer dans la brèche, de peur d'une dérive logique aussi après.

ASSEMBLEE : (*acquiescement général*), bah oui !

S : Le problème c'est redéfinir les limites des médecines parallèles.

D : Donc on a terminé, est-ce que vous avez globalement un petit mot à dire supplémentaire, sur ce que vous avez dit ?

AL : Peut-être que cela devrait être plus abordé pendant le cursus de médecine, pour que l'on puisse au moins avoir une vague idée de ce que c'est et d'être moins déstabilisé face aux patients, qui viennent nous demander des conseils, nous posent des questions sur ces médecines là et on se sent complètement démuni. Voilà car on a aucune connaissance.

ASSEMBLEE : (acquiescement général)

7.2 ANNEXE 2 : DISCOURS INTRODUCTION

Bonjour,

Je suis interne de médecine générale en dernière année. Je réalise dans le cadre de ma thèse une étude sur les médecines alternatives et complémentaires.

Le titre exact s'intitule « Perception des médecines alternatives et complémentaires par les médecins généralistes ». Seules les MAC les plus fréquemment utilisées et exercées par les MG seront étudiées soit l'homéopathie, l'acupuncture et l'ostéopathie. Ma thèse se fera par la méthode du focus group pour mieux cerner l'opinion des jeunes médecins généralistes.

Le "focus group" est une méthode d'enquête qualitative qui est utilisée pour collecter des opinions, des croyances et des attitudes concernant un sujet ou une problématique précise, ou encore confirmer des hypothèses, encourager la parole autour de problèmes particuliers.

Je vous propose d'échanger sur le sujet des MAC. Les médecines non conventionnelles se développent de plus en plus rapidement au sein de notre société et font partie de la demande des patients. En effet d'après l'OMS 42% des patients ont recours aux MAC de manière régulière et 75% ont eu un jour recours à une MAC. J'ai donc choisi de mener une réflexion sur l'existence de ces médecines et la place qu'elles prennent dans notre société. Il ne s'agit pas de discuter de leur efficacité mais de s'interroger sur la perception que vous en avez.

Chacun doit pouvoir s'exprimer librement à tour de rôle.

Notre débat va être enregistré si vous êtes tous d'accord. Il reste néanmoins parfaitement confidentiel et anonyme.

A distance, je vous ferai parvenir un compte rendu du "focus group". L'entretien va être encadré par le Dr Dréno, médecin du DMG, directeur de ma thèse qui va animer la séance.

7.3 ANNEXE 3 : GUIDE D'ENTRETIEN

Questionnaire quantitatif

- Age
- Sexe
- thèse (date de thèse prévue)
- postes occupés (remplacements ponctuels/réguliers, collaboration)
- activité(s) en parallèle du Libéral
- type d'exercice (rural, semi-rural, urbain) actuel et prévu
- patientèle (famille, femmes, enfants, personnes âgées, varié) le plus fréquemment vue jusqu'à présent.
- ancienneté d'exercice
- formation particulière (DIU, DU, DESC)
- formation particulière sur les MAC (FMC, conférence, recherche personnelle)
- avenir (projet : formation, installation ...)
- quelles médecines complémentaires connaissez- vous parmi celles-ci :

Notez votre connaissance en cochant dans le tableau.

	nulle	moyenne	bonne	excellente
ACUPUNCTURE				
HOMEOPATHIE				
OSTEOPATHIE				

Guide d'entretien qualitatif

Comment définiriez- vous les MAC ?

Perception

Représentation

Place par rapport à la médecine traditionnelle

Comment expliquez cet engouement de la société pour les MAC ?

Fuite médecine traditionnelle secondaire aux échecs/suspensions/limites

Option thérapeutique alternative/complémentaire

Insatisfaction du patient dans sa relation avec son médecin

Appétence pour le magique/spirituel/naturel

Approche globale, pas de clivage esprit/corps

Etre acteur de sa propre santé (liberté de choix)

Portez- vous un intérêt pour les MAC et pourquoi ?

NON :

Inefficacité de ces techniques

Médecines non fondées sur des preuves (\neq EBM)

Manque de temps

Difficultés liées à la formation

Difficultés liées à la reconnaissance

OUI :

Effet placebo

Effet de mode

Notions scientifiques attestant de l'efficacité de ces techniques

Préserve et améliore la relation M/M

Prise en charge globale du patient

Quels sont les situations/motifs pour lesquels vous faites (ou feriez-vous) appel aux MAC ?

SITUATIONS :

Demande du patient

Expérience sur ce type de symptômes

Attente de soin du patient

Echec traitement traditionnel

Absence de solution en MT

Maintenir une attention thérapeutique et soins à faible risque pour les MAC

Nature du patient (volonté d'acquérir une certaine autonomie vis-à-vis du monde médical)

Discours scientifique (ex= acupuncture/vomissements gravidiques)

MOTIFS : (ordre de fréquence d'utilisation)

Pathologie de l'appareil locomoteur (arthrose, cervicalgie, lombalgie...)

Pathologie psychosomatiques (troubles fonctionnels intestinaux, céphalée de tension...)

Bien-être (anxiété, insomnie, dépression, asthénie, soutien psychologique)

Addiction

Cancérologie

Prévention

Peur que suscitent les médicaments (ES)

Quels sont vos relations avec vos confrères pratiquant les MAC ?

Amis/ connaissances

Curiosité

Indifférence

Critique /dénigrement

Comment évaluez- vous votre relation médecin/malade dans le recours aux MAC ?

Volonté de pratiquer et d'intégrer les MAC au parcours de soins

Simple conseiller et oriente si besoin vers un professionnel en MAC

Volonté d'être le seul référent sans volonté de pratiquer une MAC

Indifférent le patient est libre de ses choix (volonté de ne pas interférer ou peur d'être pris au dépourvu)

Non investi car non intéressé ou non sollicité par ses patients

Si vous envisagiez de pratiquer une MAC, quels obstacles penseriez-vous rencontrer ?

Temps de consultation

Question du remboursement/prix (médicaments / consultations)

Non Reconnaissance, non croyance

L'absence de recommandation HAS

L'absence de guide de bonne pratique (principes généraux, indications)

Manque de preuve scientifique d'efficacité

Risque d'égarement du patient dans un circuit de soin parallèle

Risque d'inobservance du traitement médicamenteux traditionnel

Difficulté à orienter le patient (manque de professionnel)

Quels seraient vos besoins en tant que MG pour pouvoir intégrer les MAC dans votre pratique ?

Accès information

FMC

Formations universitaires (à quel moment ? sous quelle forme ?)

Augmenter la sécurité sanitaire en encadrant les prestations

Reconnaissance officielle des MAC

7.4 ANNEXE 4 : LETTRE RECRUTEMENT DES PARTICIPANTS

Cher Confrère,

Je suis interne de médecine générale, et je dépends du département de médecine générale de Nantes. Je réalise dans le cadre de ma thèse une étude sur les médecines alternatives et complémentaires.

Je me permets de solliciter votre aide pour la réalisation de ma thèse.

Il s'agit de faire ressortir les représentations et vos perceptions des Médecines Alternatives et Complémentaires (MAC) et non pas de discuter des pratiques.

Dans cet objectif, j'organise un entretien collectif. Seuls des docteurs en médecine titulaires ou remplaçants peuvent participer. Dans le cadre de mon étude, je souhaite interroger des médecins généralistes n'ayant pas de formations ou diplômes pour ces MAC. Seuls les MAC les plus fréquemment utilisées et exercées par les médecins généralistes seront étudiées soit l'homéopathie, acupuncture et ostéopathie.

En accord avec le Dr Dréno (médecin du département de médecine générale à Nantes) qui encadre ma thèse nous vous proposons de venir participer à cet entretien collectif qui aura lieu LE MARDI 9 JUILLET de 14H- 16H à la faculté de médecine salle 555 au 5ème étage
Merci de confirmer votre présence.

Confraternellement,

Alberique Flandrin

Perception des Médecines Alternatives et Complémentaires par les médecins généralistes par la méthode du Focus Group

Résumé :

Les médecines alternatives et complémentaires (MAC) connaissent ces dernières années un essor important dans les pays développés et prennent de plus en plus de place dans la société mais surtout auprès des patients.

L'objectif de cette étude était de faire un état des lieux de la perception que les jeunes médecins généralistes ont des médecines alternatives et complémentaires au début de leur carrière à l'aide de la méthode du Focus group. Une réflexion a été menée sur l'existence de ces médecines, leur place au sein de la société, en explorant le comportement, les connaissances, les représentations, les croyances ainsi que les attentes et les besoins des médecins généralistes.

Sept médecins ont donc été interrogés lors d'un entretien collectif. L'interview a été entièrement retranscrite et analysée.

Les résultats ont montré une perception globalement positive ou neutre. Les médecins semblaient sensibles à l'ouverture supplémentaire que pourrait présenter une meilleure appréhension des MAC, que ce soit sur le plan du développement personnel en tant que praticien mais également comme moyen d'améliorer la confiance de leurs patients. Ils avaient malgré cela du mal à cerner les indications des MAC au sein de leur pratique.

Toutefois il persiste de nombreux aspects à améliorer afin d'intégrer les MAC dans le système de santé : l'amélioration des connaissances et attitudes des médecins, l'amélioration de la communication médecins/patients et entre médecins/praticiens de MAC, la nécessité d'un cadre réglementaire et enfin une reconnaissance officielle.

Mots-clés :

MAC (médecines alternatives et complémentaires), médecine générale, acupuncture, homéopathie, ostéopathie, focus group, perception